

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 958 vom 11. November 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-11-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__958

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 958 du 11 novembre 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 958 del 11 novembre 2024

Regeste

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, RHUMATISME, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 61 let. c LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88a al. 1 RAI, 88bis al. 2 let. a RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 958

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, RHUMATISME, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 61 let. c LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88a al. 1 RAI, 88bis al. 2 let. a RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 287/23 – 360/2024 ZD23.041024 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 11 novembre 2024 _____ Composition : Mme Berberat ,
présidente Mmes Pasche et Gauron-Carlin, juges Greffier : M. Reding ***** Cause
pendante entre : Y. _____ , à [...], recourant, représenté par Unia Vaud, à Lausanne, et
Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

_____ Art. 8 al. 1, 16, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ;
art. 88a al. 1 et 88 bis al. 2 let. a RAI E n f a i t : A. Y. _____ (ci-après : l'assuré ou le
recourant), ressortissant [...], sans formation, né en [...], a travaillé en qualité de maçon entre
[...] et [...] pour le compte de la société [...] SA. Le 22 février 2016, l'assuré a déposé une
demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité
pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), expliquant souffrir d'une atteinte aux
reins et être dans l'attente d'une transplantation. Dans le cadre de l'instruction de cette
demande, l'OAI a notamment recueilli un rapport du 3 novembre 2016 de la
Dre K. _____, spécialiste en néphrologie, laquelle posait le diagnostic – avec influence
sur la capacité de travail – d'insuffisance rénale terminale en dialyse péritonéale pour
hyalinose segmentaire et focale (depuis 2010), ainsi que les diagnostics – non incapacitants
– d'hypertension artérielle, de goutte, de syndrome d'apnée du sommeil et de douleurs
chroniques aux épaules, tout en attestant une capacité de travail nulle dans l'activité
habituelle. Dans un avis du 17 novembre 2016, le Dr [...], médecin auprès du Service
médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est rallié aux conclusions
de la Dre K. _____, retenant de ce fait une capacité de travail de 0 % depuis septembre
2015 jusqu'à la réalisation de la greffe rénale. Par décision du 8 février 2017, confirmant un
projet de décision du 21 novembre 2016, l'OAI a accordé à l'assuré le droit à une rente

entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2016. B. Au mois de mars 2020, l'OAI a initié une procédure de révision de la rente de l'assuré. Dans ce cadre, il a recueilli plusieurs pièces, dont : - un rapport du 18 mai 2020 des Dres U. _____ et [...], respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante au centre de transplantation d'organes du centre hospitalier R. _____, lesquelles faisaient état des diagnostics de « [p]remière allogreffe rénale à donneur cadavérique, le 03.02.2019 pour insuffisance rénale terminale sur Glomérulosclérose focale et segmentaire (FSGS) primaire », de « [m]aladie lithiasique du greffon rénal US [ultrason] reins en 12.2019 : Plusieurs micro-lithiases intracalicielles, prédominant au pôle inférieur, non obstructives. Pas de dilatation pyélocalicielle », de « [p]lusieurs épisodes de rupture des tendons et douleurs musculaires diffuses », de « [l]ombalgie non déficitaire, depuis fin avril 2020 sans chute ni accident associé », d'hypertension artérielle, de « cardiopathie hypertensive avec insuffisance diastolique de grade II », de syndrome d'apnée obstructive du sommeil (appareillée), de dyslipidémie (traitée par régime actuellement), d'hyperuricémie, avec plusieurs crises de goutte avant la greffe, d'« [i]nsuffisance veineuse chronique de stade C3 avec résolution quasi complète de la stase veinolympatique » et de carcinome basocellulaire baso-squameux pigmenté au niveau de la face interne du genou gauche, tout en spécifiant qu'une reprise du travail n'était pas envisageable dans l'immédiat en raison des lombalgies aiguës ; - un rapport du 23 septembre 2020 des Drs [...], spécialiste en rhumatologie, et [...], médecin assistant au service de rhumatologie du centre hospitalier R. _____, lesquelles mettaient en évidence – entre autres diagnostics – une pharyngo-laryngite aphasique d'origine indéterminée dans un contexte d'immunosuppression (en juillet 2020) et des polyarthralgies en cours d'investigation ; - un rapport du 21 juillet 2021 du Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, lequel posait le diagnostic de douleurs d'origine en partie incertaine et de localisations diverses très invalidantes, tout en attestant une capacité de travail de 0 % dans n'importe quelle activité en raison de douleurs diurnes et nocturnes ; - un protocole opératoire du 2 août 2021 portant sur une arthrolyse de la première articulation métatarso-phalangienne à gauche (réalisée le 2 juillet 2021) ; - un rapport du 14 septembre 2021 des Drs Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, et [...], médecin assistant au centre de transplantation d'organes du centre hospitalier R. _____, lesquels faisaient état d'une incapacité totale de travail depuis février 2019, tout en relevant que la situation était stable du point de vue rénal, avec possibilité d'une reprise progressive en fonction de l'état général. Dans un avis du 10 décembre 2021, le Dr D. _____, médecin auprès du SMR, a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comportant des volets en rhumatologie et en médecine interne. Par rapport du 27 janvier 2022, le Prof. [...], spécialiste en rhumatologie, et la Dre [...], médecin assistante au service de rhumatologie du centre hospitalier R. _____, ont retenu les diagnostics de rachialgies, d'omalgies bilatérales, de douleurs chroniques du pied gauche, de troubles statiques des pieds avec hallux valgus et pieds plats et de status post-fasciite plantaire droite. D'après eux, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle au vu de son état de santé en septembre 2021. Par rapport du 28 février 2022, la Dre H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que la situation sur le plan orthopédique n'était pas encore stabilisée. Les 14 et 27 avril, ainsi que le 2 mai 2022, l'assuré a été examiné par les Drs O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, G. _____, spécialiste en rhumatologie, et N. _____, spécialiste en médecine interne générale, tous trois experts auprès du centre d'expertises Z. _____. Par rapport du 7 juin 2022, ces derniers ont retenu les diagnostics – impactant la capacité de

