

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8, et 53 al. 2 LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 88^{bis} al. 2 RAI.

E n f a i t :

A. **a)** B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1959, au bénéfice d'un permis C, exerçant la profession de maçon, a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 21 novembre 1995, indiquant souffrir de douleurs à la colonne vertébrale depuis mars 1995, occasionnant une incapacité totale de travail depuis le 20 juin 1995. Son contrat de travail auprès de l'entreprise de maçonnerie D._____ a pris fin le 7 décembre 1995.

Dans son rapport médical du 15 janvier 1996, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, hématologie et oncologie médicale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques persistantes et clavicalgies chroniques intermittentes sur troubles statiques du rachis, de lésion hépatique légère et d'intolérance glucidique. Il a indiqué que l'intéressé était en incapacité totale de travailler dans l'activité de maçon depuis décembre 1995 pour une durée indéterminée, mais qu'un reclassement professionnel dans une activité comportant des travaux physiques légers (aide-magasinier notamment) était envisageable.

L'assuré a suivi un stage d'orientation auprès du Centre COPAI [Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité] à Y._____ du 23 septembre au 17 octobre 1997. On extrait ce qui suit du rapport daté du 24 novembre 1997, signé par le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil du COPAI :

« **Discussion**

B._____ est un portugais peu scolarisé, qui a appris le métier de maçon par la pratique et travaillé dans notre pays de 1983 à 1995 où il a dû arrêter pour des raisons de santé.

Il souffre de lombalgies avec irradiations dans le MIG [membre inférieur gauche] et de cervicalgies intermittentes sur troubles statiques du rachis. Il a un raccourcissement post-traumatique du MIG, partiellement compensé par une talonnette. On trouve une scoliose dorso-lombaire complexe en S, qui se corrige partiellement

lors du port de la chaussure compensée. La mobilité vertébrale est légèrement diminuée.

A l'atelier, cet homme paraît peu limité sauf pour le port de charge et pour des activités qui nécessitent de la force, une flexion prolongée du tronc ou une position statique longtemps maintenue. En dehors de ces limitations, B. _____ obtient des rendements lors de travaux à l'établi. On peut espérer des rendements de l'ordre de 70% dans du montage, des travaux à l'établi, du contrôle. Les moniteurs ont remarqué que cet homme doit être stimulé et un réentraînement serait donc souhaitable ».

Par communication du 24 avril 1998, l'OAI a informé l'assuré de son droit à des mesures professionnelles, sous la forme d'un stage de réadaptation dans le cadre d'un reclassement, auprès de l'Atelier H. _____ SA à Q. _____, du 2 mars au 2 juin 1998.

Dans son rapport intermédiaire à l'OAI du 29 novembre 1999, le Dr F. _____ a indiqué que l'assuré avait effectué un stage de 3 mois qui aurait démontré qu'il était capable de reprendre une activité légère à 50 %, précisant que l'état de santé de l'assuré demeurait inchangé depuis le rapport précédent.

La fiche d'examen du dossier No 3 établie par l'OAI le 3 avril 2000, arrêtant le calcul du préjudice économique à 70,8 % dans une activité adaptée, renvoie au rapport du Dr F. _____ du 29 novembre 1999, ainsi qu'à un rapport « OAI-R du 16.11.1998 », lequel ne figure toutefois pas au dossier.

Par projet du 3 avril 2000, confirmé le 20 juin 2000, l'OAI a accordé à l'assuré une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 71 % à compter du 1^{er} juin 1998, selon la motivation suivante :

« [...] Suite à des problèmes de santé, vous avez présenté des périodes suivies d'incapacités de travail depuis le 20 juin 1995. A l'issue du délai de carence d'une année, prévu à l'art. 29, 1^{er} al. LAI, soit le 20 juin 1996, vous receviez des indemnités journalières d'attente selon l'art. 18 RAI depuis le 22 mars 1996. Vous avez continué à recevoir cette prestation jusqu'au 1^{er} mars 1998, puis vous avez bénéficié de mesures professionnelles AI avec indemnités journalières AI jusqu'au 2 juin 1998. A l'issue de ces mesures, nous avons évalué votre capacité de travail et de gain selon le calcul ci-dessous. Le droit à la rente débute à l'issue du versement des indemnités journalières AI.

Revenu annuel raisonnablement exigible provenant d'une activité lucrative	francs	
- sans invalidité	57135.00	
- avec invalidité	16700.00	
manque à gagner/degré d'invalidité	40435.00	=

70.77% »

Le droit à une rente entière d'invalidité a été confirmé par l'OAI à deux reprises, par communications des 2 juillet 2002 et 24 février 2009, le degré d'invalidité de l'assuré demeurant inchangé.

b) Dans le cadre de la révision d'office du droit à la rente d'invalidité de l'assuré initiée en 2013, un juriste de l'OAI a rédigé l'avis suivant le 9 janvier 2014 :

« Le dossier nous est soumis afin de déterminer si les conditions de la reconsidération sont remplies.

L'assuré est au bénéfice d'une rente entière depuis 1998, selon l'application de la méthode générale de la comparaison des revenus. Taux 71%.

Nous sommes confrontés au fait qu'il n'y a aucune pièce dans le dossier qui nous permet de comprendre la décision d'octroi de la rente entière alors que selon plusieurs pièces, il semble que l'assuré devait être capable de travailler dans une activité adaptée à taux de l'ordre de 70%.

Il ressort, en effet, du rapport du centre [...] du 24 novembre 2007 que l'assuré est peu limité à l'exception du port de charges et pour les activités qui nécessitent de la force, une flexion prolongée du tronc ou encore une position statique longtemps maintenue.

Dans une activité à l'établi, travaux de montage, de contrôle, les rendements obtenus devraient être supérieurs à 70%.

Il est également relevé que le niveau intellectuel est apparemment assez faible et qu'il a des difficultés d'apprentissage dès qu'il dépasse le niveau pratique.

