

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 décembre 2016

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Gutmann et Riesen, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

N._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 et 44 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, père de trois enfants (nés en 1991, 2003 et 2006), sans formation professionnelle, travaillait en qualité de chauffeur auprès de l'entreprise [...].

Le 18 octobre 1994, il s'est cogné sur une vitre qui s'est brisée, ce qui a provoqué une lésion de son membre supérieur droit, soit une section de l'artère ulnaire, du nerf ulnaire et du tendon du FCU (flexor carpi ulnaris) à l'entrée du canal de Guyon. Le cas a été pris en charge par l'assurance-accidents [...].

Le 2 novembre 1995, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le 8 février 1996, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que, de nationalité marocaine et séjournant en Suisse depuis le 12 octobre 1990, il ne comptait ni dix années de cotisations, ni quinze années ininterrompues de domicile en Suisse, conditions alternatives du droit aux prestations.

Le 27 novembre 1996, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans un rapport médical du 25 mars 1997, les Drs F. _____ et Z. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistant à la Policlinique [...], à Lausanne, ont retenu sur le plan psychiatriques les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de troubles schizotypiques. Ils mentionnaient par ailleurs sur le plan somatique les diagnostics de status après gastrectomie des deux tiers pour adénocarcinome gastrique en 1992, de status après libération de brides volvulus du grêle en 1994 et de status après accident du membre

supérieur droit avec lésions neurologiques séquellaires en 1994. Ces médecins précisait notamment ce qui suit :

« Il s'agit d'un patient en situation de crise de longue date, en rapport avec des problèmes somatiques, familiaux et professionnels [...]. Son discours est focalisé sur sa symptomatologie somatique qui frappe par moments par son aspect hypocondriaque délirant. Outre une symptomatologie dépressive sévère, le patient évoque également un important vécu persécutoire. Il montre des affects inappropriés, un retrait social important, une méfiance et il exprime des perceptions inhabituelles, comme l'impression d'avoir les cheveux qui gonflent. Tableau compatible avec un trouble schizotypique. Ce patient semble se défendre d'une décompensation psychotique grave par un comportement d'une part masochique tout-puissant et d'autre part à travers son corps malade. Ainsi, il a trouvé un équilibre très fragile sur le plan psychique.

Compte tenu du diagnostic sur le plan psychiatrique, son incapacité de travail s'évalue à 100 % depuis le début de son suivi dans notre policlinique, c'est-à-dire le 14 octobre 1996. Il est difficile d'évaluer a posteriori le degré de sa capacité de travail avant cette date, mais nous pensons qu'une décompensation s'est faite progressivement depuis sa première opération gastrique en 1992. La reprise d'une activité professionnelle nous paraît difficilement envisageable, sans risque de péjoration de son état dépressif et de sa symptomatologie délirante hypocondriaque. »

Dans l'anamnèse, les Drs F._____ et Z._____ relevaient, concernant le trouble gastrique, que l'assuré avait été opéré en 1992, avec persistance d'une symptomatologie invalidante compatible avec un « dumping syndrom ». La nouvelle opération effectuée deux ans plus tard n'avait pas permis d'améliorer la symptomatologie de dumping syndrome.

Dans un rapport médical du 9 avril 1997, le Dr O._____, médecin traitant de l'assuré, indiquait une incapacité de travail de 100 % depuis 1994. Il retenait les diagnostics d'anémie normocytaire normochrome, d'état anxio-dépressif, de syndrome de Barrett probable, de status 4 ans après opération au Maroc pour un volvulus du Grêle, de status 5 ans après gastrectomie subtotale pour adénocarcinome superficiel de l'estomac, et mentionnait une opération de la main droite au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Il relevait des douleurs épigastriques et periombilicales, sous forme de crampes, parfois associées à des nausées et des vomissements, une asthénie, un pyrosis et un appétit diminué. Selon ce médecin, la capacité de travail ne pouvait pas

être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

Dans un rapport médical du 4 juin 1997, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, médecin ayant traité l'atteinte à la main droite de l'assuré du 25 août 1995 au 19 novembre 1995, retenait une incapacité de travail de 50 % dès le 16 octobre 1995, de 20 % dès le 4 décembre 1995 et de 0 % dès le 1^{er} janvier 1996.

Par décision du 21 août 1997, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} janvier 1997, retenant pour l'infirmité le code 644, soit « autres psychoses (cas rares qui ne peuvent pas se ranger sous 641 à 643 ou 841 à 843, tels que psychoses mixtes dites psychoses schizo-affectives, schizophrénie chez l'oligophrène) ; dépressions involutives », et pour l'atteinte fonctionnelle le code 91, soit « atteintes fonctionnelles combinées d'ordre mental, psychique et physique » (cf. Code pour la statistique des infirmités et des prestations, valable dès le 1^{er} janvier 2009, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} juillet 2016, édité par l'Office fédéral des assurances sociales).

b) L'OAI a initié d'office une première révision de la rente le 1^{er} octobre 1998.

Dans un rapport médical du 27 novembre 1998, le Dr O._____ rapportait une évolution stationnaire de l'état de santé de son patient. Il mentionnait les mêmes diagnostics que retenus précédemment, et relevait des douleurs épigastriques avec nausées et vomissements épisodiques, symptomatologie due à un gastre de petite taille. Il précisait que la diététique après gastrectomie n'était pas suivie régulièrement.

