

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Neu et Mme Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Pradervand

Cause pendante entre :

W._____, à Nyon, recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1955, marié, est originaire du [...]. Il vit en Suisse depuis 1979. Il a notamment travaillé du 14 octobre 1987 au 31 octobre 1992 en tant que chauffeur poids lourd auprès de l'entreprise H._____SA, à [...]. Il a été licencié pour des raisons économiques.

Présentant des lombosciatalgies sur hernie discale L4-L5, l'assuré a subi, le 25 janvier 1994, une hémilaminectomie à ce niveau.

B. Le 19 juin 1994, W._____ a rempli une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI ou intimé) tendant à un reclassement dans une nouvelle profession et à une rente, en raison de ses douleurs au dos.

Dans un rapport du 19 décembre 1995, le Dr R._____, rhumatologue traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de lombosciatalgies gauches persistantes, probablement sur fibrose cicatricielle, et attesté une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de chauffeur poids lourd dès janvier 1994. Il a considéré qu'une activité adaptée à l'invalidité ne devrait pas comporter le port de charges lourdes, ni la position assise de manière continue.

A la suite d'un séjour de l'assuré au Centre S._____ (ci-après: Centre S._____) du 17 février au 19 mars 1997, le Dr X._____, médecin rattaché à ce centre, a constaté, le 4 juin 1997, que l'hémilaminectomie pour hernie discale L4-L5 gauche était relativement favorable s'agissant des sciatalgies qui avaient régressé, mais sans effet sur les lombalgies dont l'assuré continuait à se plaindre. Une activité professionnelle adaptée (pas d'activité physique lourde ni d'activité nécessitant de maintenir des positions statiques durables) devait certainement pouvoir être exercée théoriquement. Le stage au Centre S._____ a mis en évidence une inadaptation aux exigences

professionnelles, quelles qu'elles soient, du fait d'un manque de compliance aux règles sociales et professionnelles de base dont l'origine ne pouvait être connue qu'au moyen d'investigations sur le plan psychique. Dans un rapport de synthèse du 10 juin 1997, les responsables du Centre S._____ ont indiqué que l'assuré ne pouvait plus exercer sa profession de chauffeur poids lourd à temps complet et que son comportement - soit de se présenter comme un handicapé physique et psychique -, sa lenteur au travail, sa passivité, son attitude tendant à mettre en évidence ses limitations et son manque d'engagement, nécessitaient une évaluation théorique de sa capacité de travail. Ils l'ont évaluée à 50% dans un poste adapté (position assise dans un siège ergonomique).

La Division de réadaptation de l'OAI, dans un rapport du 30 juin 1997, a fait siennes les conclusions du Centre S._____ et a proposé l'octroi d'une demi-rente. Dans son écrit du 13 juillet 1998, elle a retenu que si l'assuré travaillait encore pour l'entreprise H._____SA à [...], il toucherait, pour son activité de chauffeur poids lourd, un gain mensuel de 4'550 fr. (servi douze fois l'an). Ainsi, compte tenu d'un revenu hypothétique sans invalidité de 54'600 fr. (12 x 4'550 fr.) et d'un revenu d'invalidité de 21'736 fr. dans une activité industrielle légère à un taux de 50% (selon convention collective de la FTMH/UG), il en résultait un manque à gagner de 32'864 fr., entraînant un taux d'invalidité de 60,19%.

Dans un rapport établi le 14 septembre 1998, le Dr T._____ chef de clinique adjoint du Département neurochirurgie du Centre hospitalier Q._____ et de l'Hôpital N._____, a constaté que l'état actuel de l'assuré et l'évolution pratiquement stable dans sa médiocrité depuis 4-5 ans, ainsi que l'examen radiologique démontrant l'absence de récurrence d'hernie discale ne lui permettaient pas de proposer une intervention chirurgicale.

Dans un rapport du 16 avril 1999 à l'OAI, le Dr V._____, médecin-traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de status après

laminectomie L4-L5 gauche et attesté une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de chauffeur depuis l'automne 1993.

Le Dr T. _____ s'adressant à l'OAI dans un rapport du 7 septembre 1999, a apprécié à 100% la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, consistant dans tous les travaux épargnant le dos, c'est-à-dire ne nécessitant ni une position courbée ou semi-courbée, ni le port de charges supérieures à 15-20 kilos. En revanche, sa capacité de travail dans son activité habituelle a été estimée entre 30 et 50%.

