

VD_GERICHTE ZD15.053523 vom 3. April 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-04-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.053523

FR: VD_GERICHTE ZD15.053523 du 3 avril 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.053523 del 3 aprile 2017

Erwägungen

E. 29

al. 1 LAI). 4. a) La décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression (rente temporaire) correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3) et doit être examinée au regard des conditions de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d ; voir notamment : TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, TF 9C_104/2009 du 14 décembre 2012 consid. 2). L'art. 17 LPGA prévoit que 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). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour

- 24 - l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance- invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). b) Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), 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 déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge, en cas de recours, se base 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 mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement,

exiger de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être

- 25 - 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. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Toutefois, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6) (voir également TF 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). 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

- 26 - 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 ; cf. également : TF 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1, TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Cela étant, un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). 6. a) En l'occurrence, le recourant a eu un accident de travail le 18 décembre 2009 lors duquel il est tombé sur son épaule gauche, ce qui a causé une déchirure longitudinale du tendon du sous-épineux. Après une période d'incapacité totale de travail dès le 16 mars 2010, il a repris le travail le 1er décembre 2010 à 100% avec une diminution de rendement de 30%. Il a finalement subi une intervention le 16 décembre 2011 de l'épaule gauche, date à partir de laquelle il était totalement incapable de travailler. Le recourant a ensuite repris le travail à 50% le 14 mai 2012, puis à 75% dès le 5 novembre 2012. Il a eu un nouvel accident le 22 novembre 2012, lors duquel il est tombé sur son épaule droite, ce qui a provoqué une lésion de la coiffe des rotateurs à droite. Dès cette dernière date, le recourant a présenté une incapacité de travail de 50% en raison de l'atteinte à l'épaule droite, et également en raison de la décompensation des douleurs à l'épaule gauche à la suite de l'augmentation du taux d'activité de 50% à 75% le 5 novembre 2012 (cf. rapport du Dr J. _____ à la CNA du 17 décembre 2012). L'assuré a ensuite présenté

une incapacité de travail de 100% dès le 3 septembre 2013 (cf. rapport médicaux du Dr J. _____ du 17 décembre 2012, du 12 février 2013 et du 4 décembre 2013 et entretien téléphonique du 23 septembre 2013 entre l'OAI et l'assuré). Il est en outre établi qu'il n'est plus capable d'exercer son activité habituelle de maçon vu ses atteintes aux deux épaules (voir les rapports concordants sur ce point du Dr B. _____ du 19 avril 2013 et du 10 avril 2014, du Dr J. _____ du 4 décembre 2013, des Drs A. _____ et P. _____ du 7 août 2014). C'est donc à juste titre que l'OAI lui a octroyé une rente entière d'invalidité à compter du 1er novembre 2013, soit six mois après le dépôt de sa rente

- 27 - d'invalidité le 1er mai 2013, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (cf. également art. 29 al. 3 LAI), l'assuré satisfaisant en outre en novembre 2013 aux conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. b) Cela étant, le recourant conteste la suppression de sa rente d'invalidité dès le 1er novembre 2014, niant l'amélioration retenue par l'OAI, soit qu'il dispose, trois mois après sa sortie de la Clinique S. _____, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail très léger, pas de soulèvement et de port de charges de plus de 5 kg, pas de sollicitation des épaules supérieur à 60° en flexion ou en abduction). c) Or, en l'occurrence, les Drs A. _____ et P. _____ de la S. _____ ont considéré, à l'issue du séjour de l'assuré dans cette clinique qui a duré plus d'un mois (du 3 juin au 9 juillet 2014), que les plaintes et limitations fonctionnelles de ce dernier s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées. Ils ont relevé toutefois que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes de l'assuré, en particulier le fait qu'il était à tel point centré sur ses douleurs qu'il avait été difficile de mettre sur pied un programme de rééducation adapté. Forts de ces constatations, ils ont considéré que la situation médicale était stabilisée, ne proposant pas de physiothérapie ou de nouvelle intervention à la sortie de la S. _____ et ont défini des limitations fonctionnelles définitives d'épargne des membres supérieurs (le travail au-dessus du plan des épaules étant en particulier contre-indiqué). Les médecins de la S. _____ ont finalement indiqué que le pronostic de réinsertion était favorable d'un point de vue médical, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré. Ainsi, les conclusions des médecins de la S. _____ sont claires et dûment motivées, et prennent en compte les indications subjectives de l'assuré. Leur rapport est en outre fondé sur une anamnèse détaillée, des examens cliniques de l'assuré, à l'entrée et à la sortie de la S. _____, ainsi que sur un examen spécialisé réalisé par le Dr [...]. Ce dernier a relevé la persistance des douleurs, mais n'a pas estimé qu'une nouvelle intervention chirurgicale était indiquée, vu l'absence de lésion transfixiante importante à droite ou à gauche.