travail – de tendinopathie bilatérale des épaules (objectivée en 2019), de cervicarthrose (selon l'IRM [imagerie par résonance magnétique] du 12 mai 2020), de lombalgies sur arthrose (objectivées par l'IRM du 12 mai 2020), de coxarthrose antéro-supérieure bilatérale symétrique (selon l'IRM du 12 mai 2020), de status post-arthrodèse métatarso-phalangienne du gros orteil gauche et d'allogreffe rénale à donneur cadavérique (le 3 février 2019) pour insuffisance rénale terminale sur glomérulosclérose focale et segmentaire primaire, ainsi que les diagnostics – non incapacitants – de cardiopathie hypertensive hypertrophie myocardique concentrique et insuffisance diastolique de grade II, de maladie lithiasique du greffon rénal (sur échographie rénale de décembre 2019) avec plusieurs microlithiases inter-calicielles non obstructives, d'obésité de classe 1 avec déconditionnement musculaire, d'hypertension artérielle, de syndrome d'apnée obstructive du sommeil appareillé, de dyslipidémie non traitée, d'hyperuricémie avec status post-plusieurs crises de gouttes, d'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs avec status post-cure de varices des membres inférieurs, de carcinome basocellulaire squameux pigmenté de la face interne du genou gauche et cancer de la joue gauche non déterminé, de pharyngo-laryngite aphagiante (en juillet 2020) d'origine indéterminée dans un contexte d'immunosuppression, de parathyroïdectomie partielle (2/4) par cervicotomie exploratrice pour hyperparathyroïdie tertiaire (le 22 octobre 2019) et de status post-amygdalectomie, septoplastie et cautérisation turbinaire (en 2005). Selon eux, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de maçon était nulle depuis le début de sa maladie rénale, en 2015. Dans une activité adaptée, elle était également nulle jusqu'au mois de février 2020, puis totale par la suite, « exceptée de façon transitoire lors de l'arthrodèse du pied gauche en juillet 2021 pour une durée de 6 mois ». Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de limitation fonctionnelle. Du point de vue rhumatologique, marche limitée, pas d'accroupissement, pas de travail des bras au-dessus de l'horizontale, éviter les ports de charges de plus de 10 kg, éviter les sollicitations avec des mouvements répétitifs, et les mouvements en porte-à-faux du rachis cervical et lombaire. L'activité doit permettre l'alternance de position. Du point de vue de la médecine interne, la personne assurée présente un profil d'effort permettant la réalisation de travaux d'intensité légère avec une limitation des ports de charges à 5 à 10 kg ainsi qu'une éviction des travaux majorant le risque infectieux respectivement en extérieur ou dans des locaux clos avec d'autres personnes. ». Dans un avis du 15 juillet 2022, le Dr D. _____ s'est rallié aux conclusions des experts du centre d'expertises Z. _____. Par rapport du 27 septembre 2022, le Dr F. _____ a fait part de son étonnement vis-à-vis des conclusions de l'expertise du centre d'expertises Z. _____. Il a ainsi exposé que son patient présentait toujours des douleurs (cervicobrachiales à droite, lombaires, des deux hanches et du pied gauche). Celui-ci souffrait en outre d'une lésion à la base de l'hallux du pied gauche, laquelle suggérait une complication de l'ostéosynthèse et rendait la marche encore plus difficile. Le 30 septembre 2022, l'assuré a subi une ablation du matériel d'arthrodèse de la première articulation métatarso-phalangienne à gauche. A la suite de cette opération, les Drs [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et [...], médecin assistant au service d'orthopédie et traumatologie du centre hospitalier R. _____, ont attesté, dans un rapport du 12 octobre 2022, une incapacité de travail de 100 % entre le 29 septembre et le 11 novembre 2022. Du 16 janvier au 15 avril 2023, l'assuré a participé à une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, sous la forme d'un entraînement progressif, auprès de l'association M. _____ à [...] à un

