

VD_GERICHTE ZD13.030356 vom 4. Januar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-01-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.030356

FR: VD_GERICHTE ZD13.030356 du 4 janvier 2016

IT: VD_GERICHTE ZD13.030356 del 4 gennaio 2016

Erwägungen

E. 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). Selon la 5e révision de la LAI, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être

- 26 - exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou ■ comme condition alternative ■ qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

E. 5

a) En vertu de l'art. 17 al. 1 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. 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. 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 et 112 V 371 consid.

2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). 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

- 27 - du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). 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 (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833). b) L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, 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 a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88bis al. 2 RAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), rétroactivement à la date à laquelle elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b).

E. 6

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En

- 28 - outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, 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 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 29 - b) Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c ; 124 V 90 consid. 4b ; 136 I 229 consid. 5.3 ; TF, 9C_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

E. 7

a) En l'occurrence, il convient de rappeler qu'à la suite de la demande initiale de prestations AI, déposée par l'assuré le 25 juillet 2000, l'OAI a reconnu ce dernier invalide à hauteur de 100% et lui a alloué une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2000, par le biais de deux décisions des 29 juillet 2003 (dès le 1er août 2003) et 12 septembre 2003 (du 1er août 2000 au 31 juillet 2003). L'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR du 26 février 2003, ainsi que sur les informations médicales recueillies à l'époque. Ainsi, à la demande de l'OAI, le Dr B._____ a, dans un rapport médical du 6 novembre 2000, précisé que des mesures professionnelles dans l'optique d'un reclassement en position sédentaire ou semi-sédentaire, sans long déplacement, sans position prolongée de la position debout, ni port de charge ou de manutention, pouvaient être envisagées avec une capacité de travail exigible dans une activité adaptée de 25 à 50%. Les limitations fonctionnelles paraissant peu compatibles avec des exigences professionnelles et afin de définir une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré, la REA a soumis l'assuré à un stage au Centre Z._____ de [...] (rapport initial de la REA du 11 avril 2001). Le rapport de synthèse du Centre Z._____ du 23 octobre 2001 fondé sur l'observation professionnelle de l'assuré du 3 au 30 septembre 2001 et l'avis médical du

E. 12

octobre 2001 du Dr K._____, a conclu à son inaptitude, vraisemblablement provisoire, à être réadapté dans le circuit économique normal, même à temps partiel. Le Centre Z._____ a ainsi exposé qu'« étant donné que l'assuré est actuellement en traitement (recherche d'une prothèse bien adaptée), nous estimons que son état de santé doit pouvoir

- 30 - s'améliorer et nous proposons que l'évolution de cette situation soit régulièrement suivie dans les prochains mois ». A cet égard, il sied de relever que l'assuré a rencontré dès 2000, soit dès la remise de la première prothèse des difficultés d'adaptation de l'appareillage prothétique à l'endroit du moignon d'amputation. Ainsi, après avoir porté

deux prothèses dès 2000, l'assuré a bénéficié d'une troisième prothèse en 2001 nécessitant des adaptations. Le 18 mars 2002, le Dr B. _____ a procédé à une reprise chirurgicale (ablation du matériel d'ostéosynthèse au fémur droit, au tibia proximal droit et révision du moignon d'amputation de la jambe homolatérale pour suspicion d'enclavement névralgique à l'endroit de la myoplastie de recouvrement), précisant en octobre 2002 que la confection d'un nouvel appareillage prothétique était en cours et devait permettre une meilleure tolérance à l'endroit du moignon d'amputation, chroniquement sensible. Une reprise du travail même dans un poste adapté n'était actuellement pas envisageable en raison d'un handicap majeur affectant l'ensemble du membre inférieur droit aussi bien pour ses déplacements qu'en position assise de manière prolongée (certificat médical intermédiaire LAA du 9 octobre 2002 à V. _____ Assurances). Les Drs B. _____ et L. _____ ont confirmé postérieurement des difficultés d'adaptation de la prothèse (certificats médicaux intermédiaires LAA des 9 octobre 2002 et 7 janvier 2003 et du 11 mars 2003). C'est dans ce contexte que le Dr S. _____ du SMR a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, tout en recommandant une révision à un an, se ralliant à l'époque au point de vue du médecin-conseil du Centre Z. _____ et du Dr B. _____. b) Une procédure de révision de rente a finalement été initiée le 19 août 2005 par l'OAI, l'assuré ayant complété le questionnaire y relatif le 11 septembre 2005. Sur le plan somatique, il convient d'admettre que l'état de santé du recourant s'est stabilisé par rapport à la situation décrite par le Dr L. _____ en mars 2003. On peut le déduire du rapport du Centre X. _____ du 21 décembre 2005 lequel a estimé que la prothèse semblait bien adaptée, le moignon étant sans escarre, mais avec un gradient de température distal et une certaine rougeur, une importante hyperesthésie essentiellement externe et à la percussion du péroné distal