- 28 - De plus, contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport du 22 mai 2014 du Dr J. _____ ne permet pas de retenir que la situation n'est pas stabilisée. En effet, si ce médecin a bien indiqué que la situation n'était pas stabilisée, cet avis ne concernait que la situation de l'épaule droite, le médecin ayant expressément indiqué dans son rapport du 15 avril 2013 à Me Carré que l'évolution de l'épaule gauche était stabilisée (cf. également avis SMR du 20 février 2014). En outre le rapport du 22 mai 2014 du Dr J. _____ précède le séjour de l'assuré à la S. _____, ce médecin ayant expressément expliqué que la capacité de travail devrait être réévaluée la sortie de la S. _____, ce qui a précisément été fait en l'occurrence par les médecins de cette clinique. On relèvera enfin que le Dr J. _____ a certes exclu la reprise de l'activité de maçon - comme l'ensemble des médecins en l'espèce - mais pas l'exercice d'une capacité de travail résiduelle dans une activité nettement plus légère, ce qui n'entre pas en contradiction avec l'évaluation des médecins de la S. _____.

L'on ne saurait pas non plus retenir que les capacités résiduelles du recourant ont été « grossièrement évaluées » comme il le soutient dans son acte de recours, étant donné que durant son séjour à la S. _____, sa capacité de travail a été non seulement évaluée par des médecins (cf. supra) et des physiothérapeutes, mais aussi en tenant compte des observations faites lors du stage aux ateliers professionnels de la S. _____. Vu ce qui précède, le rapport du 7 août 2014 des médecins de la S. _____, qui n'entre pas en contradiction avec l'avis du Dr J. _____, remplit les critères jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine valeur probante. En outre, les conclusions des médecins de la S. _____ sont corroborées par celles du Dr B. _____ dans son rapport d'examen final du 12 novembre 2014. Le médecin d'arrondissement de la CNA a en effet constaté une concordance entre l'examen clinique et l'imagerie médicale, tout en relevant que le patient était plutôt démonstratif, et a conclu que ce dernier avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée

- 29 - aux limitations fonctionnelles indiquées par la S. _____. Quant au Dr C. _____, il a en substance confirmé les conclusions susmentionnées de la S. _____ et du Dr B. _____, dans son avis SMR du 1er décembre 2014. Par ailleurs, il convient de relever que si tant les médecins de la S. _____ que le Dr C. _____ dans son avis du 1er décembre 2014, ont retenu un bon pronostic de réinsertion au plan strictement médical, ils ont toutefois mentionné que ce pronostic était incertain en raison de facteurs non médicaux (patient centré sur la douleur, âge, mauvaise maîtrise du français et absence de formation). Cependant, de jurisprudence constante, 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, en règle générale, 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 (cf. notamment TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2, TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et les références). d) Quant aux IRM des 22 et 24 septembre 2015 produites par le recourant avec son acte de recours, l'on ne voit pas en quoi elles établissent une aggravation de la situation qui influencerait sa capacité de travail résiduelle. En effet, le Dr X. _____ n'a pas jugé nécessaire d'effectuer une nouvelle intervention à l'épaule gauche ou droite, relevant lui aussi une certaine discordance entre l'importance de la limitation fonctionnelle et les lésions objectives ressortant de ces IRM (rapport du 28 janvier 2016). De plus, comme le relève le Dr C. _____ dans son avis SMR du 15 février 2016, la mobilité active des épaules décrites par les Drs Q. _____ (dans son rapport du 19 octobre 2015) et X. _____ (dans son rapport du 28 janvier 2016) est supérieure à l'amplitude en-deçà de laquelle l'exercice d'une activité adaptée a été reconnue comme exigible par le SMR, lequel a contre-indiqué la sollicitation des épaules supérieure à 60° en flexion et/ou en abduction (avis du 1er décembre 2014).

- 30 - Les rapports du Dr L. _____ des 26 mars 2016 et 28 mai 2016 adressés à l'avocat du recourant confirment certes que l'assuré présente des douleurs aux épaules. Ce médecin n'a cependant pas remis en cause la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que retenue à la S. _____ et par le Dr B. _____. Au surplus, le Dr L. _____ a exposé que son patient a finalement été adressé au service d'antalgie de l'Hôpital de [...]. Or, les rapports des Drs G. _____ et [...] (des 24 juin, 13

juillet et 1er septembre 2016) de ce service ne contiennent pas d'élément qui indiquerait une surévaluation de la capacité de travail, ou éventuellement une détérioration de la situation postérieurement au recours. En effet, ces médecins ont relevé que les symptômes et douleurs du recourant étaient peu spécifiques, d'intensité modérée, sans signe inflammatoire – contrairement à ce qui était annoncé dans l'écriture de ce dernier du 20 juin 2016 – et sans déficit neurologique, moteur ou sensitif. e) Vu ce qui précède, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante, généralement applicable en droit des assurances sociales (voir notamment TF 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2), que dès la sortie de l'assuré de la S. _____, la situation au plan médical était stabilisée s'agissant de ses atteintes aux épaules, et qu'il disposait dès lors d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme l'a constaté l'OAI dans sa décision du 6 novembre 2015. Le fait que la CNA ait repris le versement des indemnités journalières dès le 31 mai 2016, lorsqu'elle a été informée de la mise en œuvre du traitement antalgique à l'Hôpital [...], ne saurait conduire à une autre solution. En effet, le dossier de la CNA produit par l'OAI dans la présente procédure ne contient pas d'autres documents médicaux que ceux susmentionnés, qui mettraient en doute l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