Il n'en reste pas moins que le centre conclut que l'assuré a de bonnes capacités de travail dans une activité respectant les limitations engendrées par l'atteinte à la santé.

Le médecin du centre confirme cette position.

Suite à l'évaluation du centre, un stage pratique est mis en place, il ressort de la note du 9 avril 1998 que celui-ci se déroule bien.

Le Dr F. _____ dans son rapport du 29 novembre 1999 annonce une capacité de travail de 50% et que l'état de santé est toujours le même.

Nous lisons dans un courrier de la protection juridique de l'assuré (S._____) du 17 mars 2000, qu'une pièce de notre dossier de novembre 98 attesterait un taux d'invalidité de 70,8 %, or cette pièce est introuvable.

Dans la proposition du gestionnaire du 3 avril 2000, il est fait référence à un rapport REA du 16 novembre 1998. Or la dernière pièce de 98 en notre possession date de juin.

N'ayant pas la possibilité de prendre connaissance du document décisif de la REA sur lequel nous nous sommes basés à l'époque pour octroyer la rente, nous sommes dans l'impossibilité de nous positionner sur les conditions d'une reconsidération.

Le médecin de l'assuré atteste une capacité de travail de 20 % (rapport du 28.02.2013) en indiquant que l'état est stationnaire. Ce même médecin attestait en 1999, rapport du 29 novembre, une incapacité de travail de 50%. Le 30 juin 2001 ainsi que le 10 mai 2002, toujours le même médecin indique que l'état de santé est inchangé. En 2008, le 17 juin, le médecin traitant parle toujours d'un état de santé inchangé avec un pronostic sombre pour une reprise de travail. Les limitations sont les douleurs. L'assuré est obèse, classe II.

Aujourd'hui, l'assuré a 54 ans et de prime abord, il n'a plus travaillé depuis l'année 95.

Afin de pouvoir nous déterminer sur cette situation, il me semble indispensable d'organiser une expertise afin de connaître la situation médicale actuelle. Sans celle-ci, nous n'aurons que le choix de maintenir le droit à la rente entière ».

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a fait l'objet d'une expertise rhumatologique conduite par le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Dans son rapport du 1^{er} mai 2014, l'expert a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques aspécifiques avec douleurs mal systématisées dans le membre inférieur gauche (syndrome d'amplification des symptômes et discopathies modérées lombaires prédominantes en L1-L2) et de cervicalgies aspécifiques (discopathies modérées C4-C5 et C5-C6 avec légère spondylose antérieure), ainsi que les diagnostics non incapacitants d'obésité de classe 1 (IMC : 32 kg/m²), tabagisme chronique et dyspepsie anamnestic). Il a pour le surplus exposé ce qui suit :

« 5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

[...] Une demande d'AI a été ensuite déposée le 20 novembre 1995 en vue de mesures professionnelles ou d'une rente. Il a été par la suite évalué lors d'un stage au COPAI en automne 1995 où il

avait été évalué par le médecin conseil du COPAI, le Dr W. _____ qui a retenu une capacité de travail exigible de 70% d'une activité adaptée sans port de charges, sans activité réalisée en antéflexion du tronc. Subséquemment, l'assuré a encore suivi un stage dans l'entreprise H. _____ à Q. _____ pendant quelques mois. Ensuite, pour des raisons indéterminées, il a été estimé une invalidité de 71% conduisant à l'octroi d'une rente AI entière à partir du 1^{er} juin 1998, lui conférant un statut d'invalidé. Le médecin traitant lui-même, le Dr F. _____ avait pourtant préconisé un reclassement dans une activité plus légère, en jugeant d'une capacité de travail résiduelle dans son rapport AI de janvier 1996. Depuis lors l'assuré a continué à se plaindre essentiellement de lombosciatalgies chroniques principalement du côté gauche. Il n'a pas revu de médecin spécialiste du rachis depuis plus de 15 ans, dès lors une expertise rhumatologique a finalement été sollicitée.

Subjectivement, il fait allégation de la perpétuation de lombalgies plutôt mécaniques, de jour comme de nuit, lombalgies surtout majorées par les positionnements statiques prolongées, debout, assis ou même couché, douleurs majorées par les ports de charges et dans les activités en antéflexion du tronc. Il est en partie soulagé par le décubitus dorsal, par les bains chauds et quelque peu par la prise de médicaments anti-inflammatoires. Il déclare en outre, des irradiations algiques sont [sic] mal systématisées dans le membre inférieur gauche ainsi que des cervicalgies chroniques qui sont liées aux positions statiques prolongées, et aux mouvements de rotations de la nuque. Il ne mentionne sinon pas d'autres doléances hormis des troubles digestifs de dyspepsie soignés par son médecin traitant, le Dr F. _____ ainsi que le Dr [...], gastro-entérologue par du Nexium. L'assuré déclare ne plus rien faire à son domicile, toutes les tâches ménagères sont effectuées par son épouse, mais il déclare conduire encore son véhicule automobile mais uniquement sur de courtes distances. Il ne fait pas d'activité sportive particulière.

