

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 décembre 2010

---

Présidence de       Mme     LANZ PLEINES  
Juges     :       Mme Thalmann et Mme Di Ferro Demierre  
Greffière     :       Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à Gland, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LA CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 4 et 28 LAI; 53 al. 2 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** M.\_\_\_\_\_, né en 1953, a travaillé en qualité de maçon au service de l'entreprise H.\_\_\_\_\_, à [...]. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). Le 16 septembre 1993, alors qu'il était occupé sur un chantier, il a été victime d'une fracture complexe per- et sous-trochantérienne gauche, ainsi que basi-cervicale de la hanche gauche. A la suite de cet événement, il a présenté une incapacité totale de travail dans son activité professionnelle. Son cas a été pris en charge par la CNA. Par décision du 27 février 1998, confirmée sur opposition le 29 avril 1998, celle-ci a alloué à l'assuré à partir du 1er octobre 1997 une rente d'invalidité pour une incapacité de gain de 40 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 12 avril 1994, l'assuré a présenté une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) qui, par décision du 31 juillet 1995, a alloué à l'intéressé une rente entière d'invalidité à partir du 1er septembre 1994, assortie d'une rente complémentaire pour son épouse et de deux rentes pour enfant, basées sur un taux d'invalidité de 100 %. Par décision du 13 mai 1996, l'OAI a modifié l'échelle de rentes à la base de ces prestations et augmenté le montant des rentes servies.

Par communication du 15 octobre 1996, l'OAI, faisant suite à une révision du droit de M.\_\_\_\_\_ à une rente entière d'invalidité, a considéré que l'invalidité de l'assuré n'avait pas subi de modification susceptible d'influencer son droit à la rente.

**b)** Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision mise en œuvre en octobre 1999, l'intéressé a rempli un formulaire le 8 novembre 1999, précisant notamment que son état de santé était toujours le même.

Dans un rapport médical du 10 mars 2000, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin de l'Hôpital [...] a relevé que la mobilité de la hanche gauche était légèrement diminuée par rapport à la droite, mais de façon très modérée. Il indiquait que la capacité de travail du patient dans une activité adaptée, soit une activité professionnelle sans déplacement, pouvait être envisagée avec un taux de 100 %.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 28 juillet 2000, l'expert a retenu une restructuration osseuse post-traumatique prolongée et retardée de la région inter- et sous-trochantérienne gauche, qui n'était pas terminée. Comme diagnostic indépendant de l'accident du 16 septembre 1993, il a mis en évidence une discopathie L4-5 ébauchée et une spondylose déformante L3-5 ébauchée. L'expert indiquait notamment que la diminution de la mobilité articulaire et les défauts de la réduction osseuse ne jouaient qu'un rôle secondaire, mais pas négligeable. L'activité de maçon n'apparaissait pas possible.

Se fondant sur un rapport intermédiaire du 18 juillet 2000 de sa division réadaptation, l'OAI a procédé au réexamen du droit de M.\_\_\_\_\_ à une rente d'invalidité. Dans un projet de décision du 22 juin 2001, l'OAI a ainsi informé l'assuré que son droit à la rente serait supprimé, l'intéressé présentant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé (emploi dans le montage industriel, travaux de conditionnement dans le domaine de la production alimentaire ou dans celui de la mécanique générale). Dans une activité de ce genre, il pourrait, s'il travaillait à 100 %, réaliser un revenu annuel de 46'475 fr. (3'575 fr. x 13). Comparant ce revenu avec le gain annuel brut de 61'925 fr. qui serait le sien dans son activité de maçon s'il n'était pas atteint dans sa santé, l'OAI a conclu à une invalidité de 24.94 %, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité.

M.\_\_\_\_\_ ayant contesté le projet de décision précitée, l'OAI a sollicité l'appréciation de son Service médical (SMR). Par avis médical du 11 mars 2002, les Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, médecins au SMR, ont relevé que sur le plan médical, les emplois détaillés par la division de réadaptation de l'AI dans un rapport du 12 juin 2001 étaient tout à fait compatibles et exigibles en termes bio-mécaniques avec la situation orthopédique de l'assuré telle qu'elle ressortait du dossier. Se référant à l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2000, M.\_\_\_\_\_ s'est déclaré en désaccord avec les constatations des médecins du SMR. Par avis médical du 19 juin 2002, le Dr B.\_\_\_\_\_ du SMR a réfuté les arguments avancés par l'assuré.