- 31 - Enfin, la mise en œuvre d'un complément d'instruction au plan médical, sous la forme d'une expertise, n'apparaît pas nécessaire en l'espèce, dès lors qu'un tel complément ne serait pas de nature à modifier les conclusions qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves : ATF 130 II 425 consid. 2.1, TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références). 7. S'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité, le recourant critique le revenu d'invalidité retenu par l'OAI, en particulier le taux d'abattement, arguant qu'il faudrait retenir un abattement de 25% voire de 20%. a) Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu de la personne valide) 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 LPGA par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI) (revenu d'invalidité). Il s'agit donc de comparer deux revenus hypothétiques, soit le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu hypothétique d'invalidité. Selon la jurisprudence, pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré qui n'a pas repris d'activité adaptée à son état de santé alors que l'on peut raisonnablement l'exiger de lui, il est possible de se fonder sur des tables statistiques, en particulier sur les données issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec des limitations

- 32 - fonctionnelles peu contraignantes (TF 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; TFA I 171/04 du 1er avril 2005, consid. 4.2). Lorsque le revenu d'invalidité est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf.

ATF 126 V 175 ; cf. UELI KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ATSG), in : Meyer (édit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit, 3ème édition, Bâle 2016, ch. 47 p. 292). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il convient de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité ou encore la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge et il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Par ailleurs, la déduction globale maximale est limitée à 25% du revenu statistique (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc). La déduction doit être motivée, en ce sens que l'assuré doit pouvoir se faire une idée des motifs qui ont amené l'administration à prendre sa décision ; en particulier, cette dernière doit au moins expliquer brièvement pourquoi elle opère la réduction, et sur quels critères elle s'est basée dans le cadre de son appréciation globale (ATF 126 V 75 consid. 5b/dd in fine). La question de l'étendue de l'abattement est une question relevant du pouvoir d'appréciation ; à cet égard, le pouvoir d'examen du tribunal cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la

- 33 - violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 consid. 5.2). 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 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. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). b) aa) En l'occurrence, dès lors que l'assuré n'a pas repris d'activité adaptée alors que l'on pouvait raisonnablement l'exiger de lui, il se justifie de se fonder sur les données issues de l'ESS pour fixer son revenu d'invalide. En effet, le salaire issu de ces données est réputé recouvrir un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré, y compris des tâches physiques et manuelles simples ne sollicitant pas trop les épaules. A cet égard, trois domaines professionnels possibles et respectant les limitations fonctionnelles du recourant ont été mis en évidence par le service de réadaptation de l'OAI, à savoir agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, ouvrier de conditionnement de matériel léger (mise sous pli) et une activité d'assemblage de composants électroniques ou informatiques. Ainsi, pour fixer le revenu d'invalide, il convient de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) ressortant de l'ESS 2014 (soit pour des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, un salaire de 5'312 francs) et de l'adapter à la durée hebdomadaire du travail dans les entreprises en 2014, à savoir 41,7 heures (cf. Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel), ce qui donne un revenu mensuel d'invalide de 5'537 fr. 76 et annuel de 66'453 fr. 12. Dans ce contexte, la déduction de 10% opérée par l'OAI sur le revenu statistique ne paraît pas suffisamment tenir compte de l'ensemble des circonstances d'espèce susceptibles de

- 34 - causer un désavantage salarial au recourant. Il convient à cet égard non seulement de prendre en considération ses limitations fonctionnelles et son âge (cf. fiche REA, calcul du salaire exigible du 18 juin 2015), mais également ses connaissances limitées en français et son absence de formation professionnelle. Par conséquent un taux d'abattement de 15% apparaît plus approprié que le taux de 10% retenu par l'OAI. Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à 56'485 fr. 15. bb) Le recourant ne formule aucun grief à l'encontre du revenu sans invalidité de 85'216 fr. 27 retenu par l'OAI, à juste titre. Ce montant, vérifié d'office, ne prête en effet pas flanc à la critique dès lors que l'OAI l'a fixé sur la base du revenu du recourant en 2011, ressortant de son compte individuel AVS (extrait du 3 mai 2013) et l'a adapté à l'évolution des salaires nominaux en 2014 (cf. ATF 134 V 322 consid. 4 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). cc) Il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité un taux d'invalidité de 33.72% ($[(85'216 \text{ fr. } 27 - 56'485 \text{ fr. } 15)] \times 100 / 85'216 \text{ fr. } 27$). Ce taux est insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité. L'OAI a donc supprimé à juste titre la rente d'invalidité allouée au recourant trois mois après l'amélioration de son état de santé, soit le 1er novembre 2014 (cf. art. 88a al. 1 RAI). 8. a) Vu ce qui précède, le recours est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue par l'OAI le 6 novembre 2015. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi et le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, qu'il convient en l'occurrence de fixer à 400 francs et de mettre à la charge du recourant qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

- 35 - c) Le recourant n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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