taux de 20 % lissé sur trois, puis quatre jours. Cette mesure n'a pas été reconduite, le service de réadaptation de l'OAI ayant constaté, dans un rapport final du 21 avril 2023, que l'intéressé n'en tirait aucun profit et que toute nouvelle mesure serait vouée à l'échec. Par projet de décision du 4 mai 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui supprimer son droit à la rente pour la fin du mois suivant la notification de la décision, dans la mesure où son état de santé s'était amélioré et qu'il était dorénavant pleinement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le 9 mai 2023, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale, a transmis à l'OAI un rapport établi le 28 mars 2023 par le Prof. B. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre J. _____, médecin assistante à la consultation de médecine physique et réhabilitation du centre hospitalier R. _____, lesquels posaient le diagnostic principal de rachialgies chroniques d'horaire mécanique non déficitaires depuis dix ans et les diagnostics secondaires de tendinopathie calcifiante du tendon du moyen fessier gauche, de tendinite des ischio-jambiers des deux côtés et d'omalgies bilatérales à prédominance droite depuis deux ans dans un contexte de rupture du tendon du long chef du biceps bilatéralement en 2020. Le 2 juin 2023, l'assuré, désormais représenté par Me [...], s'est opposé au projet de décision précité, contestant pour l'essentiel être apte à exercer une activité professionnelle à plein temps. Puis, dans un complément du 28 juillet 2023, il a notamment versé au dossier un rapport établi le 16 mars 2023 par la Dre Q. _____, laquelle soutenait qu'aucune incapacité de travail n'était justifiée sur le plan de la greffe rénale, et un rapport du 8 juin 2023 du Dr L. _____, lequel déclarait qu'une incapacité de travail de 80 % semblait adaptée à la capacité de rendement de son patient. Dans un avis du 17 août 2023, le Dr D. _____ a estimé que les pièces produites par l'assuré ne remettaient pas en cause ses conclusions. Par décision du 21 août 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 4 mai 2023. C. Le 22 septembre 2023, Y. _____, sous la plume de sa mandataire, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. A l'appui de son recours, il a produit divers documents, dont un rapport du 9 mars 2023 des Dres H. _____ et [...], médecin assistante au service d'orthopédie et traumatologie du centre hospitalier R. _____, un rapport du 13 avril 2023 de la Dre J. _____, un rapport du 4 juillet 2023 des Drs V. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et J. _____, deux rapports d'IRM du 6 septembre 2023 et un rapport du 21 septembre 2023 du Dr W. _____, médecin assistant au service d'orthopédie et traumatologie du centre hospitalier R. _____. Par réponse du 5 décembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, joignant pour le surplus à son acte un avis du 27 novembre 2023 de la Dre S. _____, médecin auprès du SMR. Par réplique du 18 avril 2024, le recourant a modifié ses conclusions, requérant ainsi principalement la réforme de la décision attaquée en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu dès le 1^{er} octobre 2023, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} octobre 2025, subsidiairement son annulation et l'octroi de mesures d'ordre professionnel et, plus subsidiairement, son annulation et le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision. Il a pour le reste produit plusieurs pièces, dont un rapport du 9 mai 2023 du Dr P. _____, spécialiste en cardiologie, un rapport du 28 juin 2023 de la Dre C. _____, médecin praticien au service de dermatologie et vénérologie du centre hospitalier R. _____, un rapport du 10 octobre 2023 de la Dre Q. _____, un rapport de scanner du pied gauche du 18 octobre 2023, un rapport du 14 février 2024 du Dr [...],