- 31 - sans aucune pointe osseuse. Les experts ont estimé qu'il n'y avait pas d'explication mécanique à ces douleurs, une scintigraphie osseuse du 22 août 2005 ne montrant pas une hypercaptation dans la région du moignon. Quant à la capacité de travail, elle était entière dans une activité adaptée (sédentaire, en position essentiellement assise, avec des petits déplacements sans charge) avec une diminution de rendement de 30% compte tenu des douleurs. Le rapport ultérieur du 31 mars 2010 du Centre X. _____ a conclu à un examen superposable sur le plan orthopédique et a confirmé la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport de 2005. Les experts ont notamment relevé que sur le plan subjectif, il y avait une péjoration des douleurs du membre inférieur droit proximal et du genou gauche, alors que sur le plan objectif, cette péjoration ne se manifestait pas de façon spectaculaire à l'examen clinique et les radiographies complémentaires effectuées ne montraient pas de signe d'arthrose. Le rapport du 21 octobre 2009 (faisant suite à une radiographie de la colonne lombaire face/profil et radiographie des genoux face, position neutre, profil et incidence axiale de la rotule) dont fait état le recourant dans son écriture du 16 janvier 2015, a été pris en compte par les experts du Centre X. _____, puisque c'est précisément le Dr T. _____ qui a ordonné les radiographies en question (rapport d'expertise du 31 mars 2010, p. 12 et pièce annexée au rapport). c) Au vu des éléments précités, il y a lieu de retenir que c'est à juste titre que l'intimé a entrepris d'office une procédure de révision en août 2005. En effet, la rente entière d'invalidité avait été octroyée en 2003 dans l'attente d'une stabilisation, respectivement d'une estimation plus précise de la situation médicale, soit à l'issue des essais de prothèse et de traitement de stimulation au niveau du moignon. Dès lors que l'office intimé pouvait raisonnablement s'attendre, plus d'un an après la décision initiale, à ce que l'état de santé du recourant fût stabilisé, il lui appartenait d'examiner si cette situation

nouvelle était propre à influencer le degré d'invalidité. A l'issue des multiples essais de prothèse et des différentes tentatives de traitement effectuées par le Dr N. _____ (mise en place d'une stimulation épi médullaire, puis d'une pompe intrathécale) soit en 2005 au plus tard (certificats intermédiaires LAA des 7 août et 20

- 32 - décembre 2004 du Dr N. _____ et rapport médical du 18 juin 2004), l'état de santé du recourant pouvait être considéré comme stabilisé et n'était plus de nature, moyennant une diminution de rendement de 30% ■ taux fixé par le Centre X. _____ dans son rapport d'expertise du 21 décembre 2005 ■, à l'empêcher de reprendre une activité adaptée. Les experts du Centre X. _____ ont d'ailleurs admis que sur le plan antalgique, il n'y avait plus de mesures additionnelles à proposer, puisque tous les antalgiques avaient été tentés de même que les antidépresseurs et les antiépileptiques, ainsi que la stimulation épimédullaire. La diminution de rendement de 30% était retenue si les mesures thérapeutiques suggérées (programme de rééducation à la marche) n'étaient pas appliquées. L'amélioration de la démarche devait ainsi permettre l'économie du rachis lombaire sollicité de manière inadéquate, puis dans la mesure du possible l'abandon de la canne à gauche également délétère. La Cour de céans constate au demeurant que le recourant n'envisageait pas l'intervention préconisée par les experts (amputation mi-jambe). Le fait qu'il ait finalement opté pour une autre intervention près de deux ans après le rapport d'expertise du Centre X. _____, ne saurait remettre en cause la capacité résiduelle de travail de l'assuré dès 2006, dès lors qu'une activité adaptée se déroulant essentiellement en position assise était préconisée. d) Le point de savoir si un changement des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité résulte effectivement d'une amélioration de l'état de santé du recourant peut à cet égard demeurer indéterminé. L'analyse des états de fait déterminants fait apparaître une évolution significative quant à l'aptitude objective de l'intéressé à reprendre une activité lucrative, ce qui est suffisant pour constituer un motif de révision. En outre, contrairement à l'opinion du recourant, le versement d'indemnités journalières au sens de l'art. 22 LAI ne pouvait entrer en ligne de compte même en cas d'état de santé non stabilisé, puisqu'en matière d'assurance-invalidité, de telles prestations ont uniquement pour but de compléter les mesures de réadaptation, soit à garantir la subsistance des assurés et des membres de leur famille pendant la période de réadaptation. Enfin, il ne saurait être tenu compte d'une éventuelle aggravation de l'état de la jambe du recourant

- 33 - intervenue en 2015 (écriture du recourant du 16 janvier 2015), puisqu'il s'agit d'un fait survenu postérieurement à la date de la décision litigieuse du 17 juin 2013. Cet élément n'a par conséquent pas à être pris en considération, dès lors qu'il n'était pas susceptible d'influencer l'appréciation du cas au moment déterminant de la décision litigieuse. Si le recourant estime effectivement que sa situation a évolué défavorablement depuis la date de la décision litigieuse, il lui est loisible de faire valoir une modification de son état de santé en s'adressant à nouveau aux organes de l'assurance-invalidité (art. 87 al. 3 et 4 RAI). 8. a) Dans un second moyen, le recourant soutient que son état de santé psychique s'est aggravé, le Centre X. _____ concluant à une aggravation symptomatologique entre 2005 et 2010. Le recourant fait grief à l'intimé ne pas avoir tenu compte dans le cadre de son appréciation des avis des Drs L. _____ et D. _____ lesquels ont admis une invalidité de 20 à 35% en raison des troubles psychiques. Compte tenu des éléments précités, il sollicite un complément d'instruction sous la forme d'une évaluation interdisciplinaire de type Centre X. _____. b) Les arguments soulevés par le recourant n'autorisent pas à remettre en cause l'appréciation des preuves à laquelle s'est livré l'intimé. L'OAI a en effet expliqué de

manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il considérait que l'expertise du A. _____ permettait de conclure que les diagnostics de stress post-traumatique existant depuis la date de l'accident et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Une évaluation médicale complète telle que l'expertise susmentionnée ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. Pour défendre sa position, le recourant s'appuie en l'espèce exclusivement sur le point de vue de son médecin traitant, le Dr L. _____

- 34 - et de son psychiatre traitant, le Dr D. _____. Il est vrai que, malgré des constats diagnostiques similaires, l'opinion du A. _____ et le médecin traitant concernant la question de l'étendue de la capacité de travail diverge notablement. Alors que le A. _____ conclut à l'absence d'incapacité de travail, le médecin traitant estime que celle-ci doit être fixée entre 20 et 35%, affirmant que le psychiatre traitant partage cette évaluation (rapport médical du 19 avril 2013 à l'OAI). Toutefois, l'avis du psychiatre traitant s'avère moins tranché. Ainsi, dans son rapport médical du 13 février 2012 à l'OAI, le Dr D. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et de PTSD séquellaire. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de son patient, car la chronicisation de la situation et les enjeux asséurologiques ne permettaient pas une évaluation sereine et objective. Son constat médical était comparable au compte rendu du Dr P. _____ du Centre X. _____ lors de son expertise du 7 mai 2010. C'est dans ce contexte que l'office intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du A. _____, lequel a conclu dans son rapport du 30 août 2012 et son complément du 7 février 2013 à l'absence d'aggravation significative de l'état clinique de l'assuré par rapport à celui décrit dans les expertises du Centre X. _____ de 2005 et 2010 et à l'absence de limitation quantitative (temps ou rendement) du point de vue psychiatrique. Le A. _____ a ainsi précisé que le syndrome de stress post-traumatique se manifestait, dans le cas de l'assuré, par des symptômes d'angoisse et d'évitement lesquels avaient un caractère occasionnel selon l'intéressé. Il sied en outre de rappeler que dans son rapport d'expertise du 21 décembre 2005, le Centre X. _____ relevait quelques signes d'état de stress post-traumatique, mais dans l'ensemble peu de phénomènes intrusifs au quotidien. Quant au rapport du 31 mars 2010, le Centre X. _____ a fait état de symptômes de stress post-traumatique (angoisse et évitement) et un épisode dépressif modéré influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité (incertitude sociale). Cela étant, il n'est pas suffisant de juxtaposer l'avis différent de son médecin traitant à celui de l'expert dont les conclusions sont contestées. Car en procédant de la sorte, le recourant ne démontre pas,

- 35 - par une argumentation précise et étayée, que l'expertise du A. _____, respectivement du Centre X. _____ comporterait des contradictions manifestes ou ignorerait des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels, ni n'explique en quoi le point de vue de son médecin traitant serait objectivement mieux fondé que celui de l'expert ou justifierait ■ au travers des éléments qu'il mettrait en évidence ■ la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une évaluation interdisciplinaire de type Centre X. _____. Le Dr L. _____, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie, s'est contenté, dans les différentes prises de position qu'il a rédigées, d'exposer péremptoirement son point de

vue personnel de la situation, sans donner d'explications précises, fondées sur la description d'observations cliniques concrètes, sur les raisons pour lesquelles la symptomatologie empêcherait objectivement le recourant de reprendre une activité professionnelle. On soulignera en particulier que le Dr D. _____ a, après examen des rapports du A. _____, admis que les diagnostics psychiatriques rejoignaient ses propres observations, sans toutefois se déterminer quant à la capacité de travail de l'assuré, alors que ce dernier est son patient depuis le 9 juillet 2008. On peine dans ce contexte à saisir comment le Dr D. _____ a été en mesure de retenir, dans un courrier du 10 juin 2009 à V. _____ Assurances, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, sans objectiver une aggravation de l'état de santé de son patient ni mettre en évidence des éléments que les experts du Centre X. _____ auraient ignorés dans leurs rapports d'expertise des 21 décembre 2005 et 31 mars 2010. c) En conclusion, au vu des éléments indiqués ci-dessus, la Cour de céans confirme la pleine valeur probante de l'expertise psychiatrique confiée par l'intimé au A. _____. Cela étant, il y a lieu de constater que, le A. _____ n'ayant retenu aucun diagnostic psychiatrique ni aucune limitation fonctionnelle de cette nature ayant effet sur la capacité de travail du recourant et conclu que ce dernier disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, c'est avec raison que l'intimé a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé psychique depuis 2003.

- 36 - Force est dès lors de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 100% avec un rendement réduit à 30%. 9. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner l'instruction complémentaire requise par le recourant (mise en œuvre d'une évaluation interdisciplinaire de type Centre X. _____). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 ; 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 10. Cela étant, il convient de procéder au calcul de la perte de gain du recourant, afin de déterminer si cette dernière justifiait le maintien d'une rente. En l'espèce, il convient de se placer au moment où les conditions de la révision sont réalisées pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence en 2005 (année de stabilisation de l'état de santé du recourant), contrairement au calcul effectué par l'intimé. Les revenus avec et sans invalidité n'ont fait l'objet d'aucun grief de la part du recourant, sous réserve de la question du taux d'abattement. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas

- 37 - tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il

offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 et 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008 ; TFA I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 ; Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

- 38 - En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il change d'orientation professionnelle pour rechercher une activité adaptée à son état de santé, possibilité dont il dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré. Il y est d'ailleurs tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Sur le marché du travail entrant en considération pour le recourant, on doit convenir qu'il existe un certain nombre d'activités qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux membres inférieurs, partant qui sont adaptées à son état de santé. On peut ainsi évoquer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle, ou d'autres qui consistent à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques (TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 5.3.1 et références citées). c) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1). En l'espèce, ce salaire a été calculé sur la base des informations données par l'employeur le 26 novembre 2009 à la REA (détail du calcul du salaire exigible), à savoir que l'assuré aurait perçu s'il avait poursuivi son activité auprès de la F. _____ un montant de 3'500 fr. mensuel brut fois 13. Ce montant n'est pas contesté par le recourant. Il s'avère toutefois qu'il ne correspond pas à l'ensemble des revenus que le recourant aurait pu réaliser s'il avait poursuivi ses activités auprès de la F. _____ et de H. _____ qui aurait été de 56'300 fr (soit 45'500 fr. auprès de la F. _____ [3'500 fr. X 13] et 10'800 fr. auprès de H. _____ [900 fr. X 12] ; fax du 21 juillet 2005 de H. _____ à V. _____ Assurances).

- 39 - d) Le revenu d'invalidé 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'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, 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'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182). aa) En l'occurrence, le salaire de référence retenu par l'intimé correspond au niveau de qualification 4, soit déjà au niveau salarial le plus bas. Ce revenu est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2005 et non en 2003 comme retenu par l'intimé, de 4'588 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+1.20%) et d'une baisse de rendement de 30%, le revenu mensuel s'élève à 3'386 fr. 65, ce qui donne un salaire annuel de 40'640 francs. Partant, la perte de gain est de 28% et non de 11%. bb) Le montant résultant des statistiques peut encore faire l'objet d'une réduction dépendant de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au

- 40 - handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur 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). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3). Toutefois, lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap (TF 9C_40/2011 du 1er avril 2011 consid. 2.3.1 ; 8C_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.2.1 ; 9C_980/2008 du 4 mars 2009 consid. 3.1.2 ; 8C_765/2007 du 11 juillet 2008 consid. 4.3.3 ; 9C_344/2008 du 5 juin 2008 consid. 4 et I 69/07 du 2 novembre 2007 consid. 5.1). En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances est admissible dans la limite maximale de 25% (TF 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.3). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la

juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, 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

- 41 - pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Dans le cas présent, les experts estiment que le recourant est apte à travailler à 100% dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire en position essentiellement assise, avec des petits déplacements sans charge, soit une activité de bureau ou assis à l'établi, de surveillance d'écrans, mais avec un rendement réduit de 30% à cause des douleurs ressenties. C'est à juste titre que l'intimé n'a pas examiné la situation du recourant au regard de la jurisprudence sur l'évaluation de l'invalidité d'un assuré proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, puisqu'il était âgé de 57 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue, ce qui ne correspond pas à la limite d'âge à partir de laquelle le Tribunal fédéral admet qu'il peut être plus difficile pour un assuré de se réinsérer sur le marché du travail (TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Pour le surplus, le seul fait pour le recourant de rappeler ses circonstances personnelles ou professionnelles ■ en particulier des limitations fonctionnelles importantes dont on a vu qu'elles permettaient d'exercer une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement, un trouble dépressif persistant dont il a été établi qu'il était influencé par des facteurs étrangers à l'invalidité (incertitude sociale) ou l'absence de formation qui n'exclut nullement l'existence sur un marché équilibré du travail de nombreuses activités n'en exigeant pas, pas plus que l'usage de la force ■, ne permet pas d'opérer un abattement lié au handicap. En définitive, après comparaison entre le revenu sans invalidité (56'300 fr.) et celui d'invalidé (40'640 fr.), il en résulte une perte de gain de 15'660 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 28%, conduisant à la suppression de la rente de l'assuré dès le premier jour du deuxième mois à compter de la notification de la décision litigieuse du 17 juin 2013.

- 42 - 11. Vu l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être intégralement rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. 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 d'invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. La partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe. Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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