Objectivement, l'assuré est en état général conservé, il présente certes un déconditionnement physique caractérisé par une obésité de classe I à prédominance tronculaire. On constate surtout de nombreuses signes d'amplifications des symptômes, les signes comportementaux de Wadden tous présents, enfin l'assuré s'est montré relativement oppositionnel lorsqu'on a voulu mobiliser son rachis tant lombaire que cervical et les membres inférieurs en particulier le membre inférieur gauche. On ne constate de manière objective tout au plus, un très léger syndrome rachidien lombaire qui est cependant difficilement interprétable vu les nombreuses contre-pulsions et les auto-limitations produites par l'assuré. Concernant la mobilité globale du rachis et du membre inférieur gauche, il y a ainsi une discordance entre les constatations faites en dehors du cadre de l'examen clinique, notamment lors de la marche, de l'entretien et lors du déshabillage et du rhabillage (lorsque l'assuré ne se sent pas observé) et les constatations faites lors de la réalisation du status clinique. Toujours est-il, l'examen neurologique peut sinon être considéré comme physiologique, il n'y a pas de signe irritatif ou déficitaire au niveau des membres inférieurs. Enfin la mobilité de la nuque est également conservée sous réserve des contre-pulsions manifestées par l'assuré. Finalement, le bilan radiologique tant au niveau du rachis lombaire que du rachis cervical, est tout à fait banal, compatible avec l'âge de l'assuré. En somme, la discordance manifeste entre l'intensité des douleurs alléguées par l'assuré, le retentissement fonctionnel allégué (même si l'assuré n'est pas

entravé dans les tâches de la vie quotidienne ou pour conduire sa voiture), l'absence de réponse aux thérapies et les constatations pathologiques fort modestes tant cliniques que radiologiques, font fortement suspecter l'existence d'un syndrome d'amplification des symptômes. Enfin, il faut relever que la prise en charge médicamenteuse actuelle antalgique est fort succincte, essentiellement sous la forme d'AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien], et que par ailleurs l'assuré indique une aggravation de ses douleurs sous traitement de physiothérapie ce qui est pour le moins surprenant, mais souvent remarqué lors de tel syndrome de majoration des symptômes. Il faut signaler pour terminer qu'en 1995 déjà, le Dr [...] spécialiste en médecine physique, avait déjà constaté l'existence de nombreuses incohérences à l'examen clinique, suggestive d'un syndrome d'amplification des symptômes.

[...]

Remarques

L'exigibilité professionnelle de 70% qui avait été déterminée en décembre 1997 par le médecin du COPAI demeure inchangée. Il faut signaler que vu les nombreux signes d'amplification des symptômes, il paraît justifié d'envisager la pratique d'une expertise complémentaire afin de déceler une éventuelle comorbidité psychiatrique.

Le pronostic futur est cependant réservé quant à une reprise effective d'une activité professionnelle, car l'octroi d'une rente AI dès juin 1998, pour des motifs qui d'ailleurs échappent au soussigné, a conforté l'assuré dans son statut d'invalidé, ce dernier estime lui-même qu'il ne serait pas en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle ».

L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique conduite le 12 février 2015 par le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport du 23 février 2015, qui ne retient aucune maladie psychiatrique ni trouble de la personnalité, a notamment la teneur suivante :

« 5. Appréciation du cas et pronostic

Il s'agit d'un assuré né au Portugal, qui a fait 4 ans d'école, qui sait lire et écrire en portugais et lire le français mais pas l'écrire et qui s'exprime correctement presque sans accent en français. Il n'a pas fait d'apprentissage dans son pays d'origine et il est arrivé en Suisse en 1982, où il a toujours travaillé comme maçon jusqu'à son arrêt de travail en juin 1995.

Signalons que dans les rapports figurant dans votre dossier, lorsque l'assuré est allé au COMAI, une réadaptation professionnelle avait été proposée mais, pour une raison que l'expert ignore, celle-ci n'a pas eu lieu et l'assuré a été déclaré inapte au travail. Cette situation a été confirmée lors des différentes révisions jusqu'à ce que dernièrement et après l'avis du juriste, un examen rhumatologique ait été réalisé qui a conclu à une incapacité de travail en tant

qu'aide maçon, mais que dans une activité adaptée et en tenant compte des limitations fonctionnelles, l'assuré pourrait travailler au moins jusqu'à 70%. L'expert rhumatologue propose une réadaptation professionnelle, tout en tenant compte qu'il y a presque dix-neuf ans que l'assuré ne travaille pas.

Du point de vue psychiatrique, cet assuré n'a jamais été suivi, par un psychiatre, ni par un psychologue et il n'a jamais pris des médicaments psychotropes. Il est d'ailleurs étonné d'être convoqué par un psychiatre.

Au moment de l'entretien et du point de vue anamnestique, je n'ai pu déceler aucun signe ou symptôme d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité.

Les activités quotidiennes de l'assuré sont celles d'une personne normale. S'il ne peut pas travailler, c'est à cause des douleurs.

En l'absence d'atteinte à la santé sur le plan psychiatrique, l'expert ne se prononce pas quant à un pronostic ».

Par communication du 14 octobre 2015, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il remplissait les conditions pour une prise en charge de mesures de réinsertion ; aussi l'office mentionnait prendre en charge les frais liés à un entraînement progressif du 26 octobre 2015 au 29 janvier 2016 auprès de la Fondation J._____, d'abord à 50 %, puis avec une augmentation progressive du taux jusqu'à 70 %. En raison des difficultés temporaires rencontrées, son taux d'activité a été diminué à 40 %.

On extrait notamment ce qui suit du rapport de stage en ateliers du 19 janvier 2016 auprès de la Fondation J._____ :

« Description des activités du stagiaire :

Toujours d'actualité pour cette période, B._____ a continué de travailler à un taux réduit de 40%. Il a réalisé des activités sur différents postes de travail, sur des machines réglées, en simple et répétitif, comme le tour conventionnel, la perceuse, fraiseuse, l'ébavureuse et surtout à la reprise des pièces destinées à la clientèle.

Il a - pendant ces dernières semaines - travaillé dans un atelier Multiservice à la réalisation des différentes tâches suivantes : réfections de sièges TL, mises sous plis diverses. B._____ a, à nouveau, bénéficié de l'adaptation du cadre, afin de l'aider à mieux gérer ses douleurs : chaise ergonomique, déplacement ponctuel et pauses supplémentaires.

[...]