chef de clinique adjoint au service d'orthopédie et traumatologie du centre hospitalier R._____, et un rapport du 7 mars 2024 des Drs V._____, et [...], médecin assistante à la consultation de médecine physique et réhabilitation du centre hospitalier R._____.

Par duplique du 11 juin 2024, l'intimé a confirmé ses conclusions, annexant à son acte un avis du 21 mai 2024 de la Dre S._____. Dans une écriture du 27 juin 2024, le recourant a maintenu ses conclusions. Par courrier du 12 août 2024, Unia Vaud a informé la juge instructrice qu'à la suite de la résiliation du mandat de Me [...], il reprenait la défense du recourant dans le cadre de la présente procédure. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à supprimer le droit à la rente du recourant avec effet au 1 er octobre 2023 à la suite de la procédure de révision initiée en mars 2020. b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1 er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). La réglementation y relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1 er janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1 er janvier 2022). Dans le cas présent, par décision du 8 février 2017, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1 er septembre 2016. Celui-ci étant âgé d'au moins 55 ans en date du 1 er janvier 2022, il convient donc d'appliquer les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il

pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). d) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. e) La diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88 bis al. 2 let. a RAI).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien

son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 5. a) En l'espèce, le recourant s'est vu reconnaître, en février 2017, le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2016 en raison d'une insuffisance rénale terminale. Il a bénéficié d'une greffe le 3 février 2019. L'évolution a été favorable, avec comme unique complication une maladie lithiasique du greffon rénal constatée pour la première fois en juillet 2019 par un scanner, puis en décembre 2019 sur une échographie. La Dre U. _____ a ainsi fait état, dans son rapport du 18 mai 2020, d'un pronostic bon à moyen terme au niveau rénal en l'absence d'un épisode de rejet ou de la survenance d'autres complications liées à l'immunosuppression. La Dre Q. _____, quant à elle, a mis en évidence, dans son rapport du 14 septembre 2021, une situation stable du point de vue rénal, tout en indiquant que la transplantation s'était déroulée sans complication et que son patient observait et supportait bien le traitement immunosuppresseur. Dans ces conditions, il apparaît que l'état de santé de l'assuré s'est notablement amélioré d'un point de vue rénal depuis l'octroi de la rente et qu'en février 2020, soit un mois après la résolution de la maladie lithiasique, l'exercice d'une activité adaptée était possible à temps plein sur ce plan. b) Il ressort du dossier que l'incapacité de travail du recourant s'est prolongée pour des motifs essentiellement rhumatologiques. L'intimé a alors mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en médecine interne, en rhumatologie et en psychiatrie, dès lors que selon son service médical, l'intensité et la constance des douleurs diffuses s'avéraient « peu explicables ». Outre celui d'allogreffe rénale à donneur cadavérique pour insuffisance rénale terminale sur glomérulosclérose focale et segmentaire primaire, les Drs G. _____, N. _____ et O. _____ ont retenu, dans leur rapport d'expertise du 7 juin 2022, les diagnostics – incapacitants – de tendinopathie bilatérale des épaules, de cervicarthrose, de lombalgies sur arthrose, de coxarthrose antéro-supérieure bilatérale symétrique et de status post-arthrodèse métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, tout excluant l'existence d'une atteinte psychique. Ils ont en outre estimé que l'assuré présentait depuis février 2020 – hormis durant une période transitoire entre juillet et décembre 2021 – une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir une activité d'intensité légère ne nécessitant ni de s'accroupir ni de travailler les bras au-dessus de l'horizontale, évitant les ports de charges de plus de 5 kg et les sollicitations avec des mouvements répétitifs et en porte-à-faux du rachis cervical et lombaire, permettant l'alternance de positions, tenant compte d'une capacité de marche limitée et n'incluant pas de travaux susceptibles de majorer le risque infectieux en extérieur ou dans des locaux clos avec d'autres personnes. c) Cela étant, aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions de ces trois spécialistes selon lesquelles l'état de santé du recourant se serait durablement amélioré en février 2020 de manière à influencer sur son droit à la rente. Ces derniers ont en effet traité les points litigieux de manière circonstanciée, lesquelles concernaient avant tout l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée, étant précisé que les atteintes et limitations fonctionnelles mises en évidence par les experts en médecine interne et en rhumatologie se recoupaient pour l'essentiel avec celles relevées par les différents médecins traitants. Ils ont en outre procédé à des examens complets, en particulier – en ce qui concerne le volet rhumatologique – à des examens cliniques du rachis, du bassin et des membres supérieurs (épaules, mains, poignets, etc.) et inférieurs (hanches, genoux, pieds, etc.), ainsi qu'à un examen neurologique et à une recherche des points de fibromyalgie. Les plaintes exprimées par l'assuré en lien avec ses douleurs cervicales et lombaires, aux hanches, aux épaules et au pied gauche ont été prises en compte. Le rapport d'expertise a de surcroît été établi en

pleine connaissance des nombreux rapports des médecins traitants et des rapports d'imagerie. La situation sur le plan médical a été décrite de façon claire et les points litigieux ont fait l'objet d'une étude détaillée. Les conclusions relatives à la capacité de travail ont pour le reste été motivées à satisfaction par les experts. Sur ce dernier point, le Dr G. _____ a expliqué que les tendinopathies aux deux épaules, lesquelles avaient été objectivées par des IRM effectuées en mars et octobre 2019, de même que la cervicarthrose, les lombalgies sur arthrose et la coxarthrose antéro-supérieure bilatérale symétrique, lesquelles apparaissaient sur une IRM de mai 2020, conduisaient à une réduction de la mobilisation des membres supérieurs, du rachis cervical et lombaire et du bassin. Le gros orteil gauche, pour sa part, se trouvait bloqué au niveau de la métatarsophalangienne à la suite de l'arthrodèse de juillet 2021. Ces atteintes à la santé occasionnaient des limitations fonctionnelles et avaient dès lors un impact sur la capacité de travail du recourant. Si elles excluaient l'exercice de l'activité habituelle de maçon depuis la rupture des tendons, en mars 2019, elles n'empêchaient en revanche nullement la pratique d'une activité adaptée telle que définie au considérant précédent, sous réserve d'une incapacité totale d'une durée de six mois à compter de juillet 2021 du fait de l'arthrodèse du pied gauche. Le Dr N. _____, quant à lui, a confirmé que l'atteinte au plan rénal n'avait plus aucune influence sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée un mois après la résolution de la maladie lithiasique, en février 2020. Le Dr O. _____ n'a enfin attesté aucune incapacité de travail – quelque soit le type d'activité – d'un point de vue psychiatrique, faute d'atteinte de cet ordre. d) Les différents rapports des médecins traitants du recourant ayant été versés au dossier après la mise en œuvre de l'expertise ou ayant été produits dans le cadre de la procédure devant la Cour de céans ne sont au demeurant pas en mesure de jeter le doute sur l'appréciation des experts du centre d'expertises Z. _____. Ainsi, s'agissant du rapport du 28 mars 2023 du Prof. B. _____, comme l'a exposé la Dre S. _____ dans son avis du 27 novembre 2023, si des imageries du bassin, de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques réalisées en juin 2022 et septembre 2023 ont effectivement montré des signes d'inflammation au niveau de la hanche gauche et des ischio-jambiers de l'assuré, elles ne sont, à elles seules, pas à même d'attester une aggravation de son état de santé et de justifier de nouvelles limitations fonctionnelles. Les plaintes rapportées par les médecins de la consultation de médecine physique et réhabilitation du centre hospitalier R. _____ n'ont en effet pas globalement évolué depuis l'apparition de ces lésions et ont surtout concerné les douleurs aux épaules, aux lombaires et aux cervicales (cf. en particulier les rapports des 13 avril et 4 juillet 2023 des Drs J. _____ et V. _____). Les diagnostics de tendinopathie calcifiante du tendon du moyen fessier gauche et de tendinite des ischio-jambiers ont par ailleurs été qualifiés de secondaires par ces médecins. Les précédentes considérations sont de surcroît également valables à l'égard du rapport d'IRM de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques du 6 septembre 2023, lequel soulignait une inflammation congestive étagée. En ce qui concerne le rapport du 21 septembre 2023 du Dr W. _____, quand bien même la prise en charge orthopédique du pied gauche du recourant n'est pas encore terminée, la pseudarthrose n'étant, à cette date, pas encore complètement consolidée à la suite de l'opération d'ablation du matériel d'arthrodèse de septembre 2022 (cf. également en ce sens le rapport de scanner du pied gauche du 18 octobre 2023), la situation sur le plan clinique apparaît sensiblement identique à celle qui prévalait le jour de l'expertise rhumatologique, avec la présence de douleurs résiduelles à l'avant-pied gauche et des limitations de la marche. Dans son rapport du 9 mai 2023, le Dr P. _____ a, quant à lui, expliqué que le

test d'effort visant à déceler une maladie coronarienne chez l'assuré n'avait pas pu être mené à terme en raison de la fatigue, si bien qu'une quelconque aggravation de l'état de santé d'un point de vue cardiologique ne peut être déduite de cette pièce. On ne saurait pour le reste suivre le Dr V. _____ lorsqu'il certifie, dans son rapport du 7 mars 2024, une incapacité de travail totale, dès lors que les diagnostics posés sont les mêmes que dans son précédent rapport du 4 juillet 2023 et que les résultats de l'examen clinique sont dans l'ensemble superposables à ceux de 2023. Enfin, il est vrai que le diagnostic de carcinome spinocellulaire in situ, dont a fait état la Dre C. _____ dans son rapport du 28 juin 2023, n'a pas été pris en compte par l'expert en médecine interne dans le cadre de son analyse. Toutefois, comme l'a expliqué la Dre S. _____ dans son avis du 21 mai 2024, cette pathologie dermatologique fait l'objet d'un traitement et n'a aucun impact sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. Une thèse contraire n'a d'ailleurs pas été soutenue par la Dre C. _____. e) Au regard de ce qui précède, il convient d'accorder une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 7 juin 2022 du centre d'expertises Z. _____. C'est partant à juste titre que l'intimé a estimé – en suivant l'avis des experts – que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de maçon dès 2015 et pleine dans une activité adaptée à partir de février 2020, sous réserve d'une période d'incapacité de travail totale entre les mois de juillet et décembre 2021. 6. a) Le recourant se prévaut du fait qu'il est proche de l'âge de la retraite, si bien qu'il ne serait plus en mesure d'exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique. b) Selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3 et les références ; TF 8C_305/2023 du 29 février 2024 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 145 V 2 consid. 5.3.1 ; TF 8C_173/2023 du 23 novembre 2023 consid. 3.3). b) En l'occurrence, le jour où il a été relevé que l'exercice d'une activité adaptée était médicalement exigible de la part du recourant correspond à celui de la reddition du rapport d'expertise du centre d'expertises Z. _____, à savoir le 7 juin 2022. C'est en effet à cette date que l'intimé a estimé que les éléments médicaux réunis au dossier étaient propres à établir la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Or, à ce moment-là, celui-ci était âgé de 55 ans et 10 mois et se trouvait donc à plus de neuf ans de l'âge officiel de la retraite. Il n'avait de ce fait pas atteint le seuil de 60 ans à partir duquel on peut généralement parler d'âge avancé au sens de la jurisprudence précitée, étant précisé que les exemples exposés dans la réplique du 18