Se fondant sur le rapport du conseiller en professions du 18 juillet 2000, complété par deux rapports des 12 juin 2001 et 8 avril 2002, l'OAI a, dans un nouveau projet de décision du 9 avril 2002, informé l'assuré que les activités retenues dans son premier projet de décision étaient compatibles avec son état de santé et exigibles de sa part. Mentionnant d'autres emplois qui étaient également adaptés à son handicap, il a indiqué que l'assuré pourrait réaliser dans une activité de ce genre, s'il travaillait à 100 %, un revenu annuel brut de 46'371 fr. (3'567 fr. x 13). Comparant ce revenu avec le gain annuel brut de 63'783 fr. qu'il aurait pu obtenir dans son activité de maçon s'il n'était pas atteint dans sa santé, l'OAI a fixé à 27.29 % le taux d'invalidité.

Par décision du 28 juin 2002, l'OAI a confirmé sa position et a supprimé le droit de M.\_\_\_\_\_ à une rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> août 2002.

**c)** Par jugement du 24 juillet 2003, notifié aux parties le 29 avril 2004, le Tribunal des assurances a admis partiellement le recours et réformé la décision attaquée dans le sens que M.\_\_\_\_\_ avait droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 2002, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il procède au calcul de la rente, réexamine le cas de l'assuré et rende une nouvelle décision au sens des considérants.

**d)** Par jugement du 27 mars 2006, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a admis partiellement le recours déposé par l'assuré et a annulé le jugement du Tribunal des assurances, ainsi que la décision de l'OAI du 28 juin 2002, la cause étant renvoyée à l'office précité pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Il a retenu que la décision initiale de rente du 13 mai 1996 basée sur une invalidité de 100 % apparaissait manifestement erronée, le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente n'ayant pas été examiné et une comparaison des revenus n'ayant pas eu lieu, l'administration s'étant contentée de reprendre le taux d'incapacité fonctionnelle dans sa profession en violation de la loi. Ce d'autant que les rapports médicaux mettaient en évidence une capacité de travail dans une activité adaptée permettant de réaliser un revenu non négligeable. Le TFA a en outre précisé ce qui suit :

"Dès lors, il se justifie d'examiner la situation du recourant telle qu'elle existait au moment où la décision de révision du droit à la rente du 28 juin 2002 a été rendue. Vu l'éloignement temporel intervenu depuis la décision du 27 février 1998, les premiers juges ne pouvaient simplement retenir le taux d'invalidité arrêté par l'assureur-accidents, sans autre examen de la situation tant médicale qu'économique du recourant.

On relèvera tout d'abord que selon la décision de la CNA du 27 février 1998, il ressortait de ses investigations sur le plan médical que les séquelles de l'accident du 16 septembre 1993 n'empêchaient pas l'assuré d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il puisse travailler en position alternée assise/debout. Une telle activité (p. ex. petite mécanique, assemblage ou contrôle de pièces, surveillance de machines ou d'installations, etc.) était, au regard des seules séquelles avérées de l'accident, médicalement exigible durant toute la journée.

Dans son rapport médical du 10 mars 2000, le docteur P.\_\_\_\_\_ a constaté que le patient continuait à présenter les mêmes douleurs de la région trochantérienne gauche décrite déjà lors des consultations auprès de ses prédécesseurs. Ces douleurs n'avaient pas changé, le gênaient toujours dans la marche et l'obligeaient à marcher à l'aide d'une canne basse à droite. Le patient décrivait occasionnellement des douleurs nocturnes. L'examen de la marche démontrait une boiterie d'épargne du membre inférieur gauche. L'examen de la mobilité de la hanche gauche montrait qu'elle était légèrement diminuée par rapport à celle de la droite mais de façon très modérée.

De son côté, le docteur F.\_\_\_\_\_, dans son expertise orthopédique du 28 juillet 2000, a fait état de douleurs

persistantes ayant donné du fil à retordre, vu qu'un défaut majeur ne sautait pas aux yeux. Selon lui, l'explication la plus vraisemblable était la suivante : il y avait une restructuration osseuse prolongée et retardée qui n'était pas terminée actuellement. Les douleurs actuelles étaient donc avec une très grande vraisemblance imputables aux problèmes de la circulation osseuse et à la restructuration osseuse retardée en conséquence. L'expert considérait qu'un syndrome douloureux chronique basé essentiellement sur un état dépressif peut être séquellaire à la souffrance prolongée.