Synthèse, appréciation de la situation, suite envisagée :

Toujours d'actualité pour cette période : B. _____ fait toujours face aux mêmes difficultés physiques, malgré son stage dans un autre atelier et le changement d'activité. Bien qu'il continue à être présent tous les jours prévus (4*1/2 journée / semaine) et qu'il se montre motivé dans l'activité proposée, les postes effectués lui ont été difficiles à tenir. Les douleurs sont présentes en permanence, ce qui influe sur son rendement.

Durant ces 3 mois de stage, B. _____ est allé 4 fois chez le médecin pour adapter sa médication contre les douleurs et faire des infiltrations. Ces douleurs au dos sont toujours présentes et des douleurs à la jambe sont apparues en cours de stage. B. _____ n'a donc pas pu tenir le taux de travail de 50% initialement essayé, a travaillé à 40% durant toute la durée du stage dès la 2^e semaine, avec plusieurs pauses supplémentaires à la normale durant chaque matinée. Une ré-augmentation ultérieure du taux de travail n'a pas été possible.

De notre point de vue, la réactivation de B. _____ n'est actuellement pas possible, les douleurs sont trop présentes et en grande augmentation au fil de sa demi-journée de travail, ceci malgré un lieu de travail très adapté et adaptable. Le rendement atteint par B. _____ dans les mises sous plis légères (travail simple et répétitif qui n'existe pas dans le marché économique normal) est d'environ 50%.

B. _____ a aimé venir travailler à l'atelier, à côtoyer des collègues, faire partie d'une équipe, avoir une activité professionnelle. Par contre, vu ses douleurs, il dit ne pas pouvoir tenir plus que les 3 mois prévus initialement pour son stage, à sa grande déception.

Des objectifs du stage donnés par l'OAI, tous les objectifs de compétences sociales sont atteints (respect cadre, intégration dans l'équipe, capacité d'adaptation, motivation à la place de travail, etc.). Cependant les objectifs de rendement (respect des délais et tempo demandés) et d'augmentation du taux de travail n'ont pas été atteints ».

Dans son rapport du 26 janvier 2016, le Dr F. _____ a mentionné l'apparition de douleurs surtout à l'épaule sur arthrose acromio-claviculaire, tendinopathies du sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire et déchirure supérieure du labrum (SLAP), occasionnant une capacité de travail exigible de 20 % dans une activité adaptée.

Cette nouvelle atteinte a justifié, selon l'OAI, un complément d'expertise effectué par le Dr R. _____ le 17 juin 2016. Le rapport d'expertise du 21 juin 2016 contient notamment ceci :

« **APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

Suite à l'expertise rhumatologique précédente de 2014, l'assuré a été expertisé pour le compte de l'Al par le Dr. T. _____ psychiatre qui a estimé qu'il n'y avait pas de co-morbidité psychiatrique sous-jacente chez un assuré qui avait manifesté un syndrome d'amplification des symptômes dans un contexte de cervico-lombalgies aspécifiques sur troubles dégénératifs, diagnostic somatique que le soussigné avait retenu lors de l'expertise datée du 1^{er} mai 2014.

Par la suite en octobre 2014, l'assuré a manifesté des douleurs inaugurales à l'épicondyle droit qui ont justifié une consultation auprès du Dr. [...], qui lui a proposé un traitement conservateur avec de la physiothérapie et des anti-inflammatoires avec une bonne réponse.

Subséquentement, l'assuré a débuté un stage d'évaluation et d'observation professionnelle en automne 2015, et durant ce stage, l'assuré a manifesté des omalgies droites inaugurales qui sont survenues sans facteur déclenchant. Il a consulté son médecin traitant le Dr. F. _____ qui a organisé une arthro-IRM de l'épaule droite, examen révélant une arthrose acromio-claviculaire droite associée à une bursite sous acromiale et à une tendinopathie des muscles sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire parallèlement à une déchirure de la partie supérieure du labrum. Selon ses dires, l'assuré aurait reçu une seule infiltration de corticoïdes lors de la pratique de l'arthro-IRM de l'épaule droite, puis un traitement physiothérapeutique. Ce traitement n'a pas conduit à une amélioration notable de la situation clinique. Durant son stage professionnel, l'assuré a démontré une bonne motivation mais un rendement qui s'est avéré mauvais d'après les conseillers professionnels qui ont estimé que l'assuré ne pouvait pas être réintégré dans le monde économique.

Du point de vue thérapeutique, l'assuré poursuit essentiellement la prise d'anti-inflammatoires, il a interrompu la physiothérapie qui n'aurait pas été efficace.

Subjectivement, il rapporte la persistance de ses cervico-lombalgies chroniques qui se perpétuent depuis plus de 20 ans avec [en] outre l'apparition en automne 2015 d'omalgies droites mécaniques, majorées principalement par des mouvements d'élévation et d'abduction du MSD (membre supérieur droit) et lors de toutes les activités qui nécessitent l'utilisation du MSD. Il déclare également des douleurs lorsqu'il dort en décubitus latéral droit, avec une gêne dans les tâches ménagères et ainsi que pour sa toilette personnelle.

Objectivement, nous sommes face à un assuré à l'aspect physique qui n'a pas été modifié depuis 2014, manifestement déconditionné avec une obésité diffuse de classe I. On est toujours frappé par de nombreux signes d'amplification des symptômes avec notamment des signes comportementaux de Waddell qui sont tous présents avec une attitude oppositionnelle lorsque l'on veut mouvoir son rachis cervical et lombaire en particulier. Il n'y a pas de syndrome rachidien cervico-dorso-lombaire manifeste. On constate toujours en outre, une bonne capacité à se mouvoir, à procéder aux transferts, et le déshabillage semble n'être que peu entravé par ses douleurs au niveau de l'épaule droite. Finalement, le reste de l'examen clinique démontre essentiellement des signes de conflit sous-acromiaux à l'épaule droite avec une limitation objective de la mobilité du MSD en abduction, en antépulsion et en rotation interne en particulier.