Par communication du 10 décembre 1998, l'OAI a informé l'assuré du maintien de sa rente sans changement.

c) Par courrier du 8 décembre 2000 à l'Agence communale d'assurances sociales, l'assuré a fait part de sa volonté de tenter provisoirement une reprise d'activité à 50 % dès janvier 2001.

L'assuré a repris une activité à 50 % en qualité de chauffeur-livreur auprès de l'Imprimerie K. _____ dès le 1^{er} juin 2001.

Dans un rapport médical du 30 janvier 2002, le Dr O. _____ a déclaré que le travail exercé par l'assuré était bien adapté à son état de santé, avec de temps à autre des arrêts de trois jours, sans certificat. Depuis la reprise, une incapacité de travail de deux semaines avait été octroyée. L'assuré ne travaillait pas en-dessus de ses forces. L'état était stationnaire. La capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. L'activité exercée était exigible à 50 %. Il mentionnait à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif, tandis que les diagnostics somatiques retenus jusqu'alors étaient mentionnés dans la rubrique des diagnostics sans effet sur la capacité de travail.

Dans un rapport du 14 juillet 2003, le Dr O. _____ observait à nouveau que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il ne travaillait pas au-dessus de ses forces. Son activité actuelle était bien adaptée à son état de santé, dans la mesure où il n'y avait pas de pression de l'employeur. Depuis son dernier rapport, aucune incapacité de travail n'avait été octroyée. Seuls les diagnostics somatiques étaient mentionnés, dans la rubrique des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.

Par communication du 4 août 2003 et au motif de la reprise d'activité professionnelle, l'OAI a informé l'assuré de la réduction prochaine des prestations à une demi-rente d'invalidité. Une décision en ce sens a été rendue le 8 septembre 2003, avec effet au 1^{er} octobre 2003.

d) Une deuxième révision d'office du droit à la rente a été initiée le 11 septembre 2003.

Dans un avis médical du 9 octobre 2003, le Dr C._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a émis le constat suivant :

« Assuré au bénéfice d'une rente entière depuis janvier 1997 pour raison psychiatrique (rapport psychiatrique convaincant du 25.03.1997, avec diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et troubles schizotypiques). Au fil des années et des révisions l'épisode dépressif a encore été mentionné jusqu'en janvier 2002. Sur le dernier rapport du 14.07.2003 ce diagnostic ne figure plus.

L'assuré a repris une activité lucrative à 50 % comme chauffeur-livreur à partir de janvier (ou juin ?) 2001. Ses gains réalisés nécessitent une adaptation des prestations qui entrera en vigueur en octobre 2003.

A juste titre on peut se demander si cet assuré ne pouvait pas travailler davantage.

Toutefois, les antécédents psychiatriques ne sont pas négligeables, et une surstimulation pourrait provoquer une décompensation.

J'ai posé cette question au médecin traitant, le Dr O._____, qui m'a indiqué que la situation est stable et que l'assuré arrive à travailler à 50 %, avec quelques absences pour somatisations. Il estime également qu'une surstimulation pourrait compromettre l'évolution.

Après avoir initialement opté pour un examen psychiatrique d'emblée, nous avons discuté ce cas au SMR (VIN, LER) et retenons la capacité de travail de 50 %, avec adaptation des prestations comme prévu et révision dans une année. »

e) Une troisième révision a été initiée d'office le 9 novembre 2004.

Dans un rapport médical du 4 février 2005, le Dr O._____ retenait les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de lombalgies et de céphalées tensionnelles, existant depuis 2003. Les diagnostics retenus précédemment, soit hypotension orthostatique, status après opération pour un volvulus du grêle, status après gastrectomie subtotale pour adénocarcinome superficiel à l'estomac et opération de la main droite, étaient cités dans la catégorie des diagnostics sans

répercussion sur la capacité de travail. Le Dr O._____ précisait notamment que depuis le mois d'octobre 2004, l'assuré présentait des douleurs abdominales de types brûlures, accompagnées de nausées, sans vomissement. Malgré la prescription de Nexium, la symptomatologie ne s'était que partiellement améliorée. Le patient se plaignait de céphalées diffuses et constantes ainsi que de lombalgies survenant au milieu de la journée, l'obligeant à s'asseoir. L'activité habituelle était toujours exigible à 50 %.

Dans un avis médical du 5 juillet 2005, le Dr P._____, du SMR, a exposé ce qui suit :

« [...] Actuellement, le rapport du Dr O._____ fait apparaître des problèmes somatiques sous la forme d'une part de lombalgies obligeant le patient à s'asseoir et de céphalées de tension constantes, affections psychosomatiques reflétant la pathologie psychiatrique sous-jacente, et d'autre part de brûlures abdominales directement avec un œsophage de Barrett, précancérose dont la surveillance représente une menace permanente chez ce patient à la structure psychotique. Si ces problèmes somatiques ne constituent pas en eux-même une affection invalidante au sens de l'AI [assurance-invalidité], leur présence témoigne d'une situation tendue qu'on imagine limite sur le plan de la tolérance psychique pour un tel type de structure psychique. Il ne peut dans ces conditions augmenter son travail de livreur chez K._____ sans se faire violence. Une telle surstimulation et ses effets délétères sur l'évolution, comme précédemment décrite dans l'avis médical du SMR Léman du 9.10.2003 garde toute sa valeur : le risque d'une invalidité accrue serait alors conséquent.

Il faut considérer la situation actuelle comme répondant aux critères d'exigibilité de l'AI qui stipule que l'assuré doit faire tout ce qui est son pouvoir pour survenir [sic] à ses besoins.

Il y a lieu de considérer que l'IT [incapacité de travail] de 50 % est pleinement justifiée. »

Par communication du 12 juillet 2005, l'OAI a informé l'assuré de son droit à la rente d'invalidité sans modification.

A la fin de l'année 2006, l'assuré a cessé son activité auprès de l'imprimerie K._____, et s'est inscrit comme personne de condition indépendante dans le domaine de la vente de denrées alimentaires (cf. notamment extrait de compte individuel de l'assuré indexé au dossier de l'OAI le 24 juillet 2009).

f) Une quatrième révision a été initiée d'office par l'OAI le 20 juillet 2009.

Dans un rapport médical du 9 novembre 2009, le Dr O. _____ retenait les diagnostics de céphalées tensionnelles, lombosacralgies, anémie avec ferritine effondrée ainsi qu'une hypovitaminose B12, un état anxieux, une gonalgie droite, ainsi que les status après opération pour volvulus et gastrectomie, sans préciser s'ils étaient avec ou sans répercussions sur la capacité de travail. Les symptômes actuels étaient une pâleur plus ou moins nette, une dyspnée, des palpitations, une tachycardie, une anorexie, des vomissements et diarrhée. S'y ajoutait une faiblesse extrême, des vertiges, des céphalées, des bourdonnements d'oreille et une tendance aux syncopes. Le pronostic était réservé. L'assuré présentait une incapacité de travail du 1^{er} avril 2008 au 31 mai 2008. Depuis le 1^{er} août 2009, l'assuré n'arrivait plus à exercer le métier de marchand en raison des vertiges et syncopes. L'activité exercée était exigible au maximum à 30 % depuis janvier 2010. L'assuré ne pouvait pas exercer des activités uniquement en position debout, dans différentes positions, principalement en marchant, il ne pouvait pas se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, s'accroupir, effectuer des rotations en position assise ou debout, soulever/porter, monter sur une échelle ou un échafaudage. Sa capacité de résistance était limitée.

Il ressort d'un entretien entre l'assuré et l'OAI du 22 mars 2011, ce qui suit :

« Assuré convoqué ce jour à 9 heure pour un entretien dans nos locaux. Il est venu en train.

Nous le questionnons sur son état de santé. Il a des vertiges et fait encore des injections de fer. Il a rendez-vous aujourd'hui pour une prise de sang. Son médecin traitant, le Dr O. _____, le reçoit sans rendez-vous ; il s'y rend vingt à trente fois par année dont six à dix fois pour ses injections. Nous le questionnons sur sa médication. Il nous dit prendre des Dafalgan, des injections de fer et des gouttes « Effort ». Il n'a pas supporté le vaccin contre la grippe. Il nous signale que s'il ne mange pas, il va bien mais qu'au contraire s'il mange, il se sent mal. Il nous fait également remarquer que depuis

la dernière opération à l'estomac, son état de santé ne s'améliore pas.

M. N. _____ nous dit qu'il était indépendant dans le domaine du transport. Il avait un camion en leasing pour faire des déménagements entre la Suisse et le Maroc. Il voulait également faire quelques marchés à Lausanne. Il porte à notre connaissance quelques mésaventures qui lui sont arrivées ; il a fait, durant ses transports, 3 accidents à cause de ses vertiges. Il effectuait environ deux aller-retour par mois pour ces déménagements avec son fourgon. La majeure partie du temps, il roulait à perte car il facturait CHF 2.- le kilogramme et qu'à cause des accidents et des autres problèmes, il n'était pas gagnant dans l'affaire.
[...]

En ce qui concerne [s]es occupations, il va de temps à autre chercher des livres à la Mosquée mais il n'est pas un fidèle pratiquant. Après les repas, il se repose. Généralement, il n'a pas d'heures fixes pour le réveil. A propos du sommeil, il nous fait remarquer que cela fait 5 ou 6 mois qu'il ne prend plus de médicaments pour dormir. Sinon, le reste de la journée, il accompagne ses enfants à l'école, regarde la télévision ou sort marcher de temps en temps. Il nous dit qu'il a encore des contacts sociaux.

Il revient sur sa santé et nous indique qu'il fume 1 paquet de cigarette par jour, parfois plus. Il nous dit que si son état de santé le lui permettait, il serait motivé à reprendre une activité ou alors trouver un travail qui correspondrait aux limitations de son atteinte actuelle. Il aimerait trouver un travail à 50 % mais il ne sait pas si son patron le supporterait. M. N. _____ nous fait remarquer qu'il devrait aller travailler à jeun, sinon il irait mal et il y aurait trop de risques d'échecs.
[...] »

Dans une communication interne du 9 mai 2011, le Service de Lutte contre la Fraude à l'Assurance de l'OAI a observé ce qui suit :

« [...] Divers éléments en notre possession faisaient état d'une possible activité menée par notre assuré. Aucune information sur ce sujet ne figure dans le présent dossier. Les divers contrôles effectués ne permettent ni de confirmer, ni d'infirmer les faits cités en début de paragraphe.

Rencontré courant mars 2011, notre assuré explique avoir mené une activité de déménageur entre la Suisse et le Maroc, principalement courant 2009. Il effectuait deux déplacements par mois environ avec, assez fréquemment, des accidents de la route dus principalement à ses soucis de santé et autres soucis de transports. La majeure partie du temps, ses déplacements se sont soldés par une perte d'argent ou alors un très faible revenu à la clé. Ces faits ainsi que son atteinte à sa santé l'ont contraint à abandonner cette activité. La camionnette utilisée pour ce commerce a d'ailleurs été revendue, courant Ce véhicule appartenait à son épouse, laquelle

détenait une société de service traiteur/vente d'objets marocains qui a été mise en faillite récemment.

Lors du présent entretien, M. N. _____ nous a fait part de sa motivation à retrouver une activité à 50 %, adaptée à son état de santé. Sur le sujet, il exprime toutefois certaines craintes à pouvoir répondre aux exigences et attentes d'un patron.

Vu ce qui précède, nous laissons le soin de poursuivre et terminer la révision en cours. Au terme de celle-ci nous vous suggérons de transmettre le présent dossier au Service concerné afin d'évaluer le bien-fondé d'une aide au placement (selon art. 18 LAI) pour un assuré ayant certes une santé précaire mais étant encore motivé à reprendre une activité.

Notre intervention ne se justifiant plus, nous clôturons ce cas. »

Dans un rapport médical du 23 mai 2011, le Dr O. _____ observait une évolution stationnaire depuis 2009. Les plaintes du patient étaient en revanche multiples, en premier lieu une fatigue chronique en dépit d'un traitement. Elle était associée à d'importants troubles du sommeil occasionnés par des lombosciatalgies non déficitaires qui l'empêchaient de porter des charges lourdes. La marche se révélait parfois pénible. En cas d'exacerbation des lombalgies, il décrivait des symptômes de paralysie l'empêchant de se déplacer. Il se plaignait également de douleurs abdominales (perturbation de la vidange gastrique et intestinale), malgré l'application des principales règles diététiques après gastrectomie. Le patient semblait triste avec un état général moyen. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : possibilité d'alterner la position assise et debout deux à trois fois par heure, absence de port de charge supérieure à 5 kg. Il mentionnait sur le plan psychique de la tristesse, des troubles du sommeil, de la fatigue et de l'angoisse. La capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était nulle.

Dans un avis médical du 10 juin 2011, le Dr S. _____, du SMR, a observé ce qui suit :

« Il convient de rappeler que l'octroi de la rente était initialement motivé par une atteinte psychiatrique apparemment grave.

En 2003, l'assuré a repris une activité à 50 % malgré la présence de plusieurs pathologies somatiques. On en déduit que l'état de santé psychique s'était amélioré.

Dans la révision en cours, l'assuré se déclare aggravé depuis juillet 2009. Il dit que sa capacité de travail comme marchand indépendant est nulle.

Son médecin traitant fait état de céphalées tensionnelles, d'une anémie, d'hypotension orthostatique, de gonalgies droites et d'un état anxieux. A cet égard, on ne peut qu'être frappé par ce dernier diagnostic, qui succède à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques sur troubles schizotypiques. On observe que le traitement médicamenteux ne comporte ni antidépresseur ni neuroleptique. Le Dr O._____ atteste alors une incapacité de travail de 70 % depuis janvier 2010 en tant que marchand en raison de vertiges et de syncopes.

Dans un rapport de mai 2011, le même praticien écrit que l'état de santé est stationnaire. L'assuré se plaint de fatigue, associée à des troubles du sommeil dûs aux lombalgies et à des douleurs abdominales. La thymie semblerait abaissée.

Au vu de ce qui précède, il faut se demander si l'assuré bénéficie encore d'un suivi psychiatrique. Dans le cas contraire, il serait intéressant de savoir pourquoi la prise en charge a été interrompue.

Je vous remercie de compléter l'instruction dans le sens indiqué. ».

Sur un questionnaire préformé édité par l'OAI le 15 juin 2011, l'assuré a indiqué qu'il n'était plus suivi par un médecin spécialiste en psychiatrie.

Il ressort d'une note interne de l'OAI du 1^{er} septembre 2011, que l'assuré avait déclaré à l'occasion d'un entretien téléphonique, que son psychiatre traitant l'avait réadressé à son médecin traitant, la thérapie n'étant plus nécessaire.

Par avis médical du 7 septembre 2011, le Dr S._____ a exposé ce qui suit :

« L'évolution de l'assuré est loin d'être claire. L'atteinte psychiatrique initiale s'est apparemment améliorée une première fois en 2003. Actuellement l'assuré n'a plus de prise en charge spécialisée ni traitement médicamenteux psycho-actif. Tout porte à croire que l'assuré ne présente plus de maladie psychique incapacitante.