Dans leur avis médical du 11 mars 2002, les médecins du Service médical régional AI ont indiqué qu'au fil des rapports on voyait d'une part la confirmation d'une fonction satisfaisante de la hanche gauche et d'autre part la notion de douleurs de plus en plus importantes rendant même la position assise intolérable. Si l'on s'en tenait à ce que tous les examinateurs confirmaient, c'est-à-dire une mobilité de hanche gauche pratiquement normale, et largement compatible avec la position assise, et l'absence de coxarthrose, et si l'on faisait abstraction d'un syndrome douloureux chronique qui ne faisait que s'amplifier à mesure que l'on s'éloignait chronologiquement de l'accident et des phénomènes inflammatoires post-traumatiques et post-chirurgicaux naturellement consécutifs au traumatisme enduré - ce qui parlait absolument contre le caractère organique dudit syndrome douloureux -, les docteurs X. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ étaient de l'avis que l'on pouvait équitablement admettre, au plan médical, que les emplois retenus par la division réadaptation de l'AI étaient tout à fait compatibles et exigibles en termes bio-mécaniques avec la situation orthopédique de l'assuré.

Dans l'avis médical du 19 juin 2002, le docteur B. \_\_\_\_\_ indique que dans le cas particulier, on est frappé par le fait que la symptomatologie douloureuse est absolument stationnaire, alors que si elle était exclusivement due aux problèmes circulatoires locaux post-traumatiques il devrait y avoir une diminution - peut-être lente, mais régulière - des douleurs en proportion de l'amélioration hémodynamique locale et par conséquent osseuse.

Sur le vu de ce qui précède, il apparaît qu'en ce qui concerne l'état physique du recourant, une instruction a pu être menée à bien, mais que les douleurs chroniques et le syndrome douloureux chronique, voire la présence d'une possible dépression, n'ont pas fait l'objet d'une instruction particulière, alors qu'au moment déterminant l'on ne pouvait exclure une incidence de ces troubles sur la capacité résiduelle de travail de l'intéressé. Cela justifie un renvoi de la cause à l'office intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire sur les problèmes chroniques de douleurs de l'assuré, la question d'une possible composante psychiatrique et incidence de celles-ci sur sa capacité de travail et qu'il évalue à nouveau son invalidité".

**B. a)** Par avis médical du 7 juin 2006, le SMR a constaté que selon le TFA, la situation somatique était suffisamment étayée, mais que le débat se situait au niveau d'une éventuelle amplification des plaintes somatiques pour des motifs psychiques. Dès lors, une expertise pluridisciplinaire s'imposait afin d'évaluer de manière conjointe et simultanée l'entier de la situation de cet assuré.

Dans un rapport d'expertise du 27 octobre 2006, les Dresses L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie au Centre S.\_\_\_\_\_, à [...], ont retenu que sur le plan ostéoarticulaire, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son métier d'origine de maçon, mais d'au moins 60 % dans une profession adaptée où l'assuré pourrait travailler assis sur un siège rembourré, être mis au bénéfice de courtes pauses tout en ayant la possibilité de se lever pour se dégourdir les jambes et éviter le port de charges de plus de 8 kg. Sur le plan psychique, l'examen de l'intéressé n'a mis en évidence aucune pathologie psychiatrique, l'expertisé menant une existence stable et équilibrée sur les plans familial et social, son seul soucis avoué étant l'inquiétude liée à sa situation financière.

Par avis médical du 11 décembre 2006, le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé qui justifiait la limitation de l'exigibilité à 60 % dans une activité adaptée, cette limitation étant imputée à des facteurs d'ordre social et comportemental échappant au domaine médical. Il convenait dès lors de s'écarter des conclusions de l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ à ce propos. Il était ainsi cohérent d'admettre que l'assuré présentait une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée depuis 2002, moment de la suppression de la rente complète.

Par communication du 28 février 2008, l'OAI a proposé une orientation professionnelle à l'assuré lequel a indiqué qu'il ne souhaitait pour le moment aucune aide au placement.

**b)** En date du 17 juin 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente. Il a ainsi indiqué que suite à l'arrêt du TFA du 27 mars 2006, qui annulait sa décision du 28 juin 2002, ainsi que le jugement du Tribunal des assurances du 24 juillet 2003, l'instruction complémentaire effectuée mettait en évidence une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé. La décision initiale de rente était manifestement erronée, dans la mesure où la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait pas été examinée. Se basant sur les montants retenus par la CNA dans sa décision du 27 février 1998, l'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré et a estimé qu'il était en mesure de réaliser un revenu mensuel de 3'000 fr. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 5'150 fr., mettait en évidence une perte de gain de 2'150 fr., ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 42 %, taux donnant droit à un quart de rente. En conséquence, la diminution de la rente prenait effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

Le 18 août 2008, l'assuré a contesté le projet de diminution de rente en faisant notamment valoir qu'il y avait lieu de déterminer le gain de valide en 1996, les activités spécifiques exigibles de l'assuré et les montants que ces activités hypothétiques auraient pu rapporter en 1996.

Par lettre du 10 novembre 2008, l'OAI a informé M. \_\_\_\_\_ qu'il maintenait son projet de décision du 17 juin 2008. Il a rappelé que le revenu avec et sans invalidité étaient fixés à la date de la survenance du droit hypothétique à la rente donc à l'issue du délai de carence d'une année (ancien art. 29 al. 1 let. b LAI), raison pour laquelle il y avait lieu de définir les revenus en 1994 et non en 1996. Le projet du 17 juin 2008 retenait un revenu sans invalidité de 5'150 fr. par mois conformément à la décision de la CNA du 27 février 1998. Ce revenu était d'ailleurs un peu plus élevé que celui mentionné dans le rapport de l'employeur du 24 mai 1994 qui mentionnait un revenu mensuel de 4'475 fr. par mois dès le 1<sup>er</sup> janvier 1994. L'OAI a également relevé que le TFA n'avait pas invalidé

l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances du 24 avril 2003 sur la question des revenus à prendre en considération.

Par décision du 25 novembre 2008, l'OAI a réduit la rente entière d'invalidité octroyée à M. \_\_\_\_\_ à un quart de rente avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Par décisions des 1<sup>er</sup> décembre 2008 et 9 janvier 2009, l'OAI a versé rétroactivement la rente entière d'invalidité à l'assuré pour la période du 1<sup>er</sup> août 2002 au 31 décembre 2008.

**C. a)** Par acte de son mandataire du 8 janvier 2009, M. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision de réduction de rente rendue par l'OAI le 25 novembre 2008, concluant à l'annulation de la décision attaquée, sous suite de dépens. En substance, il fait principalement valoir qu'il subsiste des doutes raisonnables sur le point de savoir si la décision initiale était ou non erronée, l'affirmation que les questions de réadaptation professionnelle n'auraient pas été examinées étant fausse. Ce n'est qu'à titre subsidiaire qu'il reprend ses arguments relatifs au calcul du degré d'invalidité, dans l'hypothèse où il serait entré en matière sur la reconsidération.

**b)** Dans sa réponse du 18 mai 2009, l'intimé a proposé le rejet du recours, indiquant qu'il n'avait rien à ajouter à sa décision du 25 novembre 2008, ainsi qu'à son courrier explicatif du 10 novembre 2008.

**c)** Dans sa réplique du 9 juin 2009, le recourant s'est référé à un arrêt du TF (9C\_1009/2008).

**d)** Dans sa duplique du 2 mars 2010, l'intimé a contesté la position du recourant, en ce sens qu'il ne voyait pas comment la décision de reconsidération, dont le principe avait clairement été admis par le TF, se fonderait sur un changement de pratique et/ou de jurisprudence.

**e)** Par courrier du 30 mars 2010, le recourant a précisé qu'à l'époque où la décision de rente avait été fixée, la pratique était que l'intimé ne procédait pas toujours à une approche économique de l'invalidité, qu'elle soit pratique ou théorique.

**f)** Par lettre du 10 mai 2010, l'intimé a relevé que le caractère manifestement erroné de la décision du 13 mai 1996 avait été explicitement admis par le TFA, de telle sorte que l'on ne pouvait à présent contester ce point.

**g)** Par courrier du 7 juillet 2010, le recourant a estimé que l'arrêt du TF du 27 mars 2006 n'avait plus aucune importance. Il convenait dès lors d'apprécier si les conditions à la base de la nouvelle décision de reconsidération étaient remplies, aucun élément, même sur la base de l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_, ne permettant de dire aujourd'hui que la décision de 1996 était insoutenable sur le fond. Le recourant a dès lors conclu que l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_ ne démontrait pas qu'il y avait eu une erreur d'appréciation en 1996.

**h)** Par lettre du 3 août 2010, l'intimé a estimé que le caractère insoutenable de la décision initiale ne résultait pas de l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_, mais sur la violation du principe de base de l'assurance-invalidité, qui veut que l'on examine les possibilités de réadaptation, même théoriques, avant de se prononcer sur le droit à la rente.

**i)** Par courrier du 18 août 2008, le recourant a pris acte que le caractère insoutenable de la décision initiale ne résultait pas de l'expertise du Centre S.\_\_\_\_\_, raison pour laquelle il convenait d'écartier cette expertise qui examinait la situation actuelle et non celle de 1996.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il est en outre recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; 117 LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur la réduction à un quart de rente avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2009, par la voie de la reconsidération.

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (qui reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA), lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées (ATF 125 V 368 consid. 2; TF 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.2).

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui codifie la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur (cf., par exemple, ATF 127 V 466 consid. 2c p. 469 et les références), l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il y a lieu de reconsidérer une décision au motif qu'elle est indubitablement erronée, il faut se fonder sur la situation juridique qui existait lorsque la décision a été rendue compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). La reconsidération permet de corriger une application initiale erronée du droit ou une appréciation erronée des faits et ne se justifie généralement pas par un changement de pratique ou de jurisprudence (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des raisons de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste afin d'éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autres limitations un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne peuvent procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne saurait ainsi être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions d'une reconsidération ne sont pas remplies (cf. arrêts 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2, I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1, I 338/06 du 30 janvier 2007 consid. 3) (TF 9C\_513/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1).

**3. a)** En l'espèce, il s'avère que seules les affections physiques ont motivé l'attribution des prestations en cause et que sur ce plan, l'instruction menée à l'époque a révélé que la situation n'avait pas évolué sensiblement depuis la date de la décision, soit le 13 mai 1996, raison pour laquelle les conditions d'une révision du droit à la rente n'étaient pas réalisées, faute de modification de l'état de santé de M. \_\_\_\_\_ . Dans son

arrêt du 27 mars 2006, le TFA a considéré que la décision initiale du 13 mai 1996 basée sur une invalidité de 100 % apparaissait manifestement erronée, dans la mesure où les rapports médicaux mettaient en évidence une capacité de travail dans une activité adaptée permettant de réaliser ainsi un revenu non négligeable. En d'autres termes, avant la procédure de révision engagée en 1999, l'intimé ne s'était pas posé la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, se contentant de reprendre le taux d'incapacité fonctionnelle dans la profession de maçon en violation de la loi. Or, il aurait dû chercher à savoir quelles activités étaient exigibles de la part du recourant compte tenu de son atteinte à la santé et quels revenus il aurait pu réaliser dans une activité adaptée à son handicap. Le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente n'avait dès lors pas été examiné et une comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI) n'avait pas eu lieu, l'intimé ayant omis de déterminer le revenu que le recourant aurait pu retirer d'une activité raisonnablement exigible. La décision initiale du 13 mai 1996 s'écartait ainsi sans motifs sérieux du dossier médical constitué à l'époque, dans la mesure où l'intimé avait uniquement retenu une incapacité totale de l'assuré dans sa profession habituelle de maçon.

**b)** Contrairement à l'opinion du recourant, la Cour de céans ne saurait réexaminer le principe de la reconsidération, ce point ayant déjà été tranché par le TFA. La Cour de céans doit en réalité se limiter à examiner la situation tant médicale qu'économique du recourant telle qu'elle existait au moment où la décision de révision du droit à la rente du 28 juin 2002 a été rendue. En l'occurrence, seule la question de l'incidence des douleurs chroniques et du syndrome douloureux chronique, voire la présence d'une possible composante psychiatrique sur la capacité résiduelle de travail de l'intéressé doit faire l'objet d'une instruction particulière, le TFA ayant renvoyé la cause à l'intimé pour qu'il procède dans ce sens et qu'il évalue à nouveau l'invalidité de l'assuré.

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le

cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b).

**c)** In casu, le dossier radiologique constitué (radiographie de la colonne lombaire et radiographie du bassin couché et de la hanche gauche Lauenstein) ne met en évidence aucun substrat anatomique ou biologique cohérent pouvant expliquer les plaintes perpétuelles de l'assuré. Ainsi, en 2002, le Dr B.\_\_\_\_\_ du SMR faisait état d'un syndrome douloureux chronique qui ne faisait que s'amplifier à mesure que l'on s'éloignait chronologiquement de l'accident et des phénomènes inflammatoires post-traumatiques et post-chirurgicaux naturellement consécutifs au traumatisme enduré (avis médical du 11 mars 2002), élément qui avait déjà été relevé par le Dr P.\_\_\_\_\_ (rapport médical du 10 mars 2000). Dans son rapport d'expertise orthopédique du 28 juillet 2000, le Dr F.\_\_\_\_\_ a constaté qu'une évolution dépressive était toujours possible, mais séquelle à l'accident, causée par des douleurs dérangeantes de longue durée et par l'insécurité socio-économique suite à l'incapacité de travail prolongée. Dans le cadre de l'expertise rhumatopsychiatrique menée par le Centre S.\_\_\_\_\_, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a pris en compte les plaintes de l'assuré relatives à la hanche gauche, aux lombaires et à l'épaule gauche. S'agissant des douleurs persistantes de la hanche gauche, elle a relevé qu'il subsistait une restriction très minime de la mobilité, l'assuré ne présentant au demeurant qu'une discrète asymétrie des masses musculaires fessières et des membres inférieurs. Par ailleurs, la douleur de l'épaule gauche était discrète, l'assuré ne l'ayant même pas signalé à son médecin traitant, alors que la lombalgie intermittente était très modérée. Au vu de ces éléments, elle a considéré

que les diagnostics précités n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. En tout état de cause, elle a constaté l'absence des points de fibromyalgie et des signes de Waddell (rapport d'expertise, p. 17). Sur le plan psychiatrique, la Dresse T.\_\_\_\_\_ n'a mis en évidence aucun trouble ou maladie psychique, l'expertisé menant une existence stable et équilibrée sur le plan familial et social. En dépit d'un pronostic rendu défavorable par cette longue incapacité de travail et les échecs de réadaptation, l'experte a retenu que sur le plan psychique, aucun argument ne s'opposait à sa réinsertion professionnelle.

Toutefois, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a conclu que l'assuré présentait une capacité de travail d'au moins 60 % dans une profession adaptée où l'assuré pourrait travailler assis sur un siège rembourré, être mis au bénéfice de courtes pauses tout en ayant la possibilité de se lever pour se dégourdir les jambes et éviter le port de charges de plus de 8 kg. Or, les constatations objectives de la Dresse L.\_\_\_\_\_ n'établissent aucune péjoration sensible de l'état de santé de l'assuré, les plaintes subjectives de l'assuré et les considérations d'ordre psycho-social ne pouvant au demeurant justifier une invalidité (dans ce sens avis médical du Dr B.\_\_\_\_\_ du SMR du 11 décembre 2006). Certes, les Dresses L.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ se sont référées à la rente d'invalidité versée par la CNA à l'assuré. Cependant, ladite rente est due à une incapacité de gain de 40 % et non à une incapacité de travail. Il y a dès lors lieu de conclure qu'une aggravation de l'état de santé du recourant n'est pas établie depuis la décision du 13 mai 1996 et que la capacité de travail de ce dernier est toujours de 100 % dans une activité adaptée.

**4.** Cela étant, il s'agit de déterminer la perte de gain que subirait le recourant dans l'exercice d'une activité médicalement exigible, en comparant les revenus sans et avec invalidité.

**a)** L'invalidité, notion juridico-économique et non médicale, est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement

attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité), ce qui correspond à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas 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, ATF 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'oeuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 296 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 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C\_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b).

**b)** Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

Les éventuelles réductions du salaire statistique dépendent des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75, consid. 5b/cc).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1).

**c)** In casu, le taux d'invalidité a été fixé conformément au jugement du Tribunal des assurances du 24 juillet 2003, basé sur les montants retenus par la CNA, au titre de salaire sans et avec invalidité en application de la méthode de la comparaison des revenus. Pour le salaire sans invalidité, la CNA s'était ainsi basée sur un gain annuel assuré de 60'908 fr. réalisé en 1993, année de la survenance de l'accident (D. 161) et un gain mensuel présumable perdu de 3'000 fr fixé par la CNA selon un

téléphone avec l'entreprise (D. 186), montant manifestement en faveur de l'assuré. Il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner la situation économique du recourant telle qu'elle se présentait en 1996, soit lorsque la décision soumise à reconsidération a été rendue (décision du 13 mai 1996).

En tout état de cause, il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité que le recourant présente une perte de gain correspondant à un degré d'invalidité de 42 %, ouvrant droit à un quart de rente, en lieu et place d'une rente entière d'invalidité.

**5. a)** Ainsi au regard des principes légaux et jurisprudentiels rappelés plus haut, le dossier s'avère complet pour statuer sur la demande de rente. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 25 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument de justice de 250 fr. (deux cents cinquante francs) est 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 :

- Me Philippe Nordmann (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :