

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 mai 2011

---

Présidence de       Mme     THALMANN  
Juges     :       MM. Bonard et Pittet, assesseurs  
Greffière     :       Mme     Barman

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à Payerne, recourant, représenté par le Service juridique  
d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA**

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

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1957, est au bénéfice d'une formation professionnelle de serrurier. Dès son arrivée en Suisse en 1980, il a travaillé dans différents restaurants et auberges, avant d'être engagé, en décembre 1998, comme aide cuisinier au Home [...] à [...]. En incapacité de travail totale dès le 28 août 1999, il lui a été diagnostiqué la maladie de Hodgkin en septembre 1999. Il a été traité par une chimiothérapie de type ABVD jusqu'en février 2000, puis de type MINE au cours des mois de mars, avril et mai 2000, par une chimiothérapie d'intensification et réinfusion de cellules souches en juin 2000, et par de la radiothérapie externe au niveau du bulk médiastinal en août 2000.

L'assuré a déposé le 23 août 2000 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) tendant à l'octroi d'une rente. Sur la base des rapports médicaux du Centre pluridisciplinaire d'oncologie du CHUV, l'OAI lui a alloué une rente entière fondée sur un taux d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> août 2000. Dans sa décision du 10 juillet 2001, il a retenu que l'incapacité de gain et de travail était toujours totale dans la mesure où l'assuré suivait un traitement lourd et que la reprise d'une activité n'était pas envisageable pour l'instant.

**B.** Dans le cadre d'une première révision du droit à la rente en avril 2007, l'OAI a interpellé le médecin traitant, le Dr F. \_\_\_\_\_. Ce dernier a indiqué que l'état de santé de l'intéressé était stationnaire et a retenu les diagnostics suivants :

"Maladie de Hodgkin type sclérose nodulaire stade initial IIb - sept. 1999

Syndrome pulmonaire restrictif - env. 2002

Excès pondéral - avant 1999

Etat dépressif - octobre 2007

Syndrome de l'apnée du sommeil

Psoriasis cutané à minima - mai 2004"

Au terme du rapport du 29 février 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_ a mentionné ce qui suit :

**"Complément au rapport AI**

En résumé, la maladie de Hodgkin est en rémission depuis env. 2001, actuellement sans élément objectif suggérant une récurrence. Toutefois, les traitements très intensifs chimio- et radiothérapeutiques ont laissés des séquelles sous forme d'un syndrome pulmonaire restrictif et paralysie diaphragmatique droite postopératoire, une asthénie avec fatigue et fatigabilité accrues. Y contribue également le syndrome de l'apnée du sommeil et un état dépressif plurifactoriel.

Dans ces conditions, une réinsertion professionnelle peut être tentée mais s'annonce pour le moins compromise. Une activité sédentaire de type employé de bureau pourrait convenir à temps partiel (env. 50%)."

Le Dr G. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a rendu son avis médical le 25 août 2008. Rejoignant l'évaluation du Dr F. \_\_\_\_\_, il a admis que la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré était de 50% depuis janvier 2008. A titre de limitations, il a mentionné la fatigabilité et l'asthénie, précisant qu'une activité sédentaire était envisageable.

Dans son rapport initial et final du 18 mars 2009, la division de réadaptation de l'OAI a arrêté à 50%, dès le mois de janvier 2008, la capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 26 mars 2009, l'OAI a rendu un projet de décision indiquant notamment ce qui suit :

**"Résultat de nos constatations :**

Selon les renseignements médicaux en notre possession, une capacité de travail de 50 % est maintenant exigible dans une activité adaptée.

Vous avez donc été convoqué par notre service de réadaptation, en novembre 2008, qui vous a proposé de mettre en place un stage d'observation. Lors de cet entretien, vous nous avez fait savoir que vous étiez d'accord. Cependant, ce stage ne pouvait pas être débuté de suite pour des raisons familiales. Vous aviez convenu de nous contacter début 2009.

Toutefois, à ce jour, nous n'avons pas reçu de nouvelles de votre part. De plus, malgré nos divers courriers, téléphones et lettre recommandée, nous n'avons pas reçu aucune réponse de votre part.

Par conséquent, nous sommes contraints de statuer en l'état du dossier par une approche théorique de gain. Votre préjudice économique est estimé à 49 % selon le calcul ci-dessous.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalide (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

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 2006, CHF 4'732.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; 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 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.- x 41.7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 1.60 % ; + 2.07 %) La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'389.47 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 30'694.73 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La Jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de votre taux d'occupation réduit, un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 29'160.-.

Dans votre ancienne activité d'employé de cuisine et sans atteinte à la santé, vous auriez perçu en 2008 un revenu annuel de CHF 56'687.-.

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :**

sans invalidité	CHF	56'687.00			
avec invalidité	CHF	29'160.00			
La perte de gain s'élève à	CHF	27'527.00	=	un	degré
d'invalidité de 48.55 %					

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

La rente entière qui était versée jusqu'ici est remplacée par un quart de rente d'invalidité.

La réduction de la prestation sera effective dès le premier jour du 2e mois qui suit la notification de la présente décision (art. 88bis al. 2, let. a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI))."

Par décision du 2 juin 2009, l'OAI a confirmé le projet de décision et alloué à l'assuré un quart de rente d'invalidité, soit un montant de 352 francs.

**C.** M. \_\_\_\_\_ recourt céans contre cette décision par acte du 29 juin 2009, en concluant à son annulation et au maintien de la rente entière d'invalidité. En substance, il fait valoir que son état de santé ne s'étant pas amélioré, il n'existe aucun motif de révision. Il ajoute être "en phase de dépression psychiatrique" en raison de la maladie de sa mère et de son "divorce litigieux" et précise qu'à son retour - étant pour l'heure au Portugal, au chevet de sa mère - il prouvera que son état de santé justifie le maintien d'une rente entière. Dans des observations complémentaires déposées par son conseil le 24 septembre 2009, l'assuré relève que la décision contestée n'est fondée que sur le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 29 février 2008, dont les conclusions sont extrêmement réservées et ne constituent pas une base suffisante pour réviser la rente. En outre, il allègue que l'assurance avait l'intention de procéder à une évaluation professionnelle qui n'a pu être mise en œuvre en raison de son séjour au Portugal, ajoutant que l'intimé ne peut conclure à un manque de collaboration de sa part ni renoncer à mettre en œuvre une évaluation

professionnelle. Il argue finalement qu'en cas de maintien de la décision attaquée, un abattement de 15% au minimum doit être retenu, donnant ainsi droit à une demi-rente d'invalidité. Il conclut à la restitution de l'effet suspensif, à l'annulation de la décision attaquée et au maintien de la rente entière, subsidiairement au renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction et nouvelle décision, et subsidiairement également à ce que la décision soit réformée en ce sens qu'il lui soit alloué une demi-rente d'invalidité.

Le recourant joint à son écriture deux certificats médicaux des Drs R.\_\_\_\_\_, généraliste FMH et spécialiste en médecine psychosomatique SSMPP, et F.\_\_\_\_\_, du 25 août 2009, respectivement 15 septembre 2009. Le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré depuis le mois de juillet 2009, expose notamment ce qui suit :

"Le problème actuel qui touche l'état de santé de Monsieur M.\_\_\_\_\_ concerne principalement sa fatigue. Il ne s'est jamais remis depuis le traitement oncologique. De manière chronique il tousse et présente des problèmes de concentration, des troubles de mémoires ainsi que des céphalées. A cause des déboires de sa vie conjugale précédente avec un divorce qui a été prononcé en août 2008, il se trouve dans un état dépressif grave. Cet état est du principalement dû au fait que durant sa maladie son épouse a profité de sa faiblesse et l'a trompé avec d'autres hommes et a galvaudé tous ses avoirs. Actuellement il ne lui reste plus rien et son épouse lui a laissé des dettes importantes voir des poursuites importantes. Il a perdu toute envie de vivre et tout intérêt pour la suite. S'il est encore en vie c'est grâce à sa mère qui compte énormément sur son fils unique qui la soutient malgré ses conditions précaires.

D'autre part il ne faut pas non plus sous-estimer ses hernies discales qui se manifestent durant la journée et notamment lorsqu'il fait des travaux lourds. Il n'est même plus capable de faire des activités faciles, voire même la vaisselle et devant obligatoirement se reposer après le moindre travail.

Quant à son incapacité de travail je ne vois pas comment on pourrait lui demander de faire un travail qui dépasse le 30%."

Ne s'écartant guère du diagnostic posé précédemment, le Dr F.\_\_\_\_\_ mentionne ceci :

"Bien que son suivi régulier n'ait pas montré de récurrence, la maladie et les traitements intensifs ont laissé des séquelles sous forme d'une

hypothyroïdie, d'un syndrome pulmonaire restrictif avec paralysie diaphragmatique. En plus, un syndrome de l'apnée du sommeil, un excès pondéral et une hypercholestérolémie sont venus aggraver le tableau clinique.

Il est clair que les symptômes actuels, à savoir un état d'asthénie, une fatigue et fatigabilité au moindre effort et des problèmes de manque de souffle sont en rapport avec les maladies et traitements susmentionnés. Ces éléments auxquels s'ajoutent des déboires conjugaux et familiaux majeurs ont provoqué de surplus un état dépressif nécessitant un traitement continu.

Dans ces conditions, il est évident que ce tableau clinique complexe empêche le patient d'exercer une activité lucrative à un taux normal. Un travail adapté permettrait au plus une activité professionnelle que j'évalue entre 30% et 50% conformément à mes déclarations mentionnées dans mon rapport à l'attention de l'AI du 29.02.2008.

Aucune mesure médicale spécifique ne sera de nature à améliorer la capacité de travail en l'état."

Dans un avis médical du 25 novembre 2009, le SMR, par le Dr G.\_\_\_\_\_, se détermine comme suit sur les documents médicaux :

"Certificat du Dr R.\_\_\_\_\_, médecine générale, du 25.8.2009 : ce certificat confirme que la maladie oncologique est en rémission complète. Il mentionne un « état dépressif grave » consécutif à son divorce, et des hernies discales empêchant tout travail lourd, y compris la vaisselle. Il conclut à une capacité de travail résiduelle de 30%.

L'état dépressif n'est pas documenté ; le diagnostic n'est pas conforme à la nomenclature internationale ; le status n'est pas décrit ; nous ignorons quel traitement a été prescrit.

Depuis 2001, il n'a jamais été fait mention d'une pathologie discale. Cette pathologie est mentionnée à une seule reprise dans le rapport des Drs Ketterer et Canellini du CHUV qui retenaient une « probable compression radiculaire L4 gauche » traitée conservativement. A cet égard, nous n'avons jamais vu qu'une hernie discale empêche de faire la vaisselle.

Courrier du Dr F.\_\_\_\_\_ du 15.9.2009 : rappelle l'anamnèse de l'assuré, et la fatigabilité résiduelle. L'état dépressif est également mentionné. Il conclut à une capacité résiduelle de travail de 30-50% « conformément aux déclarations mentionnées dans le rapport à l'attention de l'AI du 29.2.2008 ». Ce rapport, rappelons-le, mentionnait une capacité de travail de 50%.

Les diagnostics sont en effet les mêmes que ceux figurant dans le rapport de février 2008. En l'absence d'aggravation de l'état de santé, on peine à comprendre les raisons justifiant une correction à la baisse de la capacité de travail.

En conclusion, nous considérons que le certificat du Dr R. \_\_\_\_\_ n'est pas probant. Quant au courrier du Dr F. \_\_\_\_\_, il ne contient pas d'élément permettant de remettre en cause sa première déclaration.

Il n'y a pas lieu de modifier notre position en l'état."

Le 18 décembre 2009, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, soutenant que le rapport médical du Dr F. \_\_\_\_\_ du 29 février 2008 décrit de manière claire une modification de la situation propre à entraîner la révision du droit à la rente. Il se rallie à l'analyse du SMR relative aux nouvelles pièces et indique que ces dernières ne contiennent aucun élément susceptible de remettre en cause le bien-fondé de sa décision. En outre, il précise que le manque de collaboration de l'assuré, à tout le moins l'absence de réponse aux nombreux courriers et le renvoi des lettres recommandées, ne permettait pas la mise en œuvre d'une évaluation professionnelle et, conformément au principe de la bonne foi, faute d'avoir pris les mesures nécessaires pour prendre connaissance des correspondances, l'assuré doit en supporter les conséquences. Se déterminant sur le taux d'abattement, l'intimé relève finalement que l'intéressé, né en 1957, au bénéfice d'un permis C et d'une expérience professionnelle depuis 1980 en Suisse, ne présente aucune limitation liée à l'âge, aux années de service et à la catégorie d'autorisation de séjour, et qu'il a été tenu compte des limitations fonctionnelles en tant que désavantage salarial dans le taux de capacité de travail réduit.

Par réplique du 26 janvier 2010, le recourant fait grief au Dr G. \_\_\_\_\_ d'avoir balayé son état dépressif "d'un revers de la main" et requiert un nouvel avis des Drs R. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_. Au demeurant, il prie la cour d'ordonner à l'intimé de documenter les courriers et lettres recommandées auxquelles il n'aurait pas donné suite. A titre subsidiaire, il se réserve le droit de développer ultérieurement le grief tiré de l'abus du pouvoir d'appréciation, dans la mesure où le taux d'abattement de 5% tel que retenu par l'office intimé a permis de fixer un degré d'invalidité inférieur de seulement 1% au degré ouvrant le droit à une demi-rente.

L'intimé maintient sa position dans sa duplique du 16 février 2010 et indique n'avoir aucun inconvénient à ce que les Drs R. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ soient interpellés par écrit afin de compléter leurs observations.

**D.** Dans le cadre de l'instruction du recours, les parties ont été invitées à déposer leur questionnaire pour les médecins susnommés.

Dans le rapport du 27 avril 2010, après avoir précisé que le patient ne s'est plus présenté à sa consultation depuis le 15 février 2009, le Dr F. \_\_\_\_\_ mentionne ce qui suit :

"La différence d'évaluation de la capacité de travail passant de 50% dans mon rapport du 29.02.2008 à 30-50% dans celui du 15.09.2009 est due à la persistance d'une symptomatologie résiduelle due aux traitements lourds (essentiellement chimio- et radiothérapie prolongées) que la maladie oncologique (maladie de Hodgkin) a nécessité durant de nombreux mois. Viennent s'ajouter aux séquelles des traitements des pathologies associées (hypothyroïdie, syndrome pulmonaire restrictif, syndrome de l'apnée du sommeil) contribuant également à une limitation supplémentaire de la capacité de travail, sans qu'un véritable nouvel élément médical ne soit intervenu à ma connaissance.

La teneur de mon rapport médical du 15.09.2009 est ainsi maintenue."

Le 30 avril 2010, le Dr R. \_\_\_\_\_ explique avoir face à lui un patient fortement déprimé, voire effondré, ne voyant plus de but dans sa vie et évoquant des idées suicidaires. Les symptômes psychiques sont également accompagnés de symptômes somatiques, à savoir une anhédonie, un manque d'intérêt pour autrui, des troubles du sommeil avec réveil matinal précoce et une diminution de la libido. Il constate des troubles mnésiques de plus en plus importants, raison pour laquelle il a adressé le patient au Service de Neuropsychologie du CHUV. Il se prononce sur la capacité de travail comme suit:

"6. Le problème concernant sa capacité de travail réside certainement dans le fait de ses problèmes du dos. Ceux-ci ont fait l'objet de différents traitements. Continuellement il doit faire attention à pas faire trop d'effort et surcharger son dos.

7. Il est clair que du point de vue de sa dépression celle-ci devrait pouvoir s'améliorer au fil du temps avec un traitement adéquat. Il

restera cependant très fragile. Compte tenu des problèmes du dos on peut s'imaginer qu'il pourrait effectuer un travail à environ 50%, sous condition qu'il n'y ait pas de récurrence de sa maladie cancéreuse.

Quant au problème des troubles de mémoires, je serai plus à même de vous répondre après le rendez-vous au CHUV."

Il résulte de l'avis médical établi le 25 mai suivant par le SMR que les pathologies en cause, de même que les traitements incriminés, sont identiques en 2008 et 2009. De plus, le Dr F. \_\_\_\_\_ n'explique toujours pas les raisons qui l'ont conduit à changer l'estimation de la capacité de travail du patient. Se prononçant sur l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_, le Dr G. \_\_\_\_\_ fait notamment remarquer que l'assuré n'a pas bénéficié d'un conseil psychiatrique, que le diagnostic selon la nomenclature internationale fait défaut, que le status psychiatrique décrit succinctement ne permet pas d'extrapoler une incapacité de travail et que l'intéressé présente désormais une capacité de travail de 50% - alors qu'elle était de 30% dans le rapport du 25 août 2009 - sans que cette amélioration ne soit justifiée. Il conclut comme suit:

"En résumé, force est de constater nombre d'imprécisions, voire d'incohérences dans les rapports précités. Nonobstant, une analyse synthétique des capacités de travail attestées montre que celles-ci passent de 50 à 30% pour l'un (Dr F. \_\_\_\_\_), et de 30 à 50% pour l'autre (Dr R. \_\_\_\_\_). L'OAI a retenu une exigibilité de 50%."

Le 7 juin 2010, l'OAI argue que les avis des Drs F. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ n'apportent aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position dans la mesure où ils comportent des imprécisions et incohérences.

Le 8 juin 2010, le recourant répond que ces avis sont cohérents entre eux, bien qu'ils ne recouvrent pas l'ensemble des atteintes dont il souffre. Il précise en outre souffrir de troubles de nature neurologique et/ou psychiatrique, de sorte que l'office intimé ne saurait lui faire grief d'un quelconque manque de collaboration, car il semblerait que ce manque soit un symptôme d'une problématique échappant à ce jour à la précision du diagnostic. Il conclut dès lors à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Le 11 juin 2010, le Prof. X.\_\_\_\_\_, chef du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation au CHUV, relève que l'examen neuropsychologique a mis en évidence une perturbation de la mémoire à court terme prédominant en modalité visuospatiale, des troubles mnésiques antérogrades verbaux sévères, un dysfonctionnement exécutif (ralentissement, difficultés de programmation et d'inhibition) ainsi que des troubles attentionnels (fluctuations, difficultés en attention divisée) chez un patient présentant des signes probables de la lignée anxio-dépressive. Au terme de son rapport, elle précise ce qui suit :

"Ces troubles sont de nature à diminuer la capacité de travail. Le taux d'activités exigible sera très vraisemblablement limité par une fatigabilité importante. Les troubles que nous avons constatés à notre évaluation sont de nature à diminuer significativement le rendement qui devrait se situer vers 40 à 50%, ceci pour une activité relativement simple. Donc si on admet un taux d'activité exigible vers 50%, la capacité de travail résiduelle devrait se situer entre 20 et 25%."

Elle recommande de faire procéder à une imagerie cérébrale, laquelle est normale selon les conclusions du rapport du 29 juin 2010 :

"IRM cérébrale normale. Pas de manifestation tumorale visualisée."

Le 29 septembre 2010, le recourant précise que l'absence de "manifestation tumorale visualisée" ne remet pas en question la réalité, la pertinence et l'impact des constatations du Prof. X.\_\_\_\_\_ exposées dans le rapport du 11 juin 2010; cette absence ne tend qu'à dénier toute origine oncologique aux troubles mnésiques sévères, à la dysfonction exécutive et aux troubles attentionnels observés par la neuropsychologue.

Le 12 octobre 2010, l'intimé confirme les conclusions du 2 mars 2010, relevant que l'IRM n'a révélé aucune manifestation tumorale visualisée.

## **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 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 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, 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), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cours des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par M. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 2 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son

ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Est litigieuse en l'espèce la réduction, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée, de la rente entière d'invalidité octroyée au recourant depuis le 1<sup>er</sup> août 2000 par décision du 10 juillet 2001.

**3. a)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

**b)** Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de

médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

**c)** De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I\_81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitant ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules

impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2; 123 V 175 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_671/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4).

**4. a)** L'intimé a fondé la décision initiale d'allocation de rente du 10 juillet 2001 sur les rapports médicaux du Centre pluridisciplinaire d'oncologie du CHUV. Les médecins ont diagnostiqué en septembre 2000 et mars 2001, en sus de la maladie de Hodgkin, un syndrome pulmonaire restrictif, une toux chronique, une paralysie diaphragmatique droite post-chirurgicale et un status après douleurs aiguës du membre inférieur gauche. Ils ont retenu un état de santé stationnaire, une capacité résiduelle de travail nulle dans l'activité habituelle et une capacité de travail non exigible en l'état actuel compte tenu de la maladie oncologique grave en rémission partielle avec d'importantes séquelles post-chimiothérapie et radiothérapie. En raison du traitement médical lourd et de l'impossibilité, pour l'heure, de reprendre une activité professionnelle, une rente entière d'invalidité a été allouée à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> août 2000.

Pour statuer sur la première révision du droit à la rente, l'intimé s'est fondé sur le rapport médical du 29 février 2008 du médecin traitant et sur l'avis du SMR du 25 août 2008. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a observé que la maladie de Hodgkin était en rémission depuis environ 2001 et que les traitements très intensifs chimio- et radiothérapeutiques avaient laissé des séquelles sous forme d'un syndrome pulmonaire restrictif et d'une paralysie diaphragmatique droite postopératoire, une asthénie avec fatigue et une fatigabilité accrue. Il a diagnostiqué également un syndrome de l'apnée du sommeil et un état dépressif plurifactoriel. Dans ces conditions, il a estimé que le patient était à même de travailler à temps partiel (environ 50%) dans une activité sédentaire de type employé de bureau.

Sur la base de ces observations, le SMR, par le Dr G.\_\_\_\_\_, a admis que l'assuré avait retrouvé une capacité de travail raisonnablement exigible à 50% dès le mois de janvier 2008, retenant comme limitations l'asthénie et la fatigabilité. Partant, l'OAI a décidé, le 26 mars 2009, de remplacer la rente entière allouée depuis août 2000 par un quart de rente d'invalidité - retenant un degré d'invalidité de 48.55% -, ce qu'elle a confirmé par décision du 2 juin 2009.

Le médecin traitant, dont l'avis est partagé par le SMR, corollairement l'OAI, ne démontre pas, de façon circonstanciée, que l'état de santé du recourant s'est amélioré et que les troubles constatés lors de l'examen permettent désormais d'exiger la reprise d'une activité professionnelle à temps partiel. En effet, les diagnostics posés par le Dr F.\_\_\_\_\_ en 2008 se recoupent avec ceux posés en 2000 et 2001 par le Centre pluridisciplinaire d'oncologie (syndrome pulmonaire restrictif et paralysie diaphragmatique droite postopératoire), alors que les conclusions diffèrent sans autre explication (capacité de travail non exigible pour le CHUV et capacité de travail à temps partiel pour le médecin traitant). Dans la mesure où il conclut à la reprise d'une activité professionnelle à 50%, le Dr F.\_\_\_\_\_ admet implicitement une amélioration de l'état de santé du patient, bien qu'il relève de nouvelles séquelles : une asthénie avec fatigue et une fatigabilité accrue. Force est de constater que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont lacunaires et qu'il apparaît difficile d'appréhender, sur la base de ce seul avis, la modification de la capacité de travail du recourant.

Il sied dès lors d'examiner si les rapports médicaux déposés dans le cadre de la procédure de recours sont à même de justifier le maintien de la position de l'intimé et, corollairement, de confirmer la décision attaquée.

**b)** Le 25 août 2009, le Dr R.\_\_\_\_\_, généraliste FMH et spécialiste en médecine psychosomatique SSMPP, observe des problèmes de concentration et des troubles mnésiques. Il diagnostique un état dépressif grave, conséquence des déboires de sa vie conjugale et

familiale, sans toutefois décrire le status psychiatrique ni l'influence sur la capacité de travail. Il rappelle que le patient souffre de hernies discales l'empêchant "de faire des activités faciles, voire même la vaisselle". Sans mentionner les activités raisonnablement exigibles et les limitations imposées, il estime la capacité de travail de l'intéressé à un taux ne dépassant pas 30%. Huit mois plus tard, le 30 avril 2010, le Dr R. \_\_\_\_\_ évalue à 50% la capacité de travail de l'assuré en raison des douleurs dorsales, passant - à nouveau - outre les limitations fonctionnelles qu'elles engendrent. Bien qu'il soit mentionné que le patient est fortement déprimé, ne voit plus de but dans sa vie, évoque des idées suicidaires, souffre d'une anhédonie, d'un manque d'intérêt pour autrui et de troubles du sommeil, l'état dépressif semble n'avoir aucune incidence sur la capacité de travail ("Le problème concernant sa capacité de travail réside certainement dans le fait de ses problèmes de dos", "Compte tenu de ses problèmes de dos on peut s'imaginer qu'il pourrait effectuer un travail à environ 50%", cf. rapport du 30 avril 2010 pt 6 et 7).

Dans son rapport du 15 septembre 2009, le Dr F. \_\_\_\_\_ pose le même diagnostic que le 29 février 2008 (syndrome pulmonaire restrictif, paralysie diaphragmatique, asthénie, fatigabilité, syndrome de l'apnée du sommeil, état dépressif) auquel s'ajoutent une hypothyroïdie, un excès pondéral et une hypercholestérolémie. Il estime que ce tableau clinique complexe empêche le patient d'exercer une activité lucrative à un taux normal et évalue entre 30% et 50% la capacité de travail du patient dans une activité adaptée, sans exposer les limitations rencontrées ni les activités raisonnablement exigibles. Le 27 avril 2010, il justifie la différence d'évaluation - 50% d'incapacité de travail en février 2008 et 30% à 50% en septembre 2009 - par la persistance d'une symptomatologie résiduelle due aux traitements lourds (essentiellement chimio- et radiothérapie prolongées) que la maladie de Hodgkin a nécessité durant de nombreux mois, ainsi que des pathologies associées (hypothyroïdie, syndrome pulmonaire restrictif, syndrome de l'apnée du sommeil) contribuant à une limitation supplémentaire de la capacité de travail. Or, l'on constate que la symptomatologie résiduelle due aux traitements de chimio- et radiothérapie ainsi que les pathologies associées

sont énoncées dans les rapports du Dr F.\_\_\_\_\_; rien ne laisse supposer qu'il n'en ait pas tenu compte précédemment pour évaluer la capacité de travail. Par ailleurs, le médecin confirme, au terme du rapport du 27 avril 2010, qu'aucun nouvel élément médical n'est apparu dans l'intervalle. Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que la motivation relative à la diminution de 20% de la capacité de travail fait défaut.

Examinant tour à tour les rapports du Dr R.\_\_\_\_ (25 août 2009 et 30 avril 2010) et ceux du Dr F.\_\_\_\_ (15 septembre 2009 et 27 avril 2010), le SMR, par le Dr G.\_\_\_\_, a dénié toute valeur probante suffisante aux premiers et a constaté l'absence de précisions chez les seconds. Il a considéré que l'ensemble de ces rapports comportaient un certain nombre d'imprécisions, voire d'incohérences, et des indications contradictoires. Analysant synthétiquement les capacités de travail attestées, il a retenu que celles-ci passaient de 50% à 30% pour le Dr F.\_\_\_\_ et de 30% à 50% pour le Dr R.\_\_\_\_. En dépit de ces constatations, le Dr G.\_\_\_\_ a accordé pleine valeur probante au rapport du 29 février 2008 du Dr F.\_\_\_\_, motif pris qu'aucun élément ne permettait de remettre en cause la première appréciation du médecin traitant.

Dans la continuité des observations du Dr R.\_\_\_\_, seul médecin à diagnostiquer des problèmes de concentration et des troubles mnésiques, une évaluation neuropsychologique a été réalisée le 7 juin 2010. Le Prof. X.\_\_\_\_, chef du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation au CHUV, a décelé des troubles mnésiques sévères, une dysfonction exécutive et des troubles attentionnels. Elle a admis que pour une activité relativement simple au taux exigible de 50%, la capacité de travail résiduelle devait se situer entre 20 et 25%. *A contrario*, l'imagerie cérébrale réalisée le 29 juin 2010 s'est révélée normale, sans manifestation tumorale visualisée. La cour ne saurait dès lors se prononcer sur les troubles neurologiques du recourant, dans la mesure où un doute subsiste quant à leur existence.

**c)** En conclusion, les Dr F.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ s'accordent à dire que la maladie de Hodgkin est en rémission depuis 2001 et retiennent unanimement les symptômes de fatigabilité et d'asthénie. Cependant, leurs avis diffèrent sur les séquelles de la maladie oncologique, sur certains symptômes apparus ultérieurement et, particulièrement, sur la capacité de travail raisonnablement exigible. A tour de rôle, les médecins traitant évaluent cette dernière entre 30 et 50% sans démontrer, de façon circonstanciée, l'amélioration ou la dégradation de l'état de santé du recourant, alors que le Prof. X.\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail résiduelle se situant entre 20 et 25% en raison de problèmes neuropsychologiques. Au demeurant, les médecins font abstraction des limitations fonctionnelles du recourant et ne décrivent nullement les activités dans lesquelles ce dernier peut encore œuvrer. Il en est de même concernant l'état dépressif grave tel que diagnostiqué par les Drs F.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, dans la mesure où le patient n'a pas bénéficié d'un consilium psychiatrique et que les conséquences sur la capacité de travail n'ont jamais été explicitées. Force est dès lors de reconnaître que la motivation exposée dans les rapports médicaux au fil des trois dernières années ne saurait emporter la conviction de la Cour.

**d)** A l'aune de ce qui précède, la Cour ne saurait se rallier à l'avis de l'OAI selon lequel le recourant présente une capacité de travail raisonnablement exigible de 50%. L'avis du SMR à ce sujet est fondé sur des rapports médicaux comportant des imprécisions et incohérences, de sorte que l'estimation qui en découle ne peut être considérée comme pleinement probante. L'état de santé du recourant s'est certes modifié depuis l'évaluation de 2001 ayant conduit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité mais au vu des conclusions médicales insuffisamment motivées, il est impossible, en l'état, de déterminer l'impact des séquelles et symptômes actuels sur la capacité de travail du recourant. Ne pouvant statuer sur la base du dossier, il convient de renvoyer la cause à l'OAI pour compléments d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire portant sur les diverses affections dont est atteint le recourant, sur les plans somatique et psychiatrique.

**5.** L'admission du recours entraîne l'annulation de la décision attaquée. Il convient de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle décision, après instruction complémentaire au sens des considérants (cf. art. 90 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Cette solution est plus expédiente que la mise en œuvre, par le tribunal, d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire. Il incombe en effet au premier chef aux offices AI d'évaluer l'invalidité en mettant en œuvre d'office toutes les mesures d'instruction nécessaires (cf. art. 57 al. 1 let. e et f LAI).

**6.** Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 52 LPA-VD).

Le recourant obtient gain de cause dans la mesure où la décision attaquée est annulée. Assisté par un avocat, employé d'une organisation d'aide aux invalides, il a donc droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 consid. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 2 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

**IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Service juridique d'Intégration Handicap (pour M. \_\_\_\_\_)
- 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 :