avril 2024 ont pour l'essentiel trait à des personnes ayant dépassé cet âge. Certes, le recourant a presque toujours travaillé en qualité de maçon et ne dispose d'aucune formation professionnelle. Rien n'indique toutefois que ces facteurs constitueraient un frein à un engagement, d'autant plus que l'assuré dispose d'une solide expérience professionnelle, d'un sens des responsabilités et de bonnes capacités d'adaptation. A cet égard, l'échec de la mesure d'entraînement progressif auprès de l'association M. _____ s'explique avant tout par une attitude jugée « peu optimiste » par le service de réadaptation de l'intimé dans son rapport final du 21 avril 2023, c'est-à-dire un élément étranger à la question de l'âge. Dès lors, au vu des précédentes considérations, il sied de constater que le recourant est encore capable d'exploiter économiquement sa capacité de travail, malgré le fait qu'il soit âgé de plus de 55 ans.

7. a) Etant donné que le recourant n'est plus apte à exercer son activité habituelle, mais qu'il reste en mesure de travailler, à temps plein, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il appartient encore d'évaluer son degré d'invalidité, dans le but de savoir s'il peut prétendre à une rente. b) S'agissant du revenu sans invalidité, il convient de se référer au dernier salaire – indexé à 2020 (compte tenu de l'amélioration de l'état de santé constatée en février de cette année-là) – réalisé par le recourant auprès de son ancien employeur, soit 77'349 fr. 18 (cf. l'extrait du compte individuel). Le revenu avec invalidité, quant à lui, doit être calculé à l'aune des tableaux TA1_skill_level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS), l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative (cf. ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1) et ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée (cf. RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Ainsi, selon les données pour l'année 2020, le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes dans des activités manuelles simples était de 5'261 fr. pour une semaine de travail de 40 heures. Compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures cette année-là dans ce secteur d'activités (cf. Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01), d'une capacité de travail de 100 % et d'un abattement de 5 % (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75), le revenu d'invalidé annuel se monte à 62'524 fr. 35.

c) A cet égard, le taux d'abattement de 5 % retenu par l'intimé sur le revenu d'invalidé n'est pas critiquable. Les limitations fonctionnelles du recourant – certes non négligeables – sont en effet compatibles avec un grand nombre d'activités légères dans le secteur de l'industrie. En ce qui concerne les années de service, une déduction n'est, selon la jurisprudence, pas justifiée dans le cadre du choix du niveau de compétence 1 de l'ESS. L'influence de la durée de service sur le salaire est en effet peu importante dans cette catégorie d'emplois, lesquels ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique (TF 8C_706/2022 du 5 décembre 2023 consid. 6.3.1 et la référence citée). Le recourant était en outre âgé de 57 ans au moment où la décision attaquée a été rendue par l'intimé, de sorte qu'il n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur peut être déterminant et nécessite une approche particulière, à savoir autour des 60 ans. Les emplois non qualifiés compris dans le niveau de compétence 1 de l'ESS sont au demeurant généralement disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré (cf. TF 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.2 et les références citées). Enfin, s'agissant du critère de la nationalité, le recourant, titulaire d'un permis d'établissement, vivait en Suisse depuis plus de 30 ans à la date de la décision litigieuse. Aussi, au vu des activités simples du niveau de compétence 1 de l'ESS, on peut douter que ses perspectives de gain soient moindres que celles d'un travailleur ayant la nationalité

suisse, quand bien même il n'aurait pas de formation professionnelle (cf. TF 8C_454/2023 du 19 décembre 2023 consid. 5.4 in fine). c) La comparaison d'un revenu d'invalidé de 62'524 fr. 35 à un revenu sans invalidité de 77'349 fr. 18 aboutit par conséquent à un degré d'invalidité – arrondi – de 19 %, lequel ne permet pas de maintenir le droit à une rente d'invalidité, faute d'atteindre le seuil de 40 % fixé par l'art. 28 al. 1 let. c LAI (cf. supra consid. 3b). C'est donc à bon droit que l'intimé a supprimé le droit à cette prestation à compter du 1^{er} octobre 2023, soit pour la fin du mois suivant la notification de la décision du 21 août 2023. 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 21 août 2023 par l'intimé confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 21 août 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'Y._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Unia Vaud (pour Y._____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.