On peine à comprendre que la fatigue chronique, les lombalgies, les troubles du sommeil et les douleurs abdominales justifient une incapacité totale dans toute activité.

Dans ces conditions, je propose de demander une expertise de médecine interne au Dr H._____, spécialiste FMH, [...], qui nous donnera une image synthétique des limitations fonctionnelles somatiques. »

Par communication du 14 septembre 2011, l'OAI a informé l'assuré de la nécessité d'une évaluation médicale, en l'espèce auprès du Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale.

Le Dr H._____ a rendu un rapport d'expertise le 14 décembre 2011, sur la base d'un entretien avec l'assuré et d'un examen clinique du 2 décembre 2011 et du dossier médical de l'expertisé. On extrait de ce rapport ce qui suit :

« 6 Appréciation du cas et pronostic
[...]

Dans le cadre d'une révision en cours, M. N._____ annonce que sa situation s'est aggravée depuis juillet 2009, sans cependant que l'on puisse en comprendre les raisons.

Enfin, le médecin traitant, le Dr O._____, atteste une incapacité de travail de 70 % depuis janvier 2010 en raison de vertiges et de syncopes.
[...]

6.2 *Situation actuelle*

M. N._____ se remet favorablement des suites de l'arthroscopie du genou gauche. Il va débiter un traitement de physiothérapie afin de retrouver toute sa mobilité puisqu'il persiste actuellement un petit flexum et une tuméfaction résiduelle.

Les plaintes sont actuellement concentrées sur les malaises postprandiaux caractérisés par la survenue déjà en cours de repas ou tout de suite après celui, d'un sentiment de faiblesse, d'épuisement avec irritabilité, vertiges, céphalées, sudations, nausées et besoin impérieux d'adopter immédiatement une position semi-assise. Le malaise sans choc, sans perte de connaissance disparaît 20 à 30 minutes plus tard. Il existe également une sensation de plénitude abdominale parfois d'éructation. Le questionnaire de Sigstad donne un score de 17, très suggestif d'un dumping syndrome précoce, lequel est apparu anamnestiquement dès 1992, soit peu après l'intervention de Billrott II.

Il n'est pas fait état d'une symptomatologie compatible avec des hypoglycémies préprandiales malgré l'anamnèse suggestive d'une cytophobie visant à le mettre à l'abri des malaises postprandiaux. C'est ainsi que le jour de l'expertise, M. N._____ annonce n'avoir consommé aucun aliment afin de se mettre à l'abri de dumping précoce. Il convient de préciser qu'il n'y a pas d'argument clair en

faveur d'un dumping tardif mais que ce dernier n'a pas été recherché. A notre connaissance, il n'a pas été procédé à un test de surcharge en sucre, à une mesure rigoureuse des glycémies postprandiales ou encore à un test de glycémie systématique par glucosensor.

La perte de poids annoncée, très rapide dans l'année qui a suivi la gastrectomie est vraisemblablement à mettre sur le compte du petit estomac et du dumping précoce. Il n'y a en effet pas d'évidence clinique, biologique ou endoscopique en faveur d'une récurrence de la maladie oncologique.

Le syndrome de dumping précoce représente un malaise fréquemment rencontré lors de résection gastrique. Cette dernière impose une réduction de la quantité de nourriture consommée, une distribution fractionnée au cours de la journée, un temps suffisant de masticage, une solution nutritive peu concentrée avec séparation des solides et des liquides. Les mesures diététo-thérapeutiques qualitatives et l'éducation alimentaire visant à favoriser la prise de sucre complexe, permet dans la très grande majorité des cas d'éliminer les désagréments digestifs. Le pronostic est invariablement favorable et en cas d'échec, des traitements pharmacologiques, par exemple par Acarbose, peuvent être nécessaire[s].

C'est dire que le dumping ne peut pas être considéré comme handicapant même s'il peut altérer la qualité de vie et les seules limitations fonctionnelles qui en résultent sont constituées par la nécessité de respecter une pause suffisante lors des repas principaux (minimum de 30 minutes) suivie d'une pause postprandiale de 30 minutes.

6.3 *Limitations fonctionnelles*

Sur le plan clinique, il n'est pas relevé d'autre limitation fonctionnelle, la main droite présente des séquelles motrices et sensitives de section du nerf cubital avec perte de l'abduction et de l'adduction du 4^{ème} et 5^{ème} doigt droit (main dominante) sans perte de force dans les mouvements de préhension. La flexion des doigts est complète sans griffe cubitale. L'hypoesthésie de la face palmaire côté ulnaire intéressant les 2 derniers doigts, peut être à l'origine de lâchage d'objet. Il n'y a pas de douleurs neuropathiques et M. N. _____ n'annonce pas de difficulté dans les activités de la vie quotidienne.

Concernant le rachis, il ne fait état d'aucun syndrome lombovertébral et l'examen clinique ne montre, ni contracture, ni réduction de la mobilité.

Sur le plan somatique, il est retenu un dumping syndrome précoce susceptible de s'améliorer significativement par des mesures diététiques et une éducation alimentaire.

Il n'est pas retenu de limitation fonctionnelle, hormis la nécessité d'une pause suffisante lors des repas principaux, soit d'au moins 1 heure.

L'évaluation sur le plan psychiatrique échappe au domaine de compétence de la présente expertise. M. N._____ est apparu calme, euthymique, logorrhéique mais se laissant remettre facilement dans le focus. L'anamnèse était évasive avec collisions chronologiques. Le discours était cohérent bien que digressif avec une certaine méfiance sans cependant de délire ou hallucination. Globalement, les plaintes somatiques annoncées sont soutenues par un substrat organique convaincant (dumping syndrome). »

Le Dr H._____ ne retenait ainsi aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il mentionnait en revanche les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : dumping syndrome précoce sur Billrott II (1992) K91.1 ; hypoesthésie et parésie partielle ulnaire basse ; status après ménisectomie interne du genou droit et du genou gauche et trouble de la personnalité.

Dans un avis médical du 25 janvier 2012, le Dr S._____ a retenu ce qui suit :

« L'expertise de médecine interne du Dr H._____ permet de conclure à l'absence de maladie somatique incapacitante.

Le dumping syndrome précoce après gastrectomie des 2/3 nécessite des mesures diététiques et d'hygiène alimentaire (repas fractionnés, séparation des aliments, etc.), mais n'induit pas d'incapacité de travail pour autant que l'assuré dispose d'un temps suffisant pour son repas de midi (1/2 heure de repas et 1/2 heure de pause).

Les séquelles de l'accident de 1994 et le status après arthroscopie du genou gauche en 2011 ne sont pas incapacitantes.

Au plan psychiatrique, l'assuré n'est plus suivi depuis 1997 ; il n'a plus de traitement médicamenteux hormis des somnifères en cas de besoin.

L'expert décrit une personne calme et euthymique.

Comme nous l'avons déjà dit, tout porte à croire que l'atteinte psychiatrique s'est significativement améliorée.

Il existe vraisemblablement un potentiel de réadaptation. Nous proposons des MR [mesures de réadaptation] dans un but de reconditionnement progressif au travail. »

Dans un rapport initial du 28 juin 2012 faisant suite à un entretien entre l'assuré et un spécialiste en réinsertion professionnelle, il a été relevé que « la motivation de l'assuré et l'amélioration de la situation médicale agiss[ai]ent dans le sens de la réadaptation ». L'assuré

souhaitait reprendre une activité et sollicitait l'aide de l'OAI pour sa réinsertion professionnelle.

Par communication du 13 novembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais liés à un entraînement progressif, du 28 novembre 2012 au 1^{er} mars 2013, auprès de l'association A._____, à [...]. Le taux de présence était évolutif à raison de 40 à 50 % dans un délai de trois mois (renouvelable).

Il ressort d'un bilan de mesure ayant eu lieu chez A._____ le 25 janvier 2013, en présence notamment de représentants de l'OAI, ainsi que de l'assuré, que ce dernier travaillait à raison de 4 h/j 4 j/sem, à l'atelier d'imprimerie. A ce taux, son rendement était estimé à 50 %. Il était prévu qu'il travaille une demi-journée de plus par semaine. L'assuré mentionnait souvent ses problèmes gastriques. Il mangeait de très petites quantités, à des heures précises et cela prenait une part importante dans son organisation, et semblait avoir un impact considérable sur ses démarches de réinsertion professionnelle.

Par communication du 5 février 2013, l'OAI a informé l'assuré de la prolongation de la mesure d'entraînement progressif chez A._____ jusqu'au 31 mai 2013.

Dans un rapport du 19 avril 2013, A._____ a observé notamment que l'état de santé de l'assuré était délicat et s'était dégradé durant la mesure. Cela s'était manifesté par des étourdissements, une faiblesse physique et une grande fatigue. L'assuré avait surtout exprimé des difficultés digestives, l'obligeant à adopter un régime alimentaire équilibré, des repas absorbés de manière régulière et assortis, si possible, d'une période de repos en position semi-allongée, lui permettant de digérer les aliments sans souffrir de reflux gastriques ou de vomissements. Le comportement socioprofessionnel de l'assuré était adapté et conforme aux tâches proposées et aux exigences d'A._____, proches de celles de l'économie. Ponctuel, l'assuré avait souhaité se montrer endurant, même quand son état de santé lui aurait demandé du

repos. Il s'était efforcé de suivre les modalités de la mesure et d'afficher une attitude disciplinée et globalement flexible. En raison de son état de santé, depuis le mois de mars 2013, l'assuré n'avait pu maintenir la progression horaire envisagée. D'abord évalué à 50 % durant la première partie de la mesure et à temps partiel, son rendement avait décliné. Au terme de la mesure, il était évalué à 40 % de 4 h/jour. Les limitations dues au handicap se manifestaient par l'obligation d'envisager une activité légère à temps partiel dans un environnement bienveillant, qui lui permette idéalement d'articuler les horaires de manière flexible.

Dans une note de suivi interne du 19 avril 2013 faisant suite à un entretien avec notamment l'assuré et deux représentants d'A._____, l'OAI a exposé ce qui suit :

« Mme [...] [A._____] retrace le parcours de M. N._____ depuis le début de la première mesure jusqu'à ce jour (voir rapport centre).

Elle évoque la volonté de l'assuré à participer à la mesure mais également l'évolution négative de l'état de santé tout au fil du temps jusqu'à l'interruption par IT prolongé depuis le 04.04.2013. Elle me transmet le dernier certificat médical qui indique une IT jusqu'à la fin de la mesure soit le 31.05.2013.

Pour sa part M. N._____ parle de douleurs au ventre, de sa façon de s'alimenter et le fait qu'une fois qu'il a mangé, il éprouve une intense fatigue, il est obligé de se reposer. Il parle également de vertige omniprésent et pour la vie. Il sort ses médicaments de sa poche pour nous les montrer. Il évoque une certaine crainte vis-à-vis de son avenir, il aimerait subvenir aux besoins de sa famille mais, en évoquant son état de santé, il aimerait aussi voir grandir ses enfants (encore une petite fille de 7 ans). Il semble s[c]eptique sur l'évolution de son état de santé et pense au pire.

Actuellement il ne se sent pas capable de reprendre une MR [mesure de réadaptation]. Il a des douleurs au ventre et tous les problèmes liés à la digestion. Son moral ne va pas, il pense à sa santé.

M[me] N._____ est donc en IT depuis le 04.04.2013 jusqu'à la fin de la mesure, la mesure est donc interrompue.

Il faut présenter la situation au SMR. »

Dans un avis médical du 22 avril 2013, le Dr S._____, du SMR, a observé que la situation imposait de demander un complément d'information au Dr O._____.

Dans un rapport médical du 18 mai 2013, le Dr O. _____ retenait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : céphalées tensionnelles, lombo-sciatalgies, hypotension orthostatique, gastrite érythémateuse, vertiges, gonalgie droite, état anxio-dépressif, status post-opération pour volvulus du grêle et status post-gastrectomie subtotale pour adénocarcinome superficiel de l'estomac en 1994. Il observait ce qui suit dans l'anamnèse :

« Les plaintes du patient sont multiples. Une fatigue chronique, une perturbation de la vidange gastrique et intestinale. Il présente parfois un dumping syndrome précoce avec malaises per et post prandiaux malgré quelques règles hygiéno-diététique[s] simples. Il se plaint d'importants troubles du sommeil occasionnés par des lombo-sciatalgies non déficitaire[s] l'empêchant de porter des charges lourdes. »

Il constatait notamment un état général médiocre et émettait un pronostic réservé. Les limitations fonctionnelles consistaient en la possibilité d'alterner la position assise et debout au maximum 2 x par heure et en l'absence de soulèvement et de port de charges de plus de 5 kg. Il mentionnait une incapacité de travail totale chez A. _____ du 3 avril 2013 au 31 mai 2013.

Par avis médical du 11 juin 2013, le Dr S. _____ a retenu ce qui suit :

« A la suite d'une expertise du Dr H. _____ du 14.12.2011, nous avons admis l'absence de maladie somatique incapacitante. Au plan psychiatrique, l'expert décrivait une personne calme et euthymique. L'assuré n'est plus suivi depuis 1997 ; il n'a plus de traitement médicamenteux hormis des somnifères en cas de besoin.

Un stage de réadaptation progressive a débuté le 28.11.2012, au terme duquel on a constaté un rendement de 40 % sur un mi-temps. L'assuré s'est essentiellement plaint de problèmes digestifs liés au reflux gastro-oesophagien et au status après gastrectomie partielle.

Dans son rapport du 18.5.2013, le Dr O. _____ fait état d'une fatigue chronique, d'une perturbation de la vidange gastrique et intestinale avec des épisodes de dumping précoce, de troubles du sommeil et de lombo-sciatalgies non déficitaires. Il atteste une incapacité de travail totale du 3.4.2013 au 31.5.2013. Il joint à son rapport deux compte[s]-rendu[s] d'OGD [Oeso-Gastro-

Duodéoscopie] (novembre et décembre 2012) témoignant d'un reflux gastro-oesophagien en amélioration.

Il convient d'observer que tous les symptômes décrits ont été rapportés dans l'expertise du Dr H._____. Les plaintes sont identiques. Le status n'a pas changé. Nous ne pouvons pas par conséquent entériner une éventuelle aggravation de l'état de santé. Les limitations fonctionnelles restent les mêmes. La capacité de travail dans une activité adaptée, permettant une pause d'une heure pour les repas principaux, est entière. Il est permis de penser que l'amélioration de l'état psychique remonte à 2003, date à laquelle l'assuré a repris une activité à 50 %. Théoriquement, on pourrait situer à 2003 le début de l'exigibilité actuelle. Il me para[ît] cependant plus sûr de retenir la date de l'expertise, soit le 14.12.2011. »

Dans un rapport final du 9 septembre 2013, le service de réadaptation de l'OAI a retenu ce qui suit :

« [...] Conclusion :

Selon l'avis SMR du 11.06.2013, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée, permettant une pause d'une heure pour les repas principaux est entière [sic].

Pour déterminer le RS [revenu sans invalidité] et RI [revenu d'invalidité] nous nous basons sur les renseignements indiqués dans l'enquête économique du 24.09.2008 qui propose d'établir le salaire exigible sur la base d'une activité non qualifiée (avec une capacité de 100 %, selon avis SMR du 11.06.2013).

SMR Capacité de travail dans l'activité habituelle n'est pas indiquée par le

Capacité de travail dans une activité adaptée : 100 %

Revenu sans invalidité : Fr. 61'924.63 en 2011

Revenu avec invalidité : Fr. 55'732.16 en 2011

Préjudice économique : Fr. 6'192.47 Degré d'invalidité : 10 % »

Le 21 octobre 2013, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'une suppression de la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

L'assuré, désormais représenté par Me Florence Bourqui, avocate pour Inclusion handicap, a contesté ce projet le 2 décembre 2013 et a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par avis médical du 10 décembre 2013, le Dr S._____ a annoncé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le mandat d'expertise a été confié au Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 22 octobre 2014, sur la base du dossier de l'OAI, d'une discussion téléphonique avec la psychiatre traitante, la Dresse M._____, et le médecin traitant de l'assuré, ainsi que de trois entretiens cliniques de psychiatrie, avec passation de tests psychométriques et réalisation d'une prise de sang.

On extrait de ce rapport ce qui suit :

« [...] A.3.7 Somatisation

A.3.7.1 Clinique

[...]

Dans le cas présent, l'exploré a des plaintes douloureuses diffuses (gastriques, membres, rachis, etc.) persistantes depuis au moins deux ans, mais avec un substrat organique objectivable au moins à certains niveaux selon le dossier médical en possession de l'expert. Ceci contredirait l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant.

Toutefois, étant donné qu'il est possible que dans cette situation les douleurs dépassent le cadre de troubles somatiques objectivables, nous allons passer en revue les critères diagnostiques du trouble somatoforme douloureux et ses critères jurisprudentiels de gravité, car dans cette situation il pourrait s'agir d'un trouble apparenté.

[...]

A.4 DIAGNOSTICS d'un point de vue psychiatrique

Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

F33.11/F33.0 Episode dépressif récurrent moyen F33.11, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle. Actuellement, nous objectivons un épisode dépressif léger F33.0.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

F54 Facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, sans critères de gravité jurisprudentiels remplis.

Z73.1 Accentuation de certains traits de personnalité. Traits de personnalité émotionnellement labile, actuellement non décompensés.

Z56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage.

A.5 APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC

[...]

Tenant compte de l'anamnèse, des tests et mesures psychométriques réalisés, de l'examen clinique actuel, ainsi que du dossier médical en possession de l'expert, on peut retenir la présence de symptômes caractéristiques d'épisodes dépressifs récurrents moyens, évoluant avec des hauts et des bas depuis 2011 vers un épisode dépressif léger au moment de l'expertise. Ces épisodes dépressifs seraient réactionnels à une surcharge familiale dans le contexte de difficultés financières, évoluant dans le contexte de douleurs chroniques probablement sans une base organique suffisante pour expliquer l'intensité des plaintes et compliqué par des traits de personnalité émotionnellement labile actuellement non décompensés.

D'un point de vue purement psychiatrique, l'expert retient une répercussion des plaintes dépressives limitant dans le passé une reprise professionnelle, à cause de limitations fonctionnelles significatives. Il s'agit d'un ralentissement psychomoteur modéré dans le passé (absent au moment de l'expertise) et des troubles de la concentration existants également dans le passé, même si actuellement nous n'arrivons plus à les objectiver.

Le processus de guérison a été considérablement ralenti par l'absence d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychiatrique, qui n'aurai[en]t pas été proposé[e]s à l'assuré selon ses dires. Nous constatons que l'assuré a effectivement commencé un suivi psychiatrique durant le processus d'expertise, bien que son épisode dépressif moyen était en rémission partielle.

Tenant compte de l'anamnèse, de l'ensemble du tableau clinique et des limitations fonctionnelles sus mentionnées (ralentissement psychomoteur modéré et troubles de la concentration significatifs dans le passé, mais pas au moment de l'expertise), la capacité de travail clinique de l'assuré peut être considérée comme étant de 50 % du 01.01.2011 jusqu'au 31.01.2013, de 100 % du 01.02.2013 au 31.08.2013, de 50 % du 01.09.2013 au 31.08.2014 et de 100 % dès le 01.09.2014.

Toutefois, d'un point de vue médico-théorique la capacité de travail psychiatrique, pourra être considérée comme ayant été de 100 % par le Médecin du SMR tout au long des périodes susmentionnées, tenant compte de l'absence d'un traitement antidépresseur et psychiatrique, ce qui a ralenti considérablement le processus de guérison et augmenté le risque de rechute dépressive.

Le pronostic dépend de la conservation d'un traitement antidépresseur avec un monitoring sanguin et d'un suivi psychiatrique régulier. Le choix de la mirtazapine de la psychiatre traitante nous semble tout à fait adéquat et nous proposons également la prégabaline pour les douleurs chroniques de l'assuré.

Une réinsertion professionnelle par exemple en soutenant le projet de l'assuré de faire un stage au sein de la Police pourrait être porteuse d'espoir, en favorisant une reprise professionnelle et diminuer le risque d'une rechute dépressive.

Une réévaluation psychiatrique semble