

## **VD\_GERICHTE ZD10.027742 vom 24. April 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-04-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD10.027742](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.027742)

FR: VD\_GERICHTE ZD10.027742 du 24 avril 2012

IT: VD\_GERICHTE ZD10.027742 del 24 aprile 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 12**

Comment le recourant peut-il combiner son travail tout en assumant sa maladie? Dans quelle mesure l'exercice d'une activité professionnelle est-elle compatible avec le traitement médical prescrit au recourant? Le recourant peut combiner son travail tout en assumant sa maladie. Il doit avoir la possibilité de faire contrôler régulièrement sa glycémie et sa tension artérielle par son médecin traitant (Dr

- 11 - U. \_\_\_\_\_). De ce fait, dans une activité professionnelle légère, le traitement médical prescrit devrait accaparer une partie du temps seulement de Monsieur K. \_\_\_\_\_. On peut donc estimer que le rendement dans un travail adapté et léger doit être considéré comme diminué, mais pas davantage que 25%". En date du 20 juin 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire, estimant que l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ présentait des lacunes et des contradictions. A cet égard, il a produit un avis médical du SMR du 14 juin 2011 des Drs T. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, qui relèvent notamment que l'expert ne motive pas les raisons pour lesquelles il s'écarte du rapport d'examen du Dr C. \_\_\_\_\_ ni ne se prononce quant à la survenance des périodes d'incapacité de travail. Le 30 juin 2011, le recourant a répété ses arguments et maintenu ses conclusions. Compte tenu des déterminations de l'OAI, respectivement du SMR, le juge instructeur a demandé des explications complémentaires au Dr S. \_\_\_\_\_. Dans un complément d'expertise du 14 septembre 2011, ce médecin a indiqué ce qui suit: "En ce qui concerne le paragraphe 3 du rapport SMR, il faut bien préciser que dans mon expertise, j'ai considéré deux ordres de problèmes sur le plan articulaire, à savoir une surcharge fonctionnelle et d'autre part des modifications d'allure arthrosique touchant en particulier le rachis, l'épaule gauche et le genou gauche. C'est uniquement sur la base des constatations objectives que j'ai considéré chez lui une incapacité de travail et nullement en raison de la surcharge fonctionnelle. Cela me paraît être clairement exprimé dans mon expertise. Un élément très important entrant dans la baisse de rendement actuel est la survenue d'une arthrose objectivée sur le plan clinique par une limitation de mobilité du genou et un épanchement et sur le plan radiologique par la présence de signes d'arthrose fémoro- patellaire et dans une moindre mesure d'arthrose fémoro-tibiale externe. C'est donc sur la base de ces éléments cliniques que je me suis fondé pour indiquer une baisse de rendement. En ce qui concerne la survenance dans le temps des incapacités de travail liées à une diminution de rendement, cet élément est

- 12 - survenu manifestement après la date du 29.06.2010; en effet, sur le plan anamnestique, Monsieur K. \_\_\_\_\_ signale depuis un certain temps, mais après le 29.06.2010, l'apparition de douleurs du genou gauche. Ce fait est important puisqu'il y a une arthrose sur le plan clinique et radiologique à ce genou et qu'à l'occasion de cette péjoration, une baisse de rendement, même pour la conduite de camionnettes légères, a été

considérée par moi-même comme égale à 50%. En effet, des mouvements de flexion et d'extension à répétition du genou sont susceptibles d'entraîner une gêne notable dans les activités professionnelles de chauffeur. L'atteinte du genou peut également intervenir dans la baisse de rendement de 25% considérée pour d'autres activités plus légères". Dans ses déterminations du 11 octobre 2011, l'OAI a confirmé ses conclusions, relevant que le complément d'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ ne contenait aucun élément susceptible de remettre en cause la décision attaquée. L'OAI a joint un avis médical du SMR du 30 septembre 2011 des Drs T. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, qui relèvent que l'expert ne met pas en évidence d'aggravation de l'état de santé depuis 2008, ne retient pas d'incapacité de travail en raison de la surcharge fonctionnelle, n'explique pas les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_, justifie l'incapacité de travail de 25% dans une activité adaptée par l'atteinte du genou mais ne précise pas ce qu'il en est d'une activité n'exigeant pas de flexions ni d'extensions répétées du genou, et signale une aggravation – apparition d'une gonarthrose – manifestation survenue après le 29 juin 2010, soit après la décision attaquée. Ces médecins ajoutent qu'à leur sens une activité parfaitement adaptée reste pleinement exigible, sans diminution de rendement. Dans sa prise de position du 8 novembre 2011, le recourant a réitéré ses arguments, se prévalant du cumul de ses atteintes à la santé, puis a renvoyé à ses précédentes écritures. Le recourant a en outre déposé les documents suivants: - Une lettre du 7 mars 2011 du Dr U. \_\_\_\_\_, retenant que le recourant souffre notamment de cervicalgies, de lombalgies, d'obésité morbide, d'apnées du sommeil, de diabète, de HTA ainsi que de

- 13 - contractures involontaires et de tiraillements du visage à droite. Ce médecin a retenu que cette polymorbidité importante représentait un danger dans l'activité de chauffeur de camion, dans toute activité nécessitant des efforts importants ou de longue durée, voire même dans toute autre activité professionnelle. - Une lettre du 31 octobre 2011 de ce médecin, confirmant la teneur de son écrit précité, relevant que toutes les pathologies et la polymorbidité rendaient l'assuré incapable de travailler à 100%, puis relevant qu'à son âge et sans autre formation, il ne lui était pas possible de trouver un travail de bureau ou toute autre activité légère. Le 21 novembre 2011, l'OAI a renvoyé à ses précédentes écritures. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des réquisits de forme prévus par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le

- 14 - domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. En l'espèce, le litige tient à la suppression du droit à une rente entière d'invalidité servie au recourant depuis le 1er juin 1998, l'OAI retenant une

amélioration de son état de santé. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

- 15 - l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En outre, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise, on ne

- 16 - saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; voir aussi TF 9C\_593/2010 du 28 mars 2011 consid. 5.2.1). c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). d) Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

- 17 - Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci 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 cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du

## **E. 13**

juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées). 4. a) Dans le cas présent, il est établi que l'assuré cumule plusieurs atteintes à la santé, notamment une hernie discale C5-C6 opérée par discectomie cervicale et spondylodèse, des cervicalgies, des lombalgies, un syndrome d'apnées du sommeil, un diabète de type II, une hypertension artérielle et une

obésité. Se fondant sur les conclusions du Dr U. \_\_\_\_\_, qui a retenu en raison de ces atteintes multiples une incapacité de travail à 100% depuis le 22 juin 1997, l'OAI lui a reconnu, par décision du 5 juin 2001, le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 1998, confirmée en 2003 au terme d'une première procédure de révision. Il convient donc d'examiner s'il y a eu, par rapport à la situation

- 18 - qui se présentait à cette époque, une modification des circonstances propre à justifier la suppression du droit à la rente. b) Dans le cadre de la procédure de révision initiée en mars 2008, l'assuré a fait l'objet d'un examen rhumatologique par le Dr C. \_\_\_\_\_, qui, dans un rapport du 30 octobre 2008, a retenu une capacité de travail complète depuis novembre 2005 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le Dr U. \_\_\_\_\_ a pour sa part retenu une capacité de travail limitée à 30% dans une activité légère, compte tenu notamment de l'échec d'une reprise du travail à 50% en 2008. En raison de cette divergence d'appréciation, l'assuré a été soumis à une expertise judiciaire. Dans son rapport du 18 mai 2011, l'expert S. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervicobrachialgie gauche chronique, de status après opération de hernie discale C5-C6, d'arthrose rachidienne dorsale avec séquelles de maladie de Scheuermann, d'arthrose fémoro-patellaire gauche, et de surcharge fonctionnelle avec plusieurs signes de non organicité détectés à l'examen clinique. Il a relevé que l'état arthrosique avait été mis en évidence déjà en 1997 et était actuellement manifeste au genou gauche (arthrose fémoro-patellaire), l'atteinte clinique de ce genou étant d'apparition récente. Au sujet des limitations fonctionnelles, l'assuré ne pouvait soulever de façon régulière des charges supérieures à 5 kg ou soulever occasionnellement des charges supérieures à 10 kg, exercer des travaux nécessitant d'élever les bras au-dessus des épaules, ni exercer des travaux lourds sollicitant la nuque et la colonne dorsale. Selon l'expert, des activités en position assise sans port de charges lourdes et avec possibilité de se déplacer après une heure et demie étaient exigibles avec une diminution de rendement de 25%, de même que des activités sans port de charges lourdes alternant des positions assise et debout. Une activité dans des travaux légers était exigible à 100% avec une diminution de rendement maximale de 25%, en raison de la nécessité de procéder à des contrôles médicaux (pour la glycémie et la tension artérielle). Dans son complément d'expertise du 14

- 19 - septembre 2011, ce médecin a confirmé son appréciation, ajoutant que la surcharge fonctionnelle n'entraînait pas d'incapacité de travail, mais que l'arthrose engendrait une baisse de rendement. Il a précisé que les douleurs au genou gauche, entraînant une baisse de rendement de 50%, étaient apparues après le 29 juin 2010. c) Ainsi, l'expertise judiciaire confiée au Dr S. \_\_\_\_\_ conduit au constat d'une amélioration de la capacité de travail de l'assuré, laquelle est réputée devenue entière dans une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles, mais avec une diminution de rendement de 25%, une péjoration de l'état de santé (genou gauche) n'étant intervenue ensuite qu'à compter du 29 juin 2010, ne justifiant de porter la perte de rendement à 50% que depuis lors. Ce rapport d'expertise, tel que complété le 14 septembre 2011 en réponse aux observations du SMR, se fonde sur une anamnèse complète du cas, une appréciation consciencieuse de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier (rapports et imagerie), ainsi que sur un examen clinique, de sorte que ses conclusions, nuancées et motivées au regard des avis médicaux divergents, sont convaincantes, répondant dès lors aux critères établis par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante. Ainsi, le rapport établi le 30 octobre 2008 au SMR par le Dr C. \_\_\_\_\_ – bien que particulièrement bien élaboré, par un spécialiste et également à la

suite d'un examen clinique – ne sera pas suivi en tant qu'il retient une pleine capacité de travail à compter de 2005. En effet, ce constat – tel qu'invoqué en procédure de recours par les Drs W. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ à l'appui de leur avis du 30 septembre 2011 – s'avère par trop théorique en tant qu'il se fonde sur le renvoi immédiat, sans autre précision, à une activité qui serait par hypothèse parfaitement adaptée, ce qui, comme le retient à juste titre l'expert S. \_\_\_\_\_, méritait d'être pondéré par la reconnaissance d'une baisse de rendement. Celle-ci tient précisément compte du cumul objectif des atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles que celui-ci ne manquait pas d'induire, sans omettre la situation personnelle particulière de l'intéressé sur le marché

- 20 - du travail (déconditionnement, âge, manque de formation), l'expert mentionnant du reste quelques exemples concrets d'activité exigible. On ne suivra pas davantage le médecin traitant U. \_\_\_\_\_. En effet, outre que celui-ci n'est pas spécialiste, ses conclusions, bien que fondées sur des plaintes induites par une polymorbidité objectivée – et bien qu'il puisse faire valoir qu'il est au contact régulier de son patient et davantage à l'écoute de celui-ci –, sont en définitive moins nuancées et objectivement étayées que celles de l'expert S. \_\_\_\_\_ s'agissant d'arrêter de manière objective une capacité résiduelle de travail médico- théorique. En définitive, suivant les constatations et les conclusions de l'expert judiciaire, il y a lieu de retenir que l'assuré a effectivement présenté, par rapport aux circonstances qui ont prévalu en 2001 lors de l'octroi de la rente entière puis en 2003 lors de la confirmation de celle-ci, une amélioration de l'état de santé justifiant de procéder à la révision du droit aux prestations. Il reste à en mesurer l'impact sur le degré d'invalidité de l'assuré. 5. a) Du point de vue économique, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPG; TF 9C\_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1; TF 9C\_236/2009

- 21 - du 7 octobre 2009 consid. 3.1; TF 9C\_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 3.1). b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En

l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3). c) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur

- 22 - le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C\_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1). Selon une jurisprudence récente, l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées). d) En l'espèce, le recourant conteste disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, se prévalant notamment de son âge et de ses multiples problèmes de santé. Né le 15 février 1955, l'assuré était âgé de 55 ans au moment de la décision attaquée, de sorte qu'il n'avait pas atteint l'âge qualifié de proche de la retraite à partir duquel la jurisprudence considère qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (TF 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3; TF 9C\_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5; TF 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2). S'agissant de la détermination du revenu d'invalidé, le fait que l'OAI renvoie l'assuré à des activités simples et répétitives dans le secteur privé selon l'ESS, ne saurait être remis en cause. En effet, la jurisprudence retient que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (TF 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010

- 23 - consid. 4.2; TF 9C\_393/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.5; TFA I 228/05 du 15 novembre 2006 consid. 5.2.2). Au demeurant, toujours selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de retrouver un emploi (TF 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2; TF 9C\_715/2009 du 15 avril 2010 consid. 3; TF 9C\_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 4.3). Cela étant, le taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidé retenu par l'OAI n'est pas critiquable. En effet, le recourant vit en Suisse depuis 1980, a travaillé auprès de plusieurs entreprises et a démontré qu'il était capable, lors de son stage d'intégration professionnelle à l'ORIF, d'effectuer des tâches minutieuses en position assise. Enfin, ses facultés réduites en termes de rendement ont dûment été prises en compte par l'expert judiciaire dans la détermination de la capacité de travail dans une activité adaptée (TF I 381/06 du 30 avril

2007 consid. 5.2; TFA I 724/02 du 10 janvier 2003 consid. 4.2.2). Dès lors, en se basant sur le revenu d'invalidé de 54'709 fr. 74 retenu à juste titre par l'OAI (correspondant à un revenu ESS dans des activités simples et répétitives, avec un abattement de 10%), dont à déduire une diminution de rendement de 25% telle que retenue par l'expert judiciaire pour la période antérieure à la décision attaquée, seule déterminante, on obtient un revenu d'invalidé de 41'032 fr. 30. La comparaison avec un salaire sans invalidité de 58'500 fr. – non contesté par le recourant et correspondant aux données transmises par F.\_\_\_\_\_ Sàrl dans le questionnaire pour l'employeur du 14 août 2009 – conduit à un degré d'invalidité de 29.86%, lequel n'ouvre plus le droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI a contrario). C'est donc à bon droit que la rente d'invalidité a été supprimée, cela dès le premier jour du deuxième mois qui a suivi la notification de la décision attaquée (art. 88bis al. 2 let. a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). e) Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée. Il reviendra au recourant de faire

- 24 - valoir la péjoration de son état de santé, soit un rendement diminué de 50%, comme retenu par l'expert judiciaire, dans le cadre de la procédure administrative qui se poursuit postérieurement à la décision attaquée. 7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. b) Le recourant ayant obtenu la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Laurent Maire, à compter du 26 juillet 2010 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), il convient de fixer, dans le présent arrêt, la rémunération de ce mandataire. Me Laurent Maire a produit la liste de ses opérations et débours, laquelle est détaillée mais non chiffrée. Les trente heures de travail invoquées au total paraissent excessives, s'agissant de l'étude du dossier, d'entretiens avec le client, de la rédaction d'un recours, d'un échange d'écritures et de déterminations sur un rapport d'expertise; plusieurs actes de procédure se bornent à répéter des arguments déjà invoqués dans le recours. Le temps invoqué tient vraisemblablement

- 25 - au fait que le traitement du dossier a été confié en grande partie à un stagiaire, mais on ne voit pas que la cause ait justifié de réitérées études du dossier, comme mentionné sur la liste de frais. On réduira donc la liste des opérations d'un tiers, soit à 20 heures de travail, à raison de 180 fr. de l'heure, soit à 3'600 fr., plus la TVA par 7.6%, soit un total de 3'873 fr. 60. Les débours peuvent quant à eux être retenus à hauteur du montant invoqué de 334 fr. 15, ascendant ainsi, TVA comprise, à 359 fr. 55. L'indemnité totale est donc arrêtée à 4'233 fr. 15, TVA incluse. c) Les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement,

comme vu plus haut, à la charge du canton. Vu l'issue du litige, le recourant succombe et il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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