Pour le reste la situation clinique n'a pas été modifiée depuis 2014, en ce qui concerne le status neurologique qui demeure toujours dans les limites de la norme. En somme, il y a toujours une importante discordance entre les plaintes rapportées par l'assuré et les constatations objectives de l'examen clinique et du bilan paraclinique notamment radiologique en ce qui concerne la problématique rachidienne cervico-lombaire. En revanche, concernant l'épaule droite, force est de reconnaître qu'il y a une certaine corrélation entre les plaintes algiques, les constatations de l'examen clinique et les trouvailles de l'arthro-IRM.

S'agissant de la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici, le Dr R. _____ a indiqué ceci :

« Pour les motifs déjà mentionnée en 2014, l'assuré présente une incapacité de travail dans son activité habituelle d'aide maçon depuis juin 1995, compte tenu des limitations fonctionnelles déjà décrites dans l'expertise de 2014. A savoir, l'absence de ports ou de soulèvements de charges excédant les 5 kg, pas d'activité réalisée en position d'antéflexion du tronc (porte-à-faux), pas d'activité en torsion du rachis, la nécessité de pouvoir alterner les positions assises et debout toutes les 45 minutes. Enfin, concernant l'atteinte au niveau de l'épaule droite, pas de ports ou de soulèvements de charges de plus de 5 kg notamment en abduction au-dessus de l'horizontale ou en antépulsion ».

A la question de savoir quelle était la capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré, l'expert s'est prononcé comme suit :

« 2.1 Une capacité de travail est-elle possible dans une activité adaptée ?

Oui, mais à la condition que cette activité soit adaptée aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessus et elle devrait maintenant **aussi tenir compte d'une limitation fonctionnelle suite à une atteinte à la santé niveau du membre supérieur droit** qui est apparue lors du stage d'observation professionnelle en automne 2015 et qui peut être daté du jour de l'examen arthro-IRM de l'épaule, à savoir le 23 novembre 2015.

2.2 Dans quel[le] mesure l'activité adaptée peut-elle être exercée ?

A 70% comme décrit lors de la précédente expertise de 2014, par exemple une activité de télésurveillance pourrait être réalisée à un taux de 70% (c.-à-d. un travail derrière des moniteurs de télévision où l'assuré pourrait alterner les positions assis et debout à sa guise et ne pas porter ou soulever de charges ».

Dans un avis médical du 28 juillet 2016, la Dresse [...], du Service Médical Régional de l'AI (ci-après : SMR) a estimé que les

conclusions de l'expertise étaient justes et convaincantes, de sorte qu'il convenait de retenir une capacité de travail dans une activité adaptée de 70 % respectant scrupuleusement les limitations fonctionnelles pour le rachis et l'épaule droite.

On extrait ce qui suit du rapport final REA du 5 septembre 2016 :

« Résumé des mesures professionnelles mises en place et résultats :

Nous avons donc organisé une mesure chez E. _____ (Fondation J. _____), en retenant comme première étape une MR-Progressive, rendue nécessaire par la très longue inactivité de B. _____. Cette mesure a donc eu lieu du 26.10.2015 au 29.01.2016, avec pour objectif de faire passer notre assuré d'un taux de présence initial de 50% à un taux de 70% (CT exigible).

Comme en témoignent nos bilans des 21.12.2015 et 20.01.2016, les objectifs de la mesure n'ont pas été atteints, malgré l'attitude positive de l'assuré.

Ceci étant, suite à l'avis Permanence du 17.02.2016 et à l'avis SMR du 04.04.2016, un complément d'expertise a été requis auprès du Dr R. _____ (21.06.2016).

Conclusion :

Par avis du 28.07.2016, le SMR analyse comme suit ces nouvelles données médicales :

- Une nouvelle atteinte à la santé est reconnue depuis l'automne 2015 (problème d'épaule), avec présence de quelques LF [limitations fonctionnelles] surajoutées.
- Ce nouvel élément ne remet toutefois pas en cause la présence d'une CT de 70% dans une activité adaptée (déjà relevée en 1997).

Des mesures professionnelles n'apparaissant pas susceptibles d'améliorer la situation (comme en témoigne le stage organisé chez E. _____), c'est par une approche théorique que nous allons clore ce dossier.

Capacité de travail dans l'activité habituelle : 0%, selon : avis concordants, depuis 1997

Capacité de travail dans une activité adaptée : 70%, selon : avis SMR du 28.07.2016

jointe

Revenu sans invalidité : Fr. 70'512.- en 2016, selon CCT de la construction
Revenu avec invalidité Fr. 39'857.- en 2016, selon feuille de calcul ci-
Degré d'invalidité : 43%

Ceci étant, nous vous laissons examiner la question de la reconsidération, sachant que la situation de santé de B. _____ ne s'est pas améliorée, mais au contraire aggravée depuis novembre 2015 ».

Dans un avis du 30 novembre 2016, le juriste de l'OAI s'est déterminé comme suit :

« Le dossier m'est soumis à nouveau afin que je me détermine si le droit à la rente entière peut-être modifié en application des conditions de la reconsidération.

Pour rappel, j'avais déjà vu le dossier en 2014, voir mon avis du 9 janvier 2014.

A l'époque, je relevais que l'octroi de la rente ne reposait sur aucune explication puisqu'il ressortait de l'instruction du dossier que la capacité de travail était de 70%.

Selon le rapport de COPAI du 24 novembre 1997, il ressort que notre assuré avait la possibilité d'obtenir des rendements supérieur à 70% mais qu'il fallait tenir compte de son niveau intellectuel faible et de ses difficultés d'apprentissage dès que le niveau pratique est dépassé.

Selon le médecin du centre l'assuré semble peu limité sauf pour le port de charges.

Le stage mit en place après la mesure à COPAI s'est bien déroulé et l'assuré a même été engagé suite au stage mais licencié en raison de la fermeture de l'entreprise.

Sans aucune explication, le gestionnaire a retenu un préjudice de 70,8 % en retenant un revenu d'invalidé de 16'700.- En effet, nous n'avons aucune pièce au dossier attestant que l'assuré présente un préjudice aussi important. Force est de constater que ceci va totalement à l'encontre du rapport du COPAI et de son médecin ainsi que le résultat du stage qui a suivi.

L'expertise rhumatologique du 1^{er} mai 2014 démontre que l'état de santé est superposable à celui de l'époque et l'expert confirme l'avis du médecin du COPAI, soit que la capacité e travail est de 70%.

Comme à l'époque, il a été constaté de nombreux signes d'amplification des symptômes. L'expert indique qu'il n'a pas saisi les motifs qui ont permis d'octroyer la rente.

Un complément d'expertise rhumatologique a été entrepris le 21 juin 2016. L'expert relève un nouveau problème d'épaule et confirme toujours une importante discordance entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives de l'examen clinique. L'expert admet par contre qu'il y a une certaine corrélation entre les plaintes algiques, les constatations de l'examen clinique et les « trouvailles de l'artho-IRM »

L'expert maintient une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée respectant les limitations qu'il a décrites.

Une expertise psychiatrique datée du 23 février 2015 confirme qu'il n'y a aucune pathologie psychiatrique.

Vu la longue inactivité de l'assuré des mesures au sens de l'article [14a] LAI ont été entreprises du 26 octobre 2015 au 20 janvier 2016. Il ressort de ces mesures que l'assuré n'est pas apte à travailler sur le marché du travail malgré une attitude positive. Mais il n'y a aucune explication médicale à ces faibles rendements.

Le conseiller retient un préjudice économique de 43,48 % en s'appuyant sur les salaires statistiques avec un abattement de 15 %. Je me permets de relever que l'abattement est excessif car en retenant déjà une capacité de travail de 70%, on tient compte déjà suffisamment des limitations, l'âge et l'exercice de l'activité à temps partiel ne justifie pas un abattement de 15 % mais au maximum de 10%.

Mais compte tenu que le RS [revenu sans invalidité] a été déterminé selon les CCT [conventions collectives de travail] alors qu'il a été décidé dans ces situations d'utiliser les salaires statistiques, il convient de revoir le préjudice à 40 % en tenant compte d'un abattement de 10% vu l'exercice de l'activité à titre partiel et l'âge et une diminution du salaire statistique de 30%.

Sur le vu de ce qui précède, les conditions de l'article 53 alinéa 2 LPGA sont manifestement remplies. Par conséquent le droit à la rente entière doit être réduit à un quart de rente sur la base des salaires statistiques.

Un service de placement doit être proposé à l'assuré ».

Par projet de décision du 7 décembre 2016, confirmé le 10 mars 2017, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de réduire sa rente d'invalidité selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Vous êtes actuellement au bénéfice d'une rente entière (invalidité 71 %) versée depuis le 1^{er} juin 1998. Dans le cadre de la révision du droit à la rente, nous avons instruit votre dossier.

Selon l'article 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

En effet, selon le rapport du centre COPAI du 24.11.1997, il ressortait que vous aviez la possibilité d'obtenir des rendements supérieurs à 70 %, mais que nous devons tenir compte de vos difficultés d'apprentissage. Le médecin du centre estimait que vous sembliez peu limité sauf pour le port de charge.

Le stage mis en place après la mesure COPAI s'est bien déroulé et vous avez même été engagé suite au stage, mais licencié en raison de la fermeture de l'entreprise.

Dans notre décision du 20 juin 2000, nous avons retenu un préjudice économique de 70.8 % en retenant un revenu d'invalide de 16'700.-. En effet, nous n'avons aucune pièce au dossier attestant que vous présentiez un préjudice économique aussi important.

Force est de constater que cette décision va totalement à l'encontre du rapport du centre COPAI et de son médecin, ainsi que du résultat du stage qui a suivi.

Par la suite, l'expertise rhumatologique du 1er mai 2014 a démontré que votre état de santé était superposable à celui de l'époque et l'expert confirme l'avis du médecin du COPAI, soit que votre capacité de travail exigible est de 70 %.

Un complément d'expertise a été entrepris le 21 juin 2016 : malgré un nouveau problème de santé à l'épaule, l'expert maintient une capacité de travail exigible de 70 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites.

D'autre part, une expertise psychiatrique datée du 23 février 2015 confirme que vous ne présentez aucune pathologie psychiatrique.

Vu votre longue inactivité, des mesures au sens de l'article 14 a LAI ont été entreprises avec un entraînement progressif du 26 octobre 2015 au 29 janvier 2016 auprès de la Fondation [...]. Il ressort de ces mesures que vous n'êtes pas apte à travailler sur le marché du travail, malgré une attitude positive. Mais il n'y a toutefois aucune explication médicale à votre faible rendement.

Nous avons dès lors calculé votre préjudice économique actuel en comparant le salaire auquel vous pourriez prétendre sans atteinte à la santé dans la construction et celui que vous pourriez réaliser dans une activité adaptée au taux de 70 %, en respectant vos limitations fonctionnelles (p. ex. : activités industrielles légères, ou de surveillance d'un processus de production) :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	74'211.50		
avec invalidité	CHF	<u>42'201.05</u>		
La perte de gain s'élève à	CHF	32'010.45	=	un degré d'invalidité de <u>43.13 %</u>

Ainsi, la rente entière actuellement versée sera remplacée par un quart de rente, dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision ».

Cette décision a été annulée et remplacée par une décision du 25 avril 2017, fixant le droit de l'assuré à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017, fondée sur un taux d'invalidité de 43 % et octroyant également une rente pour enfant liée à la rente du père.

B. Par acte du 24 mai 2017 (date du timbre postal), B._____ a recouru contre la décision du 25 avril 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Il soutient que son état de santé est identique à 1998, date à laquelle une rente entière d'invalidité lui a été allouée. Il estime être incapable de travailler depuis près de 20 ans, se prévalant d'un rapport médical de son médecin traitant contredisant les conclusions de l'expertise.

Dans sa réponse du 12 septembre 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse, relevant en particulier avoir fait usage de l'art. 53 al. 2 LGPA, les décisions passées étant manifestement erronées et leur rectification revêtant une importance notable, puisque le recourant était capable de travailler à 70 % dès 1997, dans une activité adaptée et que le préjudice de 70.8 % retenu était manifestement faux, car il n'était ni compatible avec le rapport du COPAI, ni avec le rapport du Dr W._____.

Le 2 octobre 2017, le recourant a déposé un lot de pièces, parmi lesquelles :

- un rapport d'imagerie du thorax du 17 août 2017 concluant à des synéchies fibreuses pleuro-parenchymateuses linguaires et lobaires moyennes, d'allure cicatricielle et des troubles ventilatoires bi-basaux ;

- un rapport d'IRM cérébrale du 25 septembre 2017 concluant à l'absence d'anomalie suspecte au niveau du parenchyme cérébrale

sous- et sus-tentorielle et à une sinusite chronique aux niveaux frontal gauche, sphénoïdal droit et au niveau des cellules ethmoïdales ; et

- le rapport de stage en ateliers du 19 janvier 2016 auprès de la Fondation J._____.

L'intimé s'est déterminé à ce sujet le 24 octobre 2017, déclarant maintenir ses conclusions. Il a produit l'avis médical du SMR du 16 octobre 2017 dont la teneur est la suivante :

« **Voir avis du 28.07.2016** : CTAA estimée à 70% respectant les LF pour le rachis et l'épaule D ; pas de comorbidité psychiatrique associée.

L'assuré conteste la décision de rente du 25.04.2017 avec à l'appui, un rapport d'IRM cérébrale du 22.09.2017 (Dr [...]), un rapport d'un CT-scan thoracique daté du 16.08.2017 (Dr [...]) et une copie du Rapport intermédiaire de stage en ateliers (stages prévus entre le 26.10.2015 et le 29.01.2016), daté du 19.01.2016.

Après une lecture attentive de ces derniers documents médicaux mis à disposition, nous retenons les éléments suivants :

- le rapport des stages daté du 19.01.2016 (durée d'évaluation d'un mois) a été pris en considération lors de l'expertise rhumatologique/Dr R._____ du 21.06.2016 (p2) ;

- l'IRM cérébrale du 22.09.17 ne met pas en évidence des lésions cérébrales particulières, mais une sinusite chronique, non incapacitante de longue durée (atteinte qui peut être responsable des périodes d'incapacité de travail, limitées dans le temps, dans les phases d'accutisations) ; aucune précision sur l'évolution et la symptomatologie clinique de cette atteinte ORL ;

- le CT-scan thoracique atteste des lésions fibreuses, d'allures cicatricielles ; en l'absence d'un examen clinique détaillé avec d'éléments objectifs en corrélation avec les images radiologiques, d'une spirométrie (investigation respiratoire), de précision sur l'efficacité ou non d'un éventuel traitement spécifique proposé, nous ne retenons pas une incapacité de travail durable, seulement sur la base des « *images radiologiques* ».

En résumé, nous n'avons pas d'arguments médicaux pour changer notre position exprimée dans l'avis du 28.07.2016 ».

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte en l'espèce sur la réduction de la rente d'invalidité du recourant à compter du 1^{er} juin 2017, singulièrement sur le bien-fondé de la décision de reconsidération rendue le 25 avril 2017.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

4. a) Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGa). L'assureur peut également revenir sur de telles décisions, indépendamment des conditions mentionnées ci-avant, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération; art. 53 al. 2 LPGa).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu

de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 140 V 77 consid. 3.1; 138 V 147; 119 V 475 consid. 5b/cc).

b) La jurisprudence n'a pas fixé de valeur limite s'agissant de l'importance notable de la rectification. Il convient de se fonder sur l'ensemble des circonstances du cas particulier et notamment sur le laps de temps qui s'est écoulé depuis le moment où des prestations indues ont été allouées (ATF 107 V 180 consid. 2b). Le Tribunal fédéral a nié l'importance notable de la rectification s'agissant de la restitution de 601 fr. 20 intervenant deux ans plus tard, de 568 fr. 10 et de 494 fr. survenant respectivement plus d'un an et demi et quelques mois après le versement (TF, C 205/00 du 8 octobre 2002, consid. 5 non publié à l'ATF 129 V 110, avec la jurisprudence citée). En revanche, il a admis une reconsidération portant sur la restitution d'un montant de 706 fr. 25 moins d'une année après l'octroi de la prestation (DTA 2000 n° 40 p. 208).

c) Si une erreur manifeste a été commise au détriment de la personne assurée à propos d'une question spécifique à l'assurance-invalidité, le début du droit à la rente, à l'allocation pour impotent ou à la contribution pour assistance, ou la modification du droit à la rente, à l'allocation pour impotent ou à la contribution pour assistance, prend effet dès le mois où le vice a été découvert (art. 88^{bis} let. c RAI). En revanche, si l'erreur a été commise à propos d'une question qui se pose de manière analogue dans le domaine de l'assurance-vieillesse et survivants, ou qui ne concerne pas le droit à la rente, à l'allocation pour impotent ou à la contribution pour assistance, la modification a lieu avec effet rétroactif (*ex tunc*), dans les limites du délai de péremption de cinq ans prévu par l'art. 24 al. 1 LPGA (ATF 129 V 211; 129 V 433).

En cas de décision manifestement erronée, le vice est réputé découvert au moment où l'existence d'une erreur qualifiée apparaissait vraisemblable, si bien que l'administration aurait eu suffisamment de motifs pour procéder d'office à des mesures d'instruction. Tel est notamment le cas dès le moment où l'assuré a présenté une demande de

révision ou de reconsidération qui aurait dû obliger l'administration à agir et à ordonner d'autres mesures d'instruction (ATF 129 V 433).

5. a) En l'espèce, l'intimé a reconsidéré la décision initiale d'octroi d'une rente entière d'invalidité au motif que celle-ci était erronée puisque retenant une incapacité de travail de 70 % qui n'est attestée par aucune pièce du dossier.

Le recourant soutient par sa part que son état de santé demeure inchangé depuis l'allocation de la rente entière d'invalidité en 1998 et s'estime être incapable de travailler depuis près de 20 ans.

b) Un examen attentif du dossier permet de conclure que la décision du 20 juin 2000 était sans nul doute erronée. En effet, aucune pièce au dossier ne permet de comprendre les raisons pour lesquelles l'OAI a retenu une invalidité de 70 % alors que l'ensemble des documents médicaux et de réadaptation de l'époque constataient de manière concordante une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée et ce, dès 1997. En effet, si le rapport du Dr W. _____ du 24 novembre 1997, fait état d'un assuré quelque peu limité pour le port de charge et pour des activités nécessitant de la force, une flexion du tronc ou une position statique longtemps maintenue, il retient qu'en dehors de ces limitations, un rendement de l'ordre de 70 % pouvait être espéré. Le médecin traitant retenait à l'époque une capacité de travail d'au moins 50 % (cf. rapport du Dr F. _____ du 29 novembre 1999). Cette capacité de travail a en outre été confirmée par les expertises complémentaires de 2014 (cf. rapport du Dr R. _____ du 1^{er} mai 2014) et 2015 (cf. rapport du Dr T. _____ du 23 février 2015), tout comme le rapport final de la REA du 5 2016. Quant aux spécialistes de la Fondation J. _____, ils n'ont constaté qu'une diminution de rendement.

Il convient également de souligner que l'ensemble des praticiens consultés relèvent une majoration des symptômes de la part du recourant, à l'instar du Dr R. _____ qui mentionne dans son rapport du 1^{er} mai 2014 de nombreux signes d'amplification des symptômes et une

importance discordance entre les plaintes et les constatations objectives de l'assuré (cf. rapport du 21 juin 2016).

On relèvera de surcroît que la rectification de la décision erronée revêt une importance notable, l'assuré ayant été mis à tort au bénéfice d'une rente entière d'invalidité durant près de 20 ans.

b) Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Pour le surplus, le calcul des revenus avec et sans invalidité auquel a procédé l'OAI, qui a été vérifié d'office, ne prête pas flanc à la critique et doit dès lors être confirmé. C'est par conséquent à juste titre que la rente entière de l'assuré a été remplacée par un quart de rente d'invalidité.

c) Reste à examiner depuis quand la réduction de la rente d'invalidité prend effet.

aa) En vertu de l'art. 88^{bis} al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente d'invalidité prend effet : (a) au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ; (b) rétroactivement à la date où 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. A cet égard, l'art. 77 al. 1 RAI énonce que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'OAI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. Cette disposition réglementaire doit être mise en relation avec l'art. 31 al. 1 LPGA, qui prévoit que l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont

tenus de communiquer à l'assureur ou, selon les cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif ; d'après une jurisprudence constante, une légère négligence suffit déjà (ATF 112 V 97 consid. 2a ; cf. TF 9C_75/2011 du 22 août 2011 consid. 4.2).

La correction rétroactive prévue à l'art. 88^{bis} al. 2 let. b RAI ne peut toutefois intervenir que s'il existe un rapport de causalité entre le comportement qui doit être sanctionné (violation de renseigner) et le dommage survenu (prestations touchées à tort). Ainsi, par exemple, seules les rentes perçues à tort jusqu'au moment d'une annonce tardive sont en principe sujettes à restitution (ATF 119 V 431 consid. 2 et 4 ; cf. TF 9C_185/2009 du 19 août 2009 consid. 4.3). S'il faut par ailleurs admettre qu'une annonce de l'assuré n'aurait rien changé au comportement de l'administration qui disposait déjà des données nécessaires, l'assuré n'est pas tenu de restituer à défaut d'un lien de causalité entre la violation de l'obligation de renseigner et les prestations touchées à tort (cf. Valterio, op. cit., n° 3115 p. 844).

bb) En l'occurrence, on ne voit pas qu'il puisse être retenu une violation de l'obligation d'annoncer, ni par conséquent de lien de causalité entre cette violation et les prestations touchées à tort, l'office intimé disposant de toutes les informations nécessaires au moment où elle a statué. Il suit de là que la réduction de la rente doit intervenir conformément à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, autrement dit avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision du 24 avril 2017, soit au 1^{er} juin 2017.

6. a) Bien que ce point n'ait pas été évoqué par les parties, il sied de relever que, selon la jurisprudence, il existe des situations dans lesquelles des mesures d'ordre professionnel doivent être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression – par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) – du

droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Le point de savoir si ces critères sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4). Dans ces circonstances, il incombe à l'OAI d'examiner les possibilités de réadaptation, sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation et de la collaboration de l'intéressé (art. 21 al. 4 LPGA). Ce n'est qu'à la suite de cet examen qu'il pourra définitivement statuer sur la révision ou la reconsidération de la rente d'invalidité et, le cas échéant, la réduire ou la supprimer (TF 9C_752/2013 du 27 juin 2014).

b) En l'espèce, il est constant que le recourant, né en 1958, percevait une rente entière d'invalidité depuis plus de quinze ans lors du prononcé de la décision de suppression litigieuse. L'OAI a donc correctement examiné les possibilités de réadaptation et dûment complété l'instruction médicale, de sorte que sa décision n'apparaît aucunement critiquable.

7. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales**

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- B. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :