

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 juillet 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Dind et Bidiville , assesseur  
Greffier : Mme Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à Montpreveyres, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17, 53 al. 2 LPGA; 73ter RAI et 87 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_, né en 1953, qui a notamment exercé la profession de mécanicien, a exploité son propre garage jusqu'en 1986. Puis il a travaillé dès le 1<sup>er</sup> mars 1986 comme agent d'assurances au service extérieur de l'assurance Q.\_\_\_\_\_, devenue M.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il était assuré auprès de son employeur contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 7 décembre 1988, il a été victime d'un accident de la circulation qui lui a causé une fracture des deux fémurs, une luxation du gros orteil droit, des contusions multiples et un traumatisme crânio-cérébral simple. Il n'a pu réintégrer le travail que le 5 mars 1990, dans une mesure limitée à 50%. M.\_\_\_\_\_ SA a pris en charge le cas.

Le 16 mars 1990, P.\_\_\_\_\_ est entré au service de la T.\_\_\_\_\_ (ci-après: T.\_\_\_\_\_) pour laquelle il a d'abord travaillé à 50%, en qualité d'agent d'assurances; cette activité s'étant toutefois révélée trop exigeante sur le plan physique (le travail au service externe impliquait des déplacements chez les clients), il a été muté en mai 1994 dans le service interne de T.\_\_\_\_\_, où il a continué de travailler selon le même taux d'occupation de 50%.

Avec le soutien de l'assurance-invalidité, il a ensuite entrepris, sans succès, une formation en vue d'obtenir le brevet fédéral en matière d'assurances.

**B.** P.\_\_\_\_\_ s'est vu reconnaître le droit à une rente de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 1989. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 1990, il a obtenu une demi-rente - à l'exception de trois périodes d'incapacité de travail de quelques mois, en relation avec des interventions chirurgicales, où il a perçu une rente entière.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a rendu le 24 juin 1997, à l'issue d'une procédure de révision (après des mesures professionnelles durant lesquelles des indemnités

journalières étaient versées), une décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 1996, fondée sur un taux d'invalidité de 69 %.

**C.** Par une décision du 16 septembre 1997, M. \_\_\_\_\_ SA lui a également octroyé une rente d'invalidité, mais fondée sur une perte de gain de 50% seulement. Saisie d'une opposition, elle l'a rejetée par décision du 7 mai 1998. Les recours successifs de P. \_\_\_\_\_ ont conduit le Tribunal fédéral des assurances à rendre un arrêt le 22 septembre 2000 (U 173/00), dans lequel il a confirmé le taux d'invalidité retenu par l'assureur. Le Tribunal fédéral des assurances a notamment considéré ce qui suit (consid. 1) :

« b) Le recourant ne discute pas le revenu d'invalidité, d'un montant de 44 809 fr. par année, que l'intimée et les premiers juges ont retenu comme premier terme de la comparaison des revenus au sens de l'art. 18 al. 2 LAA. Ce qu'il conteste, c'est le revenu hypothétique qui a été pris en considération comme second terme de cette comparaison, soit un montant annuel d'environ 90 000 fr. Se fondant sur les déclarations de D., agent général de T. \_\_\_\_\_, il soutient qu'il aurait pu réaliser, sans atteinte à la santé, un revenu annuel de l'ordre de 150 000 fr. en qualité d'agent d'assurances. A cet égard, il souligne que c'est sur la base de ce montant que l'office AI du canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a procédé à la comparaison des revenus et fixé le taux d'invalidité à 69 %, dans une décision du 24 juin 1997 rendue à l'issue d'une procédure de révision de son droit à la rente. Le recourant se prévaut de l'uniformité de la notion d'invalidité pour soutenir que l'intimée est liée par l'appréciation des organes de l'AI.

c) Il est vrai que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, ce qui doit normalement conduire à fixer, pour une même atteinte à la santé, un même taux d'invalidité, aucune priorité ne pouvant être accordée à l'évaluation opérée par l'un des assureurs (...). Toutefois, si l'appréciation de l'invalidité à laquelle a procédé un des assureurs se révèle manifestement insoutenable, elle ne saurait lier l'autre assureur (...).

En l'espèce, le revenu sans invalidité de 150 000 fr. que l'office AI a pris en compte est censé représenter, selon les déclarations de D. \_\_\_\_\_, le revenu que les agents d'assurances les plus performants gagnent en moyenne par année; il s'agit toutefois là d'un revenu brut, en ce sens que celui-ci comprend également les frais nécessaires à son acquisition (en particulier les frais de déplacement et de représentation). Selon le recourant (...), le fisc admet la prise en compte, pour les agents d'assurances, de frais professionnels jusqu'à concurrence de 25 % du revenu brut, soit un forfait identique à celui que la pratique administrative

applique généralement aux représentants de commerce pour déterminer le revenu net soumis à cotisations (Directives de l'OFAS sur le salaire déterminant [DSD] dans l'AVS, AI et APG, ch. 4034). Dans la mesure où l'évaluation de l'invalidité doit se faire en fonction du revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (art. 25 al. 1 RAI; RCC 1986 p. 434 consid. 3b), le montant de 150 000 fr. n'est donc pas déterminant et ne peut être comparé au revenu que le recourant est encore capable de réaliser au service interne de T. \_\_\_\_\_ (revenu d'invalidé). L'intimée était donc en droit de s'écarter du taux d'invalidité retenu par l'AI.

Elle le pouvait d'autant plus facilement que, selon les différentes attestations qui ont été produites en cause en vue de déterminer le revenu présumable d'un agent d'assurances, un revenu annuel brut de 150 000 fr. est certes possible, mais reste exceptionnel. [...]

Dès lors, le montant de 90 000 fr. pris en compte par l'intimée et les premiers juges à titre de revenu hypothétique n'apparaît pas critiquable : il équivaut en effet au revenu que les agents d'assurances de T. \_\_\_\_\_ réalisent en moyenne par année (114 000 fr.), y compris les commissions des assurances partenaires (7100 fr.), sous déduction de 25 % de frais professionnels (121 100 fr. x 75 % = 90 825 fr. de revenu soumis à l'AVS).  
»

**D.** Dans une note interne du 7 mars 2003 (« avis juriste »), un juriste de l'OAI a exposé les éléments du calcul du taux d'invalidité dans la décision du 24 juin 1997. Contrairement à ce qui a été retenu dans l'arrêt précité du Tribunal fédéral des assurances, le revenu sans invalidité (RS) n'était pas de 150'000 fr., mais de 108'150 francs (150'000 - déduction pour frais généraux - déduction pour frais fixes). Quant au revenu d'invalidé, il avait été arrêté à 34'000 fr. sur la base de renseignements de l'employeur qui mentionnait le salaire assuré LPP et non pas le salaire brut ; il ne s'agissait donc pas du salaire déterminant AVS.

L'OAI a engagé une nouvelle procédure de révision. Se prévalant de cette erreur dans la comparaison des revenus, il a reconsidéré sa décision du 24 juin 1997: fixant le taux d'invalidité à 59,73%, il a remplacé le droit de l'assuré à une rente entière par le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> février 2004 (décision du 22 décembre 2003 ; éléments de calcul : RS 2002 = 108'150 fr ; RI 2002 = 43'550 fr.). P. \_\_\_\_\_ s'étant opposé à cette décision, l'OAI a partiellement admis l'opposition. Se fondant sur un taux d'invalidité de 60%, il lui a alloué un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> février 2004 (décision sur

opposition du 21 janvier 2005). Le taux de 60 % a été calculé sur la base d'un RS de 108'150 fr., d'une part, et des revenus bruts réalisés en 2002 et 2003, soit 43'550 fr. et 43.776 fr., d'autre part.

**E.** P.\_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition au Tribunal des assurances du canton de Vaud, en concluant au maintien de la rente entière d'invalidité. Statuant le 28 février 2006, ce Tribunal a admis le recours et reconnu le droit de l'assuré à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2004 (jugement AI 46/05 - 37/2006).

L'OAI a formé un recours de droit administratif contre ce jugement. La Ire Cour de droit social au Tribunal fédéral a, par un arrêt rendu le 30 janvier 2007 (cause I 338/06), admis le recours « en ce sens que le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 28 février 2006 et la décision sur opposition de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 21 janvier 2005 sont annulés, la cause étant envoyée à ce dernier pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. »

Le Tribunal fédéral a notamment considéré ce qui suit :

"4.

4.1 La juridiction cantonale a implicitement admis que les conditions d'une reconsidération de la décision du 24 juin 1997 étaient remplies et que l'office AI aurait été en principe fondé à réduire la rente allouée à l'assuré en fonction d'un degré d'invalidité d'au plus 60%. Elle a toutefois considéré que la protection des droits acquis dont bénéficiait P.\_\_\_\_\_ en vertu de la let. f Disp. fin. de la 4<sup>e</sup> révision AI s'opposait à une telle modification du droit à la rente et justifiait le maintien d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> février 2004.

Le recourant conteste ce point de vue. Il admet que l'intimé remplit formellement les conditions pour être mis au bénéfice des droits acquis liés à la 4<sup>e</sup> révision de la LAI, mais soutient que la garantie de ces droits ne vaut que si l'intéressé continue à présenter un degré d'invalidité d'au moins 66 2/3% après le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et n'empêche pas que le droit à la rente soit modifié postérieurement à cette date si les conditions d'une reconsidération sont données.

4.2 La let. f Disp. fin. de la 4<sup>e</sup> révision AI, intitulée «Garantie des droits acquis pour les rentes entières en cours» fait une distinction, en fonction de l'âge, entre les bénéficiaires de rentes entières dont le taux d'invalidité

est égal ou supérieur à 66 2/3% mais inférieur à 70%. Pour ceux qui ont atteint l'âge de 50 ans lors de l'entrée en vigueur de la 4<sup>e</sup> révision de l'AI au 1<sup>er</sup> janvier 2004, la rente continue de leur être versée même s'ils n'y auraient plus droit en raison du nouvel échelonnement des rentes prévu par l'art. 28 al. 1 LAI (taux d'invalidité d'au moins 60% mais inférieur à 70% ouvrant le droit à un trois-quarts de rente), alors que les rentes des autres bénéficiaires perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70% seront révisées.

Il est constant que l'intimé avait 50 ans révolus lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI et percevait une rente entière d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 69% (décision du 24 juin 1997), de sorte qu'il pouvait en principe prétendre au maintien de sa rente entière.

4.3 Il reste à examiner si les droits garantis par la let. f Disp. fin. 4<sup>e</sup> révision AI consacrent une prétention inaliénable à une rente entière, qui ne pourrait être réduite en dépit d'une éventuelle modification (vers le bas) du taux d'invalidité survenant ultérieurement.

4.3.1 Avec la let. f Disp. fin. 4<sup>e</sup> révision AI, le législateur a voulu garantir le maintien de la rente entière aux assurés qui bénéficiaient, à l'entrée en vigueur de la modification de la LAI, d'une telle rente basée sur un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 2/3% (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003) mais inférieur à 70%, et qui avaient, à ce moment-là, atteint l'âge de 50 ans. [...]

4.3.2 En revanche, la let. f, première phrase, Disp. fin. 4<sup>e</sup> révision AI n'a pas pour conséquence de soustraire le droit à la rente des assurés concernés à une éventuelle modification dans le futur en raison, par exemple, d'une reconsidération (aux conditions de l'art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision (aux conditions de l'art. 17 LPGA). [...]

S'il s'avère ultérieurement que la rente en question doit être révisée ou reconsidérée et que, de ce fait, le degré d'invalidité est inférieur à 66 2/3%, l'assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier du droit («acquis») à une rente entière et celle-ci doit être réduite.

4.4 En conséquence de ce qui précède, la juridiction cantonale n'était pas fondée à reconnaître à l'intimé le droit à une rente entière d'invalidité en vertu des dispositions finales de la 4<sup>e</sup> révision de l'AI.

5.

5.1 En ce qui concerne les conditions de la reconsidération de la décision du 24 juin 1997, il ressort des pièces au dossier (certificat de salaire du 31 décembre 1996 établi par T. \_\_\_\_\_) que le salaire réalisé par l'intimé était de 48'809 fr. en 1996 et non de 34'000 fr. comme retenu par le recourant au titre de revenu d'invalidé dans cette décision (cf. aussi l'avis du juriste du 7 mars 2003). L'un des éléments de la comparaison des revenus nécessaire pour fixer le degré d'invalidité des assurés actifs était donc manifestement faux, de sorte que le recourant était en droit de revenir sur

sa décision (la condition de l'importance notable de la rectification étant par ailleurs remplie).

5.2 Cela étant, pour fixer le revenu sans invalidité, le recourant a retenu dans toutes ses décisions (du 24 juin 1997, sur reconsidération du 22 décembre 2003 et sur opposition le 21 janvier 2005), un revenu de 108'150 fr. en tenant compte de l'estimation faite par T.\_\_\_\_\_, à savoir un revenu net de 153'800 fr. dont à déduire 9'600 fr. de frais fixes et 25% de frais généraux. Lorsqu'il a rendu la décision sur opposition, le recourant avait connaissance de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 22 septembre 2000, qui retenait un revenu sans invalidité de 90'000 fr. Au regard de la jurisprudence relative à l'uniformité de la notion d'invalidité (...) - qui est aussi applicable lorsqu'un assureur social est appelé à réviser ou reconsidérer sa décision après qu'un autre assureur social s'est prononcé par une décision entrée en force -, le recourant était toutefois tenu de prendre en considération la décision de l'assureur-accidents entrée en force avec l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances et de préciser pour quelles raisons il s'écartait des montants retenus. En se bornant à considérer que le revenu sans invalidité avait été fixé avec «bienveillance», il a fait appel à une justification qui n'est pas pertinente, ni pour la fixation initiale du revenu, ni pour refuser son indexation.

Dès lors que les éléments au dossier ne permettent pas au Tribunal fédéral de se prononcer, il y a lieu de renvoyer la cause au recourant pour qu'il rende une nouvelle décision quant au taux d'invalidité.

5.3 Le renvoi de la cause au recourant s'impose également pour un second motif lié à la détermination du revenu d'invalidité. Alors que la capacité de l'intimé ne s'est pas péjorée (rapport du docteur K.\_\_\_\_\_ du 6 mars 2002) - l'intimé ne le prétend d'ailleurs pas -, le salaire annuel brut indiqué par T.\_\_\_\_\_ est de 48'809 fr. en 1996, de 43'550 fr. en 2002 et de 43'776 fr. en 2003, sans qu'une justification de la baisse du salaire ne soit donnée. Depuis le 1<sup>er</sup> mai 1994, l'intimé a toutefois travaillé comme employé au service interne avec un taux d'occupation de 50%, ce qui aurait plutôt dû conduire à une hausse du salaire en raison de l'ancienneté et des indexations. En l'absence d'éléments au dossier permettant de justifier la baisse de salaire, il incombera également au recourant d'examiner ce point à l'occasion du renvoi de la cause."

**F.** Après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, l'OAI examiné les mesures d'instruction nécessaires. S'agissant du revenu sans invalidité, il a estimé qu'il fallait retenir, comme l'assureur-accidents, un montant de 90'000 fr. (valeur 1997), indexé en fonction de l'évolution jusqu'en 2007 (= 101'098 fr.); s'agissant du revenu d'invalidité, il a choisi demander des renseignements à l'employeur (avis juriste du 18 juin 2007). T.\_\_\_\_\_ a donné le 29 octobre 2007 les indications suivantes :

- salaire touché par l'assuré à 50 % en 2003, revenu annuel brut : 43'776 fr.
- salaire touché par l'assuré à 50 % en 2004, revenu annuel brut : 44'460 fr.
- salaire touché par l'assuré à 50 % en 2005, revenu annuel brut : 46'460 fr.
- revenu annuel brut hypothétique à 50 % en 2006 : 47'400 fr.
- revenu annuel brut hypothétique à 50 % en 2007 : 48'350 fr.

**G.** Dans son arrêt du 30 janvier 2007, le Tribunal fédéral a retenu, sur la base de son dossier, que P.\_\_\_\_\_ n'invoquait pas une péjoration de sa capacité de travail ou de gain (consid. 5.3). Or, le 30 juin 2006, P.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'il avait interrompu son activité professionnelle auprès de T.\_\_\_\_\_ en mars 2006, à cause d'une dégradation de son état de santé. L'OAI a traité cet acte comme une demande de révision et il a fixé un délai à l'assuré pour produire des pièces rendant plausible l'aggravation. P.\_\_\_\_\_ a déposé un certificat médical du Prof. K.\_\_\_\_\_ (médecin-chef de l'Hôpital orthopédique à Lausanne), du 28 août 2006, ainsi libellé :

"Le patient précité présente, depuis fin 2005/début 2006, une aggravation de son état douloureux chronique exacerbé par les positions assises qui ne sont pas supportées plus d'une demi-heure à une heure. Il s'agit essentiellement de phénomènes douloureux cervicaux et lombaires présents également en station droite et rendant tes déplacements difficiles.

Le patient continue d'avoir des gonalgies droites présentes à l'exercice et à la marche, sans autre modification de la symptomatologie de cette gonarthrose post-traumatique avec retentissement fonctionnel marqué.

Les phénomènes douloureux rachidiens sont vraisemblablement des phénomènes de compensation lié en partie tout au moins aux limitations fonctionnelles des membres inférieurs.

Je pense que la situation devrait faire l'objet d'une nouvelle expertise avec appréciation et évaluation ergothérapeutique permettant de cerner la situation actuelle du patient."

L'OAI a chargé la Clinique romande de réadaptation, à Sion (ci-après: CRR) d'effectuer une expertise. P.\_\_\_\_\_ a séjourné dans cette institution du 30 juin au 2 juillet 2008. Les médecins experts - Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et Dr V.\_\_\_\_\_,

psychiatre - ont présenté les conclusions suivantes dans leur rapport du 7 juillet 2008 :

### "DIAGNOSTICS

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail:

- Status après fracture complexe distale du fémur droit avec gonarthrose post-traumatique (M 17.3).
- Status après fracture de la diaphyse fémorale gauche avec ossifications ectopiques de la région trochantérienne (M 61.5).
- Lombalgies sur lésions d'ostéochondrose étagée (M 54.5).
- Ankylose complète de l'articulation interphalangienne du gros orteil droit (M 24.6).

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)

### APPRECIATION

M. P.\_\_\_\_\_ est un homme de 55 ans, ayant été victime d'un polytraumatisme en décembre 1988. Les diverses interventions chirurgicales, pratiquées au niveau des fémurs n'ont pas été grevées de complications et ont conduit à la consolidation des lésions osseuses.

M. P.\_\_\_\_\_ a pu reprendre à 50% ses activités professionnelles en 1990, et il a travaillé à ce taux jusqu'en avril 2006. Depuis lors, il a cessé toute activité professionnelle.

A la suite de son accident, la situation de l'assuré a d'abord évolué de façon plutôt favorable. Après la consolidation des fractures fémorales, il s'est développé une gonarthrose post-traumatique droite, mais évoluant de façon très lente, comme l'a confirmé le Professeur K.\_\_\_\_\_ à plusieurs reprises. Cependant, sur le plan subjectif, la situation s'est détériorée complètement depuis quelques années.

Sur le **plan somatique**, la situation actuelle de M. P.\_\_\_\_\_ peut être résumée ainsi:

Au premier plan de la clinique, se trouve un syndrome algique généralisé et très sévère. Les répercussions fonctionnelles de ce syndrome algique sont très importantes: l'assuré vit selon ses dires, pratiquement couché. Il ne peut rester assis ou debout plus de cinq minutes, il utilise une canne dans ses déplacements et il prend avec un coussin pour s'asseoir. Les principaux sites douloureux concernent les épaules, la colonne vertébrale, la hanche gauche et le genou droit.

Ces douleurs peuvent être partiellement expliquées:

- au niveau du genou droit, il s'est développé une gonarthrose post-traumatique. Celle-ci est cependant modérée et stabilisée, n'ayant que très lentement progressé durant ces dix dernières années, comme l'a déjà signalé le Professeur K.\_\_\_\_\_.
- Au niveau de la hanche gauche, les ossifications ectopiques de la région trochantérienne peuvent entraîner une gêne mécanique douloureuse.
- Au niveau lombaire, les altérations d'ostéochondrose, peuvent s'accompagner de douleurs et de limitations fonctionnelles.
- Par contre, il n'y a pas de substrat anatomo-pathologique aux douleurs cervicales et des épaules.

L'importance de ce syndrome douloureux et ses répercussions fonctionnelles sont de toute façon, sans commune mesure avec ce qui s'observe d'habitude dans ce type de pathologies.

Dans le domaine psychiatrique, le Dr V. \_\_\_\_\_ résume ainsi ses observations: *"Il s'agit donc d'un assuré de 55 ans examiné dans le contexte d'une réévaluation de prestations AI octroyées depuis 18 ans environ, à taux divers.*

*Aussi bien la biographie que les éléments du dossier et mon observation actuelle ne révèlent pas de psychopathologie notoire chez cet assuré. Je relèverai quelques singularités de personnalité avec en particulier un accès limité au monde émotionnel chez un homme plutôt tourné vers l'action et l'aspect concret des choses.*

*Après son grave accident de voiture, au fil des ans, le vécu douloureux s'est intensifié, conditionnant de plus en plus le fonctionnement au quotidien. En l'absence de détresse psychologique, de conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux patents, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas pertinent ici. Il s'agit bien de douleurs en lien avec les atteintes orthopédiques et fonctionnelles mais dont l'ampleur du vécu, comme vous me l'avez confirmé, paraît disproportionnée par rapport aux éléments objectifs; on peut ainsi parler d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, l'assuré se percevant comme invalide et très atteint dans sa santé.*

*En synthèse, bien que je ne retienne pas de psychopathologie spécifique à caractère invalidant chez un assuré souffrant cependant de séquelles objectives, la capacité de travail est à évaluer globalement, en tenant compte aussi des quelques singularités psychiques de cet assuré;"*

**A l'évaluation des capacités fonctionnelles**, le résultat du PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) correspond à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou assis. En outre, l'examineur a estimé que la volonté de donner le maximum aux différents tests a été insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été faible.

Au terme de **l'évaluation en ateliers professionnels**, les observateurs résument ainsi leur conclusion: *"P. \_\_\_\_\_ s'est réfugié derrière ses douleurs tout au long de cette évaluation. Des 9h prévues en atelier il en a effectué 2h45.*

*Il a fait 8 fois le trajet hôtel - Clinique et retour ce qui représente 6 km 400 en trois jours.*

*Malgré le riche échantillonnage de sièges mis à disposition de l'assuré celui-ci n'a essayé que le siège assis-debout durant une dizaine de secondes avant de décliner l'invitation à s'asseoir alléguant des douleurs généralisées."*

Sur le plan thérapeutique, je n'ai pas de proposition particulière à formuler. Comme l'a écrit le Professeur K. \_\_\_\_\_, la gonarthrose droite n'est pas telle qu'elle nécessite la pose d'une prothèse totale de genou. Le conseil que l'on pourrait formuler, est de recourir à une clinique de la douleur, pour tâcher d'atténuer le syndrome algique. »

En ce qui concerne l'exigibilité professionnelle, le Dr V. \_\_\_\_\_ ne retient aucune incapacité de travail d'ordre psychiatrique.

Dans le domaine somatique, dans une activité adaptée, en position alternée assis-debout, sans long déplacement et sans travaux lourds, une capacité de travail de 50 % est exigible.

Toutes pathologies confondues, dans une activité adaptée, respectant les limitations précisées ci-dessus, c'est donc une capacité de travail de l'ordre de 50 % que nous reconnaissons à l'assuré.

## **REPONSES AUX QUESTIONS DE L'ASSURANCE AI**

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés au plan physique, au plan psychique et mental, au plan social  
Les limitations ont été précisées ci-dessus.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

La réponse aux questions suivantes est difficile. Dans la mesure où il respecterait les limitations précisées ci-dessus, le travail d'employé d'assurance pourrait être exercé à un taux de 50%.

[...]"

Dans un avis du 30 juillet 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin du Service médical régional AI (ci-après: SMR) a indiqué qu'il n'y avait pas de raison médicale de s'écarter des conclusions des experts.

**H.** Le 7 octobre 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il pouvait bénéficier d'une orientation professionnelle. Lors d'un entretien le 11 décembre 2008, ce dernier a déclaré ne pas vouloir entrer en matière pour un stage d'observation professionnelle.

**I.** Le 6 juillet 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis (« projet de rente ») dans le sens du remplacement du trois-quarts de rente versé jusqu'alors par une demi-rente. Ce préavis retient d'une part qu'après complément d'instruction sur le plan médical (l'expertise de la CRR), il était apparu que son état de santé ne s'était pas péjoré et que l'exigibilité était toujours identique, soit de 50 % dans toute activité. D'autre part, le préavis indique que l'OAI doit procéder à la reconsidération de la décision initiale d'octroi de rente du 24 juin 1997, manifestement erronée au sujet de la fixation du revenu d'invalidé. A ce propos, le préavis mentionne les éléments suivants.

a) premier calcul :

- revenu sans atteinte à la santé (RS) : 90'000 fr. (= estimation dans le cadre LAA)

- revenu d'invalidé (RI) : sur la période 1995-1997 : en moyenne 45'000 fr. (sur la période 1995-2005 : en moyenne 44'570 fr.) ;

- taux d'invalidité : 50 %.

b) second calcul (selon renseignements obtenus de T.\_\_\_\_\_, revenus en 2007) :

- RS : 101'098 fr.

- RI : 48'350 fr.

- taux d'invalidité : 52 %.

Le préavis conclut que « le taux d'invalidité présenté n'ouvre, et n'aurait toujours ouvert, que le droit à une demi-rente ».

Ce préavis a également été communiqué à la Caisse de compensation 081 « assurances », responsable de la notification de la décision formelle. Cette caisse a été invitée à ne pas notifier la décision avant la fin de la procédure d'audition au sens de l'art. 73ter RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité, RS 831.201).

**J.** Après la communication du préavis, P.\_\_\_\_\_ a fait part de ses objections le 20 août 2009 (par l'intermédiaire d'une assurance de protection juridique). Il a notamment critiqué l'expertise médicale, en particulier parce qu'elle ne tiendrait pas compte de douleurs à l'entrejambe (au testicule gauche), déjà mentionnées en 2004.

Par ailleurs, l'agent général de T.\_\_\_\_\_, à Nyon, a écrit le 14 août 2009 à l'OAI pour exposer que les salaires indiqués par sa compagnie « ne correspond[ai]ent pas au rendement réel » de l'assuré, qui n'avait pas le même rendement qu'une personne valide, ne pouvant pas rester assis plus d'une heure à cause de ses douleurs (mais ne manquant néanmoins jamais un jour de travail).

Le 24 août 2009, l'OAI a indiqué à l'assuré que, dans une procédure où il invoquait une aggravation de son état de santé, il lui incombait de fournir les éléments médicaux susceptibles de justifier une révision. Dans le délai fixé (et prolongé), l'assuré a produit le rapport de la consultation du 3 novembre 2009 rédigé par le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin adjoint à l'Hôpital orthopédique. Ce rapport est ainsi libellé :

**"Anamnèse:**

Nous revoyons ce patient avec les résultats de l'IRM. Ceux-ci confirment une atteinte dégénérative étagée des étages L3-L4, L4-L5, et L5-S1 avec une discrète protrusion dans le foramen S1 gauche.

Sa symptomatologie ne s'est bien sûr pas modifiée, il se promène toujours avec son coussin car il n'est pas possible de s'asseoir sans ce dernier sans ressentir ces importantes douleurs qui apparaissent progressivement au niveau scrotal.

A l'examen clinique, pas de modification bien sûr du statu par rapport à celui décrit précédemment. On pourrait discuter d'indication à un examen neurologique à la recherche d'une atteinte du nerf génito-fémoral ou de nerf honteux, mais cet examen en soi relativement pénible ne déboucherait pas sur une autre attitude thérapeutique qu'une proposition d'une prise en charge antalgique par nos collègues anesthésistes.

Diagnostic:

- > Séquelles de poly-traumatisme
- > Troubles dégénératifs lombaires
- > Douleurs neurogènes

Attitude:

Prise en charge antalgique auprès de l'équipe du CHUV à organiser dans le 1<sup>er</sup> trimestre 2010. Prochain contrôle à cette échéance."

Le SMR a pris position dans un avis du 12 mai 2010, dans un rapport signé des Drs B.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_. En substance, ces praticiens ont estimé que l'assuré n'avait pas apporté d'élément médical nouveau, par rapport à ce qui avait été pris en considération dans l'avis médical SMR du 30 juillet 2007.

**K.** Dans une lettre du 9 août 2010 adressée à l'assuré (par sa protection juridique), l'OAI a pris position ainsi sur les objections formulées après la communication du préavis :

"Nous avons soumis cette contestation au service médical régional (SMR) et pouvons répondre à vos arguments de la manière suivante:

S'agissant des genoux (seul le genou droit est l'objet d'une atteinte dégénérative) en lien avec l'absence «de crépitations rotuliennes en position couchée lors de la flexion- extension» lors de l'examen à la CRR, alors que les dites crépitations étaient présentes en septembre 2006 (rapport médical du prof. K. \_\_\_\_\_ du 26.9.2006). Cet élément n'est que mineur; les «crépitations» ne sont qu'un épiphénomène d'un trouble dégénératif et ne sont pas en lien avec le degré de gravité de l'atteinte dégénérative.

Les observations faites à la CRR permettent d'admettre qu'il n'y a pas d'aggravation majeure pour le genou droit. De plus les troubles dégénératifs du genou droit engendrent des limitations fonctionnelles dont il a été tenu compte puisque les experts retiennent la gonarthrose droite post-traumatique comme invalidante.

D'autre part il est des limitations fonctionnelles qui n'ont pas été mentionnées (accroupissement répété, activités à genou, marche en terrain instable et irrégulier, monter et descendre de façon répétitive sur des échelles, utilisation répétitive des escaliers)

Vous indiquez des douleurs qui ne sont manifestement pas prises en considération. Cette assertion est en contradiction avec la discussion concernant les douleurs en pages 8 et 9 du rapport de la CRR, douleurs qui trouvent leurs explications dans les atteintes organiques pour les genoux, la hanche gauche, le rachis lombaire (mais pas pour le reste du corps, en l'absence de congruence avec les éléments cliniques objectifs). Il est nécessaire de reprendre cette phrase en page 9 de l'expert «l'importance de ce syndrome douloureux et ses répercussions fonctionnelles sont de toute façon sans commune mesure avec ce qui s'observe d'habitude dans ce type de pathologie». En fait les experts ont tenu compte des douleurs, puisque, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par les atteintes dégénératives de l'appareil locomoteur, seule une capacité de travail de 50 % a été retenue. Vous indiquez une péjoration de votre état de santé en ce qui concerne les fortes douleurs aux hanches, la colonne dorsale et les lésions de spondylose dans la région moyenne avec coulée ostéophytaire antérieure D9-D10 qui n'existait pas à l'époque. La description radiologique du 30 juin 2008 entre dans le cadre de troubles dégénératifs mineurs pour votre âge et ne saurait engendrer d'autres limitations fonctionnelles que celles prises en compte pour l'atteinte dégénérative lombaire par ailleurs plus importante et connue de longue date.

En ce qui concerne les douleurs au testicule gauche, celles-ci ont fait l'objet d'investigations multiples il y a plus de 5 ans (Dr A. F. \_\_\_\_\_, Dr X. \_\_\_\_\_) sans qu'une cause ait été mise en avant. Dans le rapport d'expertise de la CRR, l'anamnèse concernant les douleurs en page 4 fait état de douleurs généralisées intolérables intéressant surtout l'appareil locomoteur. Or cet aspect a été largement investigué par les experts, et en l'absence d'évolution manifeste au testicule gauche, il n'était pas indiqué de pousser plus en avant les examens.

Enfin le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 3 novembre 2009, confirme les troubles dégénératifs du rachis lombaire, avec absence tant de la symptomatologie que de la clinique. Proposition est faite de consulter le centre d'antalgie. En l'absence d'aggravation avérée, ces éléments ne sont pas de nature à modifier notre position.

En conséquent, l'expertise de la CRR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Il y a dès lors lieu de retenir les conclusions de l'expertise de la CRR.

Au vu de ce qui précède nous considérons que les arguments avancés dans le cadre de l'audition ne sauraient être de nature à remettre en cause notre position et vous recevrez prochainement la décision de demi-rente contre laquelle vous pourrez recourir dans les 30 jours auprès du Tribunal Cantonal."

**L.** Le 11 août 2010, désormais représenté par Me Hofstetter, l'assuré a écrit à l'OAI en présentant divers arguments et a produit quatre nouveaux rapports médicaux: deux rapports de consultation du Prof. W.\_\_\_\_\_, du 27 avril et du 27 juillet 2010, un rapport du 10 mai 2010 du physiothérapeute Z.\_\_\_\_\_ (qui traite l'assuré depuis 1988) et un rapport du 27 avril 2010 du Dr H.\_\_\_\_\_, de l'unité d'antalgie du CHUV.

Le premier rapport du Prof. W.\_\_\_\_\_ mentionne des « douleurs qui sont absolument inchangées ». Il conclut ainsi: « Situation qui reste complexe chez un patient qui présente une progression des troubles dégénératifs au niveau lombaire et l'apparition de douleurs neurogènes dans le territoire génito-fémoral ou du nerf honteux ».

Le second rapport du Prof. W.\_\_\_\_\_ conclut ainsi: « Le patient justifie d'un maintien de ses prestations asséurologiques auprès de l'AI, une réduction de la rente n'est pas envisageable dans un contexte de progression des troubles dégénératifs ».

Le rapport du physiothérapeute indique que la mobilité de l'assuré «s'altér[ait] spécialement depuis ces 10 dernières années, augmentant ses douleurs et son invalidité de manière significative».

Le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ énonce un « avis de prise en charge antalgique »; il propose un traitement (Lyrica en dose de 25 mg à augmenter, éventuellement infiltration).

**M.** La décision formelle de l'OAI de réduction de rente (demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2010) a été prise le 17 août 2010 et elle a été notifiée à l'assuré par la Caisse de compensation « assurance » à Zurich. La motivation contenue dans cette décision correspond à celle du préavis du 6 juillet 2009.

Cette notification par la caisse de compensation est intervenue peu avant que l'OAI, par lettre du 18 août 2010, ne prie cette caisse de différer la notification. L'OAI souhaitait en effet soumettre au SMR les nouveaux documents médicaux produits par l'assuré le 11 août 2010. La caisse de compensation a répondu que la décision formelle avait déjà été notifiée. L'OAI n'a pas entrepris d'autres démarches.

**N.** Par un acte du 1<sup>er</sup> septembre 2010, P. \_\_\_\_\_ recourt à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 17 août 2010. Il conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le droit à une rente entière – subsidiairement un trois-quarts de rente – lui est reconnu dès le 1<sup>er</sup> février 2004; à titre plus subsidiaire, il demande l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire tendant à déterminer sa capacité de travail exigible.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> novembre 2010, l'OAI propose le rejet du recours.

Dans des déterminations du 16 février 2011, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a requis une audience d'instruction, afin de discuter la nécessité d'une expertise médicale, puis une audience de jugement («compte tenu de la particularité de la présente affaire»). Le recourant a produit un nouveau rapport du Prof. W. \_\_\_\_\_, adressé à son avocat le 17 janvier 2011, où ce médecin résume le suivi (jusqu'à la dernière consultation le 27 juillet 2010), mentionne que le traitement

antalgique proposé n'a pas été réalisé en Suisse «pour des raisons de couverture assécurologique», et conclut ainsi : «En raison d'atteintes dégénératives des 2 genoux combinées avec l'atteinte dégénérative de caractère bien qu'inexpliqué mais extrêmement invalidant de ces douleurs inguino-scrotales, il nous paraît peu imaginable que ce patient puisse avoir une capacité de travail appréciée globale supérieure à 30 %».

**O.** Le juge instructeur a entendu les parties à l'audience du 9 juin 2011. Le recourant a notamment déclaré qu'il y a quelques années, il avait transféré son domicile en Espagne et qu'il n'avait plus de couverture d'assurance-maladie/accident en Suisse. Nonobstant ce changement de domicile, les parties ont admis que la juridiction cantonale vaudoise continue à traiter la présente affaire.

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

**1.** Le recours a été formé en temps utile (cf. art. 60 LPGA [Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]). Il respecte les exigences formelles du droit fédéral (cf. art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable à la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière. Il convient de relever que la compétence de la Cour de céans n'est pas contestée.

**2.** Le recourant présente différents griefs au sujet de l'appréciation des éléments médicaux du dossier, en relation avec l'aggravation alléguée de son état de santé. Il critique par ailleurs, à propos de la comparaison des revenus, la détermination de son revenu d'invalidé.

La décision attaquée de l'OAI a en quelque sorte un double objet. D'une part, il s'agit de la « nouvelle décision quant au taux d'invalidité » qu'il incombe à cet Office de prendre, avec une nouvelle détermination du revenu d'invalidé, en exécution de l'arrêt du Tribunal fédéral I 338/06 du 30 janvier 2007 (cf. consid. 5.2 et 5.3 dudit arrêt).

D'autre part, l'OAI a traité une nouvelle demande présentée par l'assuré, qui invoquait une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer son droit aux prestations. Quand bien même le Tribunal fédéral n'a pas mentionné cette éventualité dans son arrêt de renvoi, l'OAI était fondé à statuer sur le droit à la rente en fonction à la fois des injonctions de l'arrêt du 30 janvier 2007 et d'une appréciation de la nouvelle situation médicale invoquée par le recourant.

Cela étant, il convient de traiter en premier lieu la question de la reconsidération, dans le cadre fixé par l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral. Ensuite, sur la base des éléments déterminants pour le droit à la rente après reconsidération, la question de l'aggravation de l'état de santé, ou de la révision, sera examinée.

Il y a lieu en effet de rappeler que la jurisprudence distingue plusieurs cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force (cf. ATF 135 V 215). Ainsi, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En revanche, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA (« L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable »).

**3.** D'après l'arrêt du Tribunal fédéral, dans la procédure de reconsidération de la décision d'octroi de rente du 24 juin 1997, ce n'est pas l'appréciation de l'état de santé du recourant – et par conséquent de sa capacité de gain sous l'angle médical – qui était litigieuse, mais les éléments de comparaison des revenus. Le Tribunal fédéral a déjà considéré que le revenu d'invalidé retenu en 1997 était manifestement

faux (revenu LPP plutôt que salaire brut effectivement réalisé – consid. 5.1 de l'arrêt du 30 janvier 2007), ce qui justifie en principe une reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA.

Conformément aux instructions du Tribunal fédéral, l'OAI a complété l'instruction et procédé à de nouvelles constatations concernant les revenus déterminants. En substance, il a effectué deux calculs, qui aboutissent à un résultat identique sur le plan des conséquences juridiques – à savoir à un taux d'invalidité compris entre 50 et 60 %, donnant droit à une demi-rente (art. 28 al. 2 LAI). Dans la présente espèce, où la décision de reconsidération intervient en définitive 13 ans après la décision erronée, et où un arrêt du Tribunal fédéral fixe déjà dans une certaine mesure le cadre du calcul (en fonction des constatations de l'assureur-accidents – cf. consid. 5.2 de l'arrêt du 30 janvier 2007), il n'était pas critiquable de se fonder d'une part sur les chiffres de 1997, et d'autre part sur les chiffres de 2007 après complément d'instruction, dès lors que le résultat était, juridiquement, semblable. Du reste, le recourant ne conteste pas les méthodes de calcul appliquées pour la comparaison des revenus propre à déterminer le taux d'invalidité selon l'art. 16 LPGA.

Le recourant fait en revanche valoir que le revenu d'invalidité retenu est supérieur au revenu qu'il pouvait objectivement obtenir avec l'atteinte à la santé. Selon lui, les indications données par son ancien employeur en 2007 ne correspondent pas à la réalité, car son rendement réel, à T.\_\_\_\_\_, était fortement restreint; en d'autres termes, le salaire calculé en 2007 sur la base des revenus effectivement versés jusqu'en 2005 comportait une part de « salaire social », sans rapport avec le travail accompli.

Cet argument n'est pas concluant. Certes, l'agent général de T.\_\_\_\_\_ a mentionné, deux ans plus tard, un rendement différent de celui d'une personne valide; il n'a toutefois pas évoqué un rendement fortement restreint. Il est probable que ce rendement « différent », pour un employé à 50 % ne manquant jamais un jour de travail, avait été pris en compte dans la fixation du salaire, dès lors que le recourant a travaillé

de nombreuses années au service de cette assurance, avec ses limitations fonctionnelles. L'agent général de T. \_\_\_\_\_ n'a lui-même pas affirmé avoir durablement versé au recourant un montant mensuel indépendant de la rémunération du travail; on ne sait du reste pas à quel titre ou pour quel motif il l'aurait fait. En définitive, les indications claires et sans réserve données par T. \_\_\_\_\_ en octobre 2007 étaient concluantes et l'OAI pouvait se fonder sur les chiffres communiqués, sans les corriger.

Il est en outre manifeste que lorsque l'employeur communique le montant du revenu d'invalidé effectivement versé, dans une situation concrète, cette donnée peut être reprise sans qu'il y ait lieu de procéder à une réduction, ou à un abattement, comme cela est prévu lorsque le salaire de référence est un salaire statistique (statistiques nationales ESS, par branche, sans tenir compte du taux d'activité, de l'âge, des limitations des employés etc.), à « corriger » en fonction de la situation concrète de l'intéressé. Le recourant n'est donc pas fondé à reprocher à l'OAI de n'avoir pas appliqué un abattement - c'est-à-dire une réduction de 20 à 25% du salaire déterminant.

Il s'ensuit qu'après reconsidération de la décision du 24 juin 1997, et après les mesures d'instruction prescrites par le Tribunal fédéral, l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en effectuant la comparaison des revenus sur les bases précitées, et en fixant un taux d'invalidité justifiant l'octroi d'une demi-rente.

**4.** Le recourant critique par ailleurs le traitement, par l'OAI, de sa demande de révision à cause de la dégradation de son état de santé.

**a)** Le recourant a annoncé à l'OAI le 30 juin 2006 qu'il avait interrompu son activité professionnelle pour des raisons de santé. Il fallait en déduire qu'il demandait que son droit aux prestations AI soit revu, compte tenu d'une aggravation. Dans ces circonstances, l'OAI était tenu d'appliquer la réglementation de l'art. 87 RAI. Selon l'alinéa 3 de cette disposition, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à

influencer ses droits. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). Ce régime juridique, qui fixe des conditions de recevabilité, tend à éviter que l'institution d'assurance soit constamment tenue de se prononcer sur l'état de santé ou le degré d'invalidité d'un assuré, sur la base de demandes répétitives ou dépourvues de motivation au sujet du changement des circonstances (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré critique ce refus. Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut examiner si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit.

**b)** L'OAI a estimé que les indications données par le recourant - en l'occurrence, par son premier médecin traitant à l'Hôpital Orthopédique, le Prof. K.\_\_\_\_\_ - justifiaient une entrée en matière. Le Prof. K.\_\_\_\_\_ avait proposé la mise en œuvre d'une expertise, invoquant une aggravation de l'état douloureux chronique. L'expertise a été effectuée par des médecins spécialistes de la CRR.

**aa)** Le recourant fait valoir que cette expertise a été réalisée, à certains égards, dans des conditions inacceptables. Ce grief est inconsistant. Le recourant déplore d'avoir dû attendre, dans une situation peu confortable, le rendez-vous avec les médecins experts, et il reproche à ceux-ci un manque d'empathie (par exemple : il lui a été demandé de s'agenouiller alors que le médecin aurait dû savoir que ce geste lui était impossible). Le fait qu'un assuré, appelé à passer plusieurs jours dans un centre d'expertises, doive à certains moments attendre, ne puisse pas toujours jouir du confort optimal, ou ait parfois le sentiment d'être pris en

charge de façon directe ou brusque par un médecin, n'est pas insolite. En tout cas, cela ne saurait remettre en cause la valeur probante de l'expertise, car il n'y a aucun indice d'une prévention des médecins experts à l'encontre du recourant.

Le recourant met encore en exergue, dans ce contexte, un passage rédigé par les observateurs responsables de l'évaluation en ateliers professionnels de la CRR, à propos des trajets hôtel-clinique qu'il a effectués durant son séjour. Il reproche à ces observateurs de n'avoir pas indiqué expressément que ces trajets avaient été parcourus au moyen des transports publics. Or on comprend mal la portée de ce reproche. Cet élément ne représente pas une constatation d'ordre médical (elle n'émane pas des médecins experts) et il ne ressort pas du rapport que les médecins en auraient déduit des conclusions dans leurs diagnostics et appréciation de la capacité de travail. Quoi qu'il en soit, la régularité de l'expertise ne saurait être mise en doute de ce point de vue.

**bb)** Le recourant critique le rapport d'expertise de la CRR, notamment parce qu'il minimiserait, voire écarterait tout simplement plusieurs troubles l'affectant. Ces critiques concernent, matériellement, l'appréciation médicale.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit

claire et enfin que les conclusions de son auteur soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c;). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**cc)** En l'espèce, on peut déduire des conclusions de l'expertise - à propos de la possibilité d'exercer un travail d'employé d'assurance à un taux de 50 % - qu'il n'y a pas eu d'aggravation déterminante de l'état de santé; en d'autres termes, il n'y a pas eu depuis 1997 de changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, puisque le poste de travail exigible (employé d'assurance à 50 %) est celui qui a été effectivement occupé pendant plusieurs années.

Invité par l'OAI à exercer son droit d'être entendu dans le cadre de l'art. 73ter RAI - qui prévoit un délai d'observations ou d'objections de 30 jours dès la communication du préavis -, le recourant n'a pas critiqué fondamentalement les constatations des médecins experts, qui ont retenu un «syndrome algique généralisé et très sévère». Il a néanmoins fait valoir qu'une des sources de douleurs n'avait pas été décrite (à l'entrejambe, au testicule gauche). Or, comme le SMR l'a fait clairement observer dans son avis du 9 août 2010, ces douleurs étaient incluses dans les douleurs généralisées; à cet endroit, elles avaient été diagnostiquées plusieurs années auparavant et les experts de la CRR, qui n'avaient pas trouvé d'explication à ce propos dans le dossier (ce qui n'est pas surprenant, puisque le médecin traitant Prof. W.\_\_\_\_\_, en 2011, n'avait pas lui-même d'explication ni de solution - cf. sa lettre du 17 janvier 2011 à l'avocat du recourant), ne les avaient pas décrites plus précisément, se bornant à s'exprimer, dans le chapitre « appréciation », sur les explications partielles qu'ils pouvaient fournir.

Pour le reste, le recourant ne critique pas de manière précise ou spécifique le contenu de l'expertise. Celle-ci paraît répondre aux exigences de la jurisprudence à propos de la valeur probante des rapports médicaux (cf. supra, consid. 4b/bb).

Le recourant invoque cependant des avis plus récents, de médecins et physiothérapeute l'ayant suivi (lors de ses séjours en Suisse). La question à résoudre est donc de savoir si ces nouveaux avis devaient être retenus par l'OAI comme rendant plausible une aggravation de l'état de santé, et partant une modification décisive de l'invalidité.

**c)** Le recourant se plaint d'abord, à ce propos, d'une violation du droit d'être entendu. Il avait communiqué à l'OAI, le 11 août 2010, quatre nouveaux rapports (rapports de consultation des Drs H. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, attestation du physiothérapeute Z. \_\_\_\_\_); or cet Office a rendu sa décision formelle le 17 août 2010, sans prendre position sur ces rapports, en particulier sans demander au SMR de les apprécier.

Comme cela a déjà été exposé, l'exercice du droit d'être entendu, après la communication du préavis, est réglé à l'art. 73ter RAI; en principe, un délai de 30 jours est fixé à l'assuré pour déposer ses observations. L'OAI a effectivement fixé, et prolongé, ce délai après la communication de son préavis du 6 juillet 2009. Les quatre nouveaux rapports ont été produits plusieurs mois après l'échéance de ce délai. En outre, le recourant a attendu plusieurs mois pour communiquer des rapports rédigés en avril 2010 déjà. Il ne saurait sérieusement reprocher à l'OAI, qui a laissé s'écouler plus d'une année entre son préavis et sa décision formelle, d'avoir notifié cette dernière de manière précipitée et en violation de son droit d'être entendu. Au contraire, le recourant - à qui il incombait de rendre plausible d'emblée l'aggravation de son état de santé - a bénéficié de possibilités d'invoquer ses moyens, bien au-delà de ce qu'exigeaient les garanties minimales du droit d'être entendu.

Il est vrai que l'OAI avait invité, tardivement toutefois, la caisse de compensation à différer la notification de la décision formelle, afin que

les derniers avis médicaux puissent le cas échéant être appréciés par le SMR. Ce complément d'instruction n'a pas été possible. Cela ne compromet cependant pas la validité de la décision attaquée, rendue à l'issue d'une procédure régulière. Ensuite, dans sa réponse au recours, l'OAI a exposé que ces nouveaux rapports médicaux n'étaient d'après lui pas probants, et ne remettaient donc pas en cause l'expertise de la CRR ; il a donc confirmé qu'il avait pu valablement statuer le 17 août 2010. Les griefs d'ordre formel, tirés du droit d'être entendu, sont donc mal fondés.

**d)** Sur le fond, il y a lieu de remarquer que le premier rapport du Prof. W. \_\_\_\_\_, produit dans le délai de l'art. 73ter RAI, ne fait pas état d'une aggravation. Il note la présence de douleurs neurogènes et préconise une prise en charge antalgique, qui a été refusée en l'état par le recourant - ce qu'il a confirmé à l'audience du 9 juin 2011. Or il est patent qu'un traitement antalgique approprié est de nature à faire diminuer les douleurs, de sorte que l'attitude du recourant est difficilement compréhensible. Quoi qu'il en soit, lorsqu'il a été invité à exercer son droit d'être entendu et à se prononcer sur l'expertise de la CRR, le recourant n'a fourni aucun argument d'ordre médical à l'encontre des conclusions des experts. Dans la motivation adressée le 9 août 2010 au recourant, l'OAI a présenté une synthèse claire de la situation; il y a lieu d'y renvoyer.

Comme cela a déjà été exposé, dans la procédure de révision engagée par l'assuré qui invoque une aggravation de son état de santé, il incombe à ce dernier de rendre plausible l'aggravation; cette incombance implique qu'il présente d'emblée son argumentation et ses preuves, et non pas qu'il attende la fin de la procédure administrative. Sinon, par des communications répétitives d'informations, de rapports de consultation, de certificats médicaux, etc., un assuré pourrait rendre pratiquement impossible une décision rapide sur la demande de révision. Il convient d'ajouter que si un nouvel élément déterminant apparaît après une décision de refus de révision, ou de refus d'entrer en matière, l'assuré n'est pas privé de la possibilité d'ouvrir une nouvelle procédure de révision, et d'invoquer alors sur des bases plus solides une aggravation de l'état de santé. Dans ces circonstances, les derniers rapports médicaux

produits par le recourant le 11 août 2010 n'avaient pas à être pris en considération par l'OAI et il n'y a pas lieu, en principe, d'examiner si la décision attaquée reste valable au regard des indications qu'ils contiennent.

Cela étant, il est manifeste que les médecins et physiothérapeute traitants n'ont pas établi, dans ces rapports rédigés entre avril et juillet 2010, une aggravation de l'état de santé. Il en ressort en substance que les douleurs neurogènes sont toujours présentes et qu'une prise en charge antalgique est toujours préconisée. Un contexte de "progression de troubles dégénératifs" est noté, de manière toute générale, mais cela ne signifie pas pour autant que la progression serait telle qu'une incapacité de travail supérieure à 50 % devrait être attestée. Certes, le Prof. W. \_\_\_\_\_ déclare qu'il n'estime pas envisageable de réduire la rente; mais en tant que médecin, il ne peut se prononcer qu'au sujet de la capacité de travail et, précisément, il ne prétend pas dans son avis du 27 juillet 2010 qu'elle ne serait pas, comme auparavant, de 50 % dans une activité adaptée. L'estimation d'une capacité de travail à 30 %, faite par le Prof. W. \_\_\_\_\_ dans sa lettre du 17 janvier 2011 à l'avocat du recourant, n'est pas du tout motivée scientifiquement ou médicalement; ce médecin a du reste précisé qu'il n'avait pas revu le recourant depuis l'établissement de son précédent avis médical. Cette lettre n'a aucune valeur probante et elle n'a pas à être prise en considération dans le cadre juridique de la présente affaire.

**e)** Il résulte des considérants que l'OAI était fondé, sur la base de l'expertise qu'il a ordonnée (expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPG), à considérer qu'il n'y avait pas, sur le plan médical, de changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente.

Dans le régime de l'art. 87 RAI, l'assuré ne peut pas demander au Tribunal d'ordonner une expertise quand lui-même a renoncé, ou n'est pas parvenu, à établir de façon plausible une modification décisive de

l'invalidité. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction sur le plan médical.

Le recourant ayant eu l'occasion de se déterminer par écrit au sujet de la réponse de l'OAI, et de s'exprimer à l'audience du 9 juin 2011, il ne se justifie pas de lui donner une autre occasion de s'exprimer. L'affaire peut être jugée selon la procédure ordinaire, sans nouvelle audience.

**5.** Les moyens du recourant étant entièrement mal fondés, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Les frais de justice doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens.

**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 17 août 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge du recourant P.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour P. \_\_\_\_\_),
- 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 :