Le 28 janvier 2000, l'OAI a établi un projet de décision par lequel il informait l'assuré du fait qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'il disposait d'une capacité de travail proche de la norme dans une activité adaptée à son état de santé (travail léger, sans efforts). Il a retenu ce qui suit:

«Dans l'industrie légère par exemple, vous pourriez réaliser un salaire annuel brut moyen de Fr. 46'800.-.

Sans atteinte à la santé, votre revenu annuel brut comme chauffeur poids lourd s'élèverait aujourd'hui à Fr. 54'800.-.

Revenu annuel raisonnablement exigible provenant d'une activité lucrative		francs	
- sans invalidité	54'600.-		
- avec invalidité	46'800.-		
manque à gagner/degré d'invalidité	7'800.-	=	

14,28%

Les mesures professionnelles ne s'avèrent pas nécessaires et le droit à une rente n'est pas ouvert.

Par conséquent, la demande de prestations est rejetée.».

Par décision du 3 avril 2000, l'OAI a confirmé son projet de décision du 28 janvier 2000.

C. L'assuré a recouru auprès du Tribunal des assurances à l'encontre de la décision de l'OAI du 3 avril 2000. Le Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie, a été mandaté par le Tribunal pour établir une expertise judiciaire. Dans son rapport du 6 août 2001, il a posé les

diagnostics de syndrome lombosciatalgique d'origine mixte sur fibrose épidurale post-laminectomie L4-L5, engainant la racine L5, et de troubles somatoformes douloureux. Du dossier radiologique à disposition de l'expert, il est surtout ressorti une fibrose épidurale entourant le nerf L5, jouant d'après le Dr J._____ un rôle modeste sur les lombosciatalgies. L'expert a en outre indiqué que dans son activité habituelle, la capacité de travail de l'assuré était d'environ 30%, voire nulle en cas de participation au chargement et déchargement de camions. Il était d'avis que dans une activité adaptée (chauffeur de camionnette pour des trajets de 30 minutes avec possibilité de charger et décharger des poids de maximum 15 kg), sa capacité de travail était entière avec un rendement de 60%. L'expert a précisé qu'il n'avait pas constaté de co-morbidité psychiatrique, mais que la mise en œuvre d'une évaluation psychiatrique de l'assuré serait judicieuse.

A la demande des parties, l'expert J._____ a été interpellé et, en date du 19 octobre 2001, il a précisé que dans l'éventualité où l'assuré pouvait s'interrompre une dizaine de minutes chaque 20-40 minutes et s'il n'était pas obligé de porter des charges lourdes, sa capacité de travail ne serait pas entière. Les plaintes de l'assuré étaient en grande partie dues à des troubles somatoformes, mais également à une fibrose épidurale qui ne devait pas être négligée. Il a ajouté qu'il était vraisemblable que si l'examen avait eu lieu, alors que l'assuré poursuivait une activité professionnelle, ses performances vertébrales auraient été moins bonnes. C'est la raison pour laquelle il a été dit que l'assuré pouvait travailler dans une activité adaptée à 100%, mais avec un rendement de 60% seulement. Il a encore expliqué que ce qui justifiait une capacité de travail de 60% seulement dans une activité de chauffeur-livreur, c'était que les douleurs dues à la fibrose épidurale s'aggravaient lors de l'exercice d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit puisqu'elles augmentaient lors de positions (assis ou debout) trop longtemps soutenues de manière stationnaire. Il a finalement ajouté que d'un point de vue purement ostéoarticulaire, en faisant abstraction de la composante somatoforme, il n'existait pas d'activité dans laquelle l'assuré aurait une capacité de travail totale avec un rendement de 100%.

Invité par le Tribunal à procéder à un examen complémentaire, axé principalement sur le plan psychiatrique, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a effectué un examen clinique bidisciplinaire en date du 19 décembre 2001 (rapport médical du 23 janvier 2002). Les Drs Z._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et P._____, psychiatre, ont posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques persistantes avec discret syndrome radiculaire déficitaire sensitif et moteur L5 et S1, status après cure de hernie discale L4/L5 gauche le 25 janvier 1994, suspicion de fibrose cicatricielle en L4/L5 à gauche et de trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen chez une personnalité à traits narcissiques et dépendants. Au plan somatique, ils ont déclaré ce qui suit:

«L'imagerie à disposition révèle un discret pincement du disque L4 (habituel après une cure de hernie discale) qui ne s'est pas aggravé entre 1995 et 2001. Les examens neuroradiologiques nombreux et répétés ne révèlent qu'une discrète protrusion discale médiane-paramédiane gauche L4/L5; le CT-scan post-radiculographie, examen particulièrement performant, du 17.1.1997 ne révèle qu'une *possible* contrainte sur la racine L5 gauche. Quant à la fibrose cicatricielle, elle est également à considérer, si l'on se réfère à l'IRM lombaire du 12.04.1995, comme des plus discrètes.

On est ainsi en présence de lombosciatalgies gauches chroniques persistantes en relation avec un discret conflit disco-radiculaire post-chirurgical, le tableau clinique faisant également apparaître des signes de non-organicité.».

Ils ont ajouté que la capacité de travail de l'assuré dans son ancien métier de chauffeur poids lourd dépendait essentiellement de son status somatique, qui contre-indiquait une telle activité. Ils ont retenu que sa capacité de travail était objectivement normale dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles, autorisant l'alternance régulière (au moins 1x/h) de la position assise et debout, mais excluant le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, ainsi que les travaux effectués en porte-à-faux statique du tronc ou sur et avec des engins/véhicules vibrants. Dans une telle activité adaptée, la capacité de travail résiduelle de l'assuré était de 50% compte tenu de ses troubles psychiatriques. Ils

ont considéré que l'assuré avait très probablement présenté, en parallèle à la pathologie somatique, une évolution dépressive et régressive, notamment en raison de la perte de sa capacité professionnelle.

Par jugement du 7 novembre 2002 (n° cause AI 155/00 - 324/2002), le Tribunal des assurances a admis le recours de W. _____ en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité lui a été octroyée dès le 1^{er} octobre 1994. En substance, l'autorité judiciaire était d'avis que, sur la base notamment des investigations médicales qui avaient été effectuées en cours de procédure (notamment rapport d'expertise du Dr J. _____ et rapport du SMR du 23 janvier 2002), l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée. Dès lors, son manque à gagner s'élevait à 31'200 fr. (revenu hypothétique sans invalidité: 54'600 fr.; revenu avec invalidité: 23'400 fr., soit 46'800 : 2), ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 57%.

Le 7 juillet 2003, l'OAI a rendu une décision octroyant une demi-rente à l'assuré dès le 1^{er} octobre 1994 conformément à la décision judiciaire du 7 novembre 2002.

L'assuré a été engagé en tant que manœuvre à un taux de 50% auprès de l'entreprise Y. _____ SA dès le 5 janvier 2004, mais a été licencié un mois plus tard, en raison de ses prestations jugées insuffisantes par son employeur.

D. L'OAI a ouvert une procédure de révision du droit à la rente en février 2004. L'assuré a affirmé que son état de santé s'était aggravé depuis janvier 2004, expliquant qu'il ressentait davantage de douleurs à la jambe et au dos (questionnaire pour la révision de la rente du 6 février 2004).

Dans un rapport à l'OAI du 7 octobre 2004, le Dr R. _____ a posé le diagnostic de lombosciatalgies gauches chroniques sur fibrose post-discectomie L4-5 et considéré que l'assuré présentait, tant dans son

activité habituelle que dans une activité adaptée, une incapacité de travail de 100%.

Par décision du 1^{er} décembre 2004, l'OAI a maintenu le droit à une demi-rente de l'assuré, au motif que son état de santé était stationnaire et que son degré d'invalidité de 57% restait identique.

E. W._____ a travaillé du 1^{er} février 2007 au 28 février 2008 en qualité de chauffeur auprès de B._____Sàrl à [...] à 50% (questionnaire pour la révision de la rente du 30 août 2008 et son annexe). Du 3 mars 2008 au 30 novembre 2008, il a travaillé, en tant que chauffeur poids lourd, au sein de M._____SA à [...], au même taux d'activité. Il a été licencié de ce dernier emploi le 27 octobre 2008 pour le 30 novembre 2008, en raison d'une restructuration. Des indemnités de l'assurance-chômage lui ont été versées de décembre 2008 à février 2009.

En parallèle, l'OAI a ouvert une procédure de révision du droit à la rente en août 2008. L'assuré a déclaré, dans le questionnaire pour la révision de la rente du 30 août 2008, que son état de santé était resté identique.

Sur demande de l'OAI, le Dr V._____ a posé, dans son rapport du 23 septembre 2008, le diagnostic de lombosciatalgies postopératoire (fibrose L4-L5 postopératoire). Il a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail de 50% depuis 2008 dans son activité de chauffeur.

Sur demande de l'OAI, le Dr R._____ a retenu, dans un rapport du 11 septembre 2009, une péjoration des sciatalgies gauches chroniques pour une hernie discale L4-L5 dès 2009.

Dans son avis médical du 9 octobre 2009, le Dr C._____ du SMR a constaté ce qui suit:

«Dans le questionnaire pour la révision, l'assuré se déclare inchangé. Il indique une activité salariée à raison de 4 heures/jour en

qualité d'employé polyvalent-chauffeur jusqu'au 30.11.2008, date de son licenciement pour restructuration.

Le Dr V._____, médecin traitant, confirme l'incapacité de travail de 50% comme chauffeur pour des raisons somatiques seules. Il ne mentionne aucune pathologie psychiatrique.

Il convient de répéter que l'activité de chauffeur PL n'est très probablement pas adaptée aux limitations somatiques. On doit également constater que l'assuré n'a pas de suivi ni de traitement psychiatrique depuis 2002 au moins. Ceci permet de penser que M. W._____ s'est amélioré sur ce plan. Il n'est pas exclu qu'il ait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité légère (autre que chauffeur PL).».

Il proposait alors de le convoquer à un examen psychiatrique au SMR pour préciser les limitations fonctionnelles objectives.

L'OAI a confié à la Dresse D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin d'établir un examen clinique psychiatrique. Dans un rapport du 9 novembre 2009, cosigné avec la Dresse K._____, médecin-chef du SMR et spécialiste en médecine interne générale, elle a considéré que les diagnostics de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) et de trouble de la personnalité à traits narcissiques et dépendants, non décompensé (F61), n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. Dès lors, sur le plan psychiatrique, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, à la suite d'une amélioration de son état de santé «située amnamnestiquement début 2008 et objectivée à l'examen clinique au SMR en octobre 2009». En effet, «en l'absence de toute prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière, l'assuré atteste une amélioration de son état de santé depuis début 2008, ce qui lui a permis une reprise de l'activité professionnelle comme chauffeur poids lourd à environ 50%. [...] On doit également constater que l'assuré n'a aucun suivi psychiatrique, ce qui permet de penser que son état s'est amélioré sur ce plan». Sous la rubrique «appréciation du cas», les Dresses D._____ et K._____ ont exposé ce qui suit:

«[...] Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble obsessionnel compulsif, d'état de stress post-traumatique, de perturbation de

l'environnement psychosocial ni de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Sur la base de cette observation clinique, nous avons objectivé une nette amélioration de l'état de l'assuré et le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen est en rémission complète, ne justifie plus une diminution de la capacité de travail.

Le trouble mixte de la personnalité à traits narcissiques et dépendants, non décompensé, ne correspond pas à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue déviant de la norme ni à une altération du fonctionnement personnel ou social. Le trouble de la personnalité non-décompensé ne justifie plus une diminution de la capacité de travail. Relevons que le terme décompensation est tiré du vocabulaire de la médecine organique pour désigner des maladies ou troubles qui peuvent être, pendant un certain temps, compensés : c'est-à-dire qu'ils existent potentiellement mais que leurs conséquences néfastes n'apparaissent pas du fait de défenses et de ressources qui les équilibrent. Quand cet équilibre est rompu, le trouble va se manifester, il ne sera plus compensé par autre chose et la maladie sera dite décompensée. Or, dans le cas de notre assuré, le trouble de la personnalité est actuellement compensé. [...]»

Dans la section «anamnèse psychosociale et psychiatrique», il est précisé que l'assuré allègue une aggravation de son état somatique et qu'il aurait subi un scanner trois mois auparavant.

Le Dr C._____, dans un rapport du 1^{er} décembre 2009, a observé que l'avis médical de la Dresse D._____ confirmait le fait que l'assuré ne présentait plus aucun signe d'atteinte psychiatrique incapacitante. Ainsi, en l'absence de péjoration de l'atteinte somatique, il a estimé qu'il existait une pleine exigibilité dans une activité adaptée depuis début 2008.

Selon communication du 16 avril 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré un droit à l'orientation professionnelle. Par courrier du 25 avril 2010, celui-ci a affirmé qu'il n'était pas en mesure de travailler et qu'une orientation professionnelle n'était dès lors pas nécessaire.

Il est ressorti d'un entretien oral entre l'assuré et un collaborateur de l'OAI du 1^{er} juillet 2010, que son médecin lui avait conseillé de se faire opérer pour ses douleurs au dos, mais qu'à la suite d'un bilan au Centre hospitalier Q._____, l'opération lui avait été

déconseillée. L'assuré a en outre expliqué qu'il ne se voyait pas travailler à 100% et qu'il ne savait pas ce qu'il pouvait exercer d'autre que le métier de chauffeur. A l'issue de cet entretien, l'assuré a accepté un stage d'évaluation et d'observation auprès du Centre L. _____ (ci-après: Centre L. _____) afin de vérifier son aptitude à être réadapté, évaluer sa capacité de gain et déterminer si des mesures professionnelles étaient envisageables.

L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle auprès du Centre L. _____ du 9 août 2010 au 3 septembre 2010. Selon le rapport du Centre L. _____ du 3 septembre 2010, l'assuré disposait d'une capacité de travail exploitable sur le marché économique ordinaire dans un emploi léger, pratique et alternant régulièrement les positions de travail. Le rendement moyen dans ce type d'activité se montait à 80% «dans les conditions facilitées de notre atelier (intramuros)». Dans des conditions du marché primaire de l'emploi (polyvalence requise, travaux lourds occasionnels, etc.), une adaptation du poste de travail était nécessaire. Le pronostic de réinsertion restait défavorable, l'assuré estimant qu'avec ses douleurs et ses limitations, il n'était plus réellement insérable sur le marché de l'emploi, perdant ainsi toute motivation.

Dans un courrier du 16 septembre 2010, le Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale et rattaché au Centre L. _____, a précisé qu'en pratique, dans un environnement stimulant et protégé, W. _____ devrait pouvoir exercer une activité légère et adaptée avec un rendement d'au moins 80%. Toutefois, la mise en pratique dans le circuit économique semblait impossible à envisager si l'assuré persistait dans son attitude d'opposition passive et sa représentation négative.

Dans son rapport final du 21 octobre 2010, l'OAI a considéré qu'étant donné que l'assuré ne s'estimait même pas capable de travailler à 50%, qu'il disposait d'une faible intégration linguistique, de capacités d'adaptation et d'apprentissage réduites et un faible bagage scolaire, une préparation à une activité industrielle légère d'une durée de trois à six mois pour l'aider à stabiliser son rendement ou des mesures plus

conséquentes afin de réduire son préjudice économique n'étaient pas envisageables. L'OAI a toutefois mentionné rester à disposition de l'assuré pour une aide au placement en cas de demande ultérieure.

F. Par projet de décision du 22 octobre 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il entendait supprimer le droit à la rente au motif qu'il avait recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, et qu'il ne présentait plus de limitations fonctionnelles au plan psychiatrique. L'OAI a retenu ce qui suit sous le titre «résultat de nos constatations»:

«Au mois d'août 2008, nous avons débuté la révision d'office de votre demi-rente.

Dans le questionnaire de révision, vous avez indiqué que votre état de santé était stationnaire.

Toutefois, sur la base des pièces médicales de votre dossier, notamment de l'examen clinique établi au Service Médical Régional le 29 octobre 2009, force est de constater que votre état de santé s'est amélioré et que dès le début 2008, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous, dans une activité légère (de type ouvrier en mécanique légère, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement léger, opérateur sur machines en milieu industriel ou encore dans la surveillance de machines en milieu industriel), respectant vos limitations fonctionnelles. D'un point de vue psychiatrique, vous ne présentez plus de limitations fonctionnelles.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu auquel vous auriez pu prétendre dans votre ancienne activité de chauffeur poids lourd en bonne santé, soit CHF 64'000.00 par an, avec le revenu réalisable dans une activité adaptée.

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'806.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'010.26 (CHF 4'806.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 60'123.06.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2,10%; La Vie économique, 10-2006, p. 91,

tableau B 10.2), puis de 2009 à 2010 (sans augmentation), on obtient un revenu annuel de CHF 61'385.64 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128V 174 consid. 4a).

[...]

Compte tenu de votre handicap et de votre âge, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 52'177.80.

Comparaison des revenus	
sans invalidité	CHF 64'000.00
avec invalidité	CHF 52'177.80
La perte de gain s'élève à	CHF 11'822.20 = un degré
d'invalidité de	18.47%

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteint. Notre décision est par conséquent la suivante:

La rente sera supprimée dès le premier jour du 2ème mois qui suit la notification de la décision.»

Par lettre du 3 novembre 2010, l'assuré s'est opposé à la suppression de rente affirmant qu'il n'était pas capable de travailler.

Par décision du 1^{er} décembre 2010, l'OAI a confirmé son projet et mis fin au versement de la demi-rente qui avait été allouée à l'assuré, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification.

G. Le 7 janvier 2011, W._____ a interjeté un recours de droit administratif contre la décision du 1^{er} décembre 2010 mettant fin à la demi-rente d'invalidité dont il était titulaire. Il conclut à l'annulation de la décision et au maintien de la rente, et demande qu'une expertise rhumatologique judiciaire soit ordonnée. Il soutient que son état s'est détérioré au plan rhumatologique et qu'aucune preuve du contraire n'a été apportée.

Le 7 mars 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

Dans sa réplique du 24 mars 2011, le recourant a maintenu ses conclusions.

Dans sa duplique du 13 avril 2011, l'OAI a confirmé ses conclusions.

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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Vu ce qui précède, la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon l'écriture du 7 janvier 2011 par W._____ contre la décision de suppression de demi-rente d'invalidité rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 1^{er} décembre 2010. Formé dans le délai légal de trente jours dès sa

notification, le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur la suppression du droit du recourant à une demi-rente d'invalidité par voie de révision, à compter du 1^{er} février 2011.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée conformément à l'art. 17 LPGA. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être

tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TFA I 408/05 du 18 août 2006, consid. 3.1 et les références). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 371 consid. 2b, 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110, voir également 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.1).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux ou des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2; 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi

examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2; I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.5; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3). Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils 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).

5. A ce stade, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision d'octroi d'une demi-rente du 7 juillet 2003.

a) Au plan somatique, le recourant allègue une aggravation de son état de santé. Il se réfère au rapport médical du Dr R. _____ du 11 septembre 2009, lequel mentionne une péjoration des sciatalgies gauches chroniques pour une hernie discale L4-L5, en 2009.

Le Dr T. _____ affirmait en 1999 que physiquement, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 100% (cf. rapport médical du 7 septembre 1999). Quant au Dr J. _____, il a considéré que la fibrose épidurale diagnostiquée ne jouait qu'un rôle modeste sur les lombosciatalgies et que dans une activité adaptée (chauffeur de camionnette pour des trajets de 30 minutes avec possibilité de charger et décharger des poids de maximum 15 kg), le recourant présentait une baisse de rendement de 40% (rapport médical du 6 août 2001). Les Drs Z. _____ et P. _____ ont également retenu que la fibrose épidurale était à considérer comme des plus discrètes; au plan somatique, la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles, autorisant l'alternance régulière (au moins 1x/h) de la position assise et debout, mais excluant le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg et les travaux effectués en porte-à-faux statique du tronc ou sur et avec des engins/véhicules vibrants. Ce dernier avis est le plus probant, le Dr J. _____ n'expliquant pas, notamment, pourquoi il fallait admettre une diminution de rendement de 40% dans une activité permettant l'alternance des positions.

En 2009, le Dr R. _____ a considéré que le recourant présentait une péjoration des sciatalgies gauches chroniques pour une hernie discale L4-L5. Toutefois, le Dr R. _____ n'explique pas en quoi la pathologie précitée se serait aggravée, le diagnostic demeurant identique à celui retenu dans ses derniers rapports médicaux (rapports des 19 décembre 1997 et 7 octobre 2004). Certes, il pose la question d'une éventuelle hémilaminectomie, dont l'indication a été toutefois écartée à la suite d'un scanner et d'un bilan au Centre hospitalier Q. _____ (rapport médical de la Dresse D. _____ du 9 novembre 2009, p. 2, et note sur l'entretien oral entre l'assuré et un collaborateur de l'OAI du 1^{er} juillet

2010). Le stage d'observation au Centre L. _____ en 2010 a permis de mettre en évidence une capacité d'exercer à 100% une activité légère et adaptée avec un rendement d'au moins 80% (rapport médical du Dr X. _____ du 16 septembre 2010). On doit en conclure, conformément aux constatations du Centre L. _____, que le recourant a présenté, dès la date du stage en été 2010, une capacité de travail d'au minimum 80% dans une activité adaptée. La question de l'octroi préalable d'une mesure d'ordre professionnel demeure réservée (consid. 7 ci-après).

b) Au plan psychiatrique, pour déterminer si l'état de santé du recourant s'était amélioré, l'intimé s'est fondé sur les conclusions du rapport de la Dresse D. _____ du 9 novembre 2009.

En 2001, les Drs Z. _____ et P. _____ avaient posé le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen chez une personnalité à traits narcissiques et dépendants. Ils avaient considéré, au niveau somatique, que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée, mais qu'en raison de troubles psychiatriques, sa capacité résiduelle était de 50% (cf. rapport du 23 janvier 2002).

La Dresse D. _____ a constaté, en 2009, que le syndrome dépressif récurrent moyen était en rémission complète et que ni ce diagnostic, ni celui de trouble de la personnalité à traits narcissiques et dépendants, non décompensé, n'avaient de répercussion sur la capacité de travail du recourant (cf. rapport du 9 novembre 2009). L'humeur du recourant est notamment qualifiée d'euthymique. La Dresse D. _____ a ainsi considéré qu'au niveau psychiatrique, la capacité de travail exigible du recourant était entière dans toute activité qui respectait les limitations fonctionnelles somatiques. Cette conclusion résulte d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de l'examen. Ce rapport ne constitue pas une simple appréciation différente d'un même état de fait, mais bien la démonstration que l'état de santé psychique de l'assuré s'est amélioré, ce qui d'ailleurs, n'est pas contesté par le recourant. Celui-ci déclare «qu'il est bien dans sa tête» par rapport à 2001 lorsqu'il présentait une

symptomatologie anxiodépressive. Cette amélioration lui a en outre permis une reprise de son activité professionnelle comme chauffeur poids lourd à 50%. De surcroît, les Drs R._____ et V._____ ne font pas mention de pathologie psychiatrique dans leurs rapports respectifs établis dans le cadre de la révision (rapports des 11 septembre 2009 et 23 septembre 2008). Corrobore également cette amélioration au plan psychiatrique, le fait que le recourant n'a eu recours à aucun suivi ou traitement psychiatrique, de type psychotrope. Dans ces circonstances, il convient d'admettre que l'état de santé psychique du recourant s'est amélioré dès la date du rapport établi par la Dresse D._____ au plus tard, soit dès novembre 2009.

6. a) A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après: ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est

nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

b) Le revenu d'invalidé constaté par l'intimé a été établi conformément à ce qui précède et ne prête pas flanc à la critique, sous réserve d'une adaptation pour tenir compte d'une capacité résiduelle de travail de 80%. Cette adaptation conduit à constater un revenu d'invalidé de 41'742 fr. 25 et donc un taux d'invalidité de 34.77%, arrondi à 35%. Il convient toutefois de préciser que ce revenu n'est pas accessible sans mesure d'ordre professionnel, conformément à ce qui suit.

7. a) Selon la jurisprudence, avant de réduire ou supprimer la rente par suite de révision ou de reconsidération, l'administration doit examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité, ou s'il est nécessaire, au préalable, de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée (en vertu de l'obligation de diminuer le dommage), lesquels priment sur le droit à des mesures de réadaptation, suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011, consid. 7.1.2.1; 9C_694/2010 du 23 février 2011, consid. 5.4; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010, consid. 4.2.2). Ainsi, le principe de la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage qui prime en règle générale le droit à des mesures de réadaptation (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011, consid. 7.1.2.1).

Dans ces conditions, lorsqu'il incombe à l'assuré de se réadapter par lui-même pour obtenir un revenu d'invalidé adéquat, l'administration peut procéder sans délai au calcul du taux d'invalidité, parce qu'il apparaît d'emblée que l'assuré n'a besoin d'aucune mesure de réadaptation, ou tout au plus d'une mesure d'aide au placement au sens de l'art. 18 LAI (TF 9C_694/2010 du 23 février 2011, consid. 5.1; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010, consid. 4.1.1; 9C_141/2009 du 5 octobre 2009, consid. 2.3.1).

Selon la jurisprudence, il existe toutefois, pour l'essentiel, deux situations où la valorisation de la capacité fonctionnelle de travail présuppose l'octroi préalable de mesures de réadaptation:

D'un point de vue médical, l'octroi d'une mesure de réadaptation peut constituer une condition sine qua non pour permettre à la personne assurée d'accroître sa capacité fonctionnelle de travail. Lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité de travail résiduelle médico-théorique, avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (TF 9C_694/2010 du 23 février 2011, consid. 5.3.1; 9C_141/2009 du 5 octobre 2009, consid. 2.3.1).

L'octroi d'une mesure de réadaptation peut également constituer une condition sine qua non d'un point de vue professionnel. En effet, dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées à l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesures d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1

LPGA, en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure, pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail, de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (TF 9C_694/2010 du 23 février 2010, consid. 5.3.2.2; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010, consid. 4.2.2).

Sur la base de ces règles générales, le Tribunal fédéral a encore précisé ce qui suit, dans un arrêt du 26 avril 2011: dans les cas où la réduction ou la suppression de la rente d'invalidité par révision ou reconsidération concerne un assuré qui est âgé de cinquante-cinq ans révolus - ce qui est le cas du recourant - ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans, l'administration doit d'abord examiner sérieusement l'opportunité de l'octroi de mesures de réadaptation (TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.3; 9C_254/2011 du 15 novembre 2011, consid. 7). Ensuite, elle doit prendre les mesures nécessaires à la réintégration de l'assuré dans le circuit économique, sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation et de la collaboration de l'intéressé. Ce n'est qu'à la suite de cet examen que l'autorité pourra statuer définitivement sur la révision de la rente d'invalidité (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011, consid. 7.2. in fine). Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision ou de la reconsidération, mais seulement qu'une réadaptation par soi-même n'est - sauf exception - pas objectivement concevable, en raison de leur âge ou de la longue durée pendant laquelle la rente a été perçue (TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.5).

b) Le recourant était âgé de plus de cinquante-cinq ans lors de la suppression de rente par voie de décision. En outre, il était au bénéfice d'une demi-rente depuis plus de quinze ans. Il a certes travaillé durant sa

carrière professionnelle auprès de plusieurs employeurs, mais pratiquement toujours en qualité de chauffeur poids lourd et n'a donc pas été confronté à un changement de profession. On ne saurait dès lors exiger qu'il reprenne une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sans pouvoir, au préalable, bénéficier de mesures d'ordre professionnel. Au terme du rapport du Centre L. _____ du 3 septembre 2010, les maîtres de stage ne concluaient d'ailleurs à une capacité de travail de 80% que «dans les conditions facilitées de notre atelier (intramuros)», et que dans des conditions primaires du marché de l'emploi, une adaptation du poste de travail serait nécessaire.

Il est vrai que l'assuré ne semblait guère disposé à entrer dans une véritable démarche de réinsertion professionnelle, dès lors qu'il contestait l'exigibilité d'une reprise de travail. Dans une telle situation, l'art. 21 al. 4 LPGA prévoit qu'une mise en demeure écrite doit être adressée à l'assuré pour l'avertir du fait qu'il risque de voir les prestations dont il bénéficie réduites ou supprimées s'il ne collabore pas aux mesures d'ordre professionnel proposées. Un délai doit lui être imparti pour se conformer à ses obligations. En l'espèce, l'OAI n'a pas procédé à cette mise en demeure, sans que soient réunies les conditions posées par l'art. 7b al. 2 LAI pour que l'on puisse y renoncer.

8. Vu ce qui précède, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en œuvre des mesures d'ordre professionnel en vue de réintégrer le recourant dans le circuit économique normal. Il lui appartiendra de mettre le recourant en demeure de collaborer, en l'avertissant des conséquences d'un refus. Ce n'est qu'à l'issue des mesures professionnelles ou, en cas de refus de collaborer, au terme du délai qui aura été imparti au recourant, que le droit à la rente pourra faire l'objet d'une révision.

9. 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 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

Vu l'issue du litige, les frais de procédure sont donc mis à la charge de l'intimé. Le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens arrêtés à 1'800 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 7 TFJAS [Tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 1^{er} décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il mette en œuvre des mesures d'ordre professionnel dans le sens des considérants, puis statue à nouveau sur le droit à la rente.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Graf (pour M. W. _____),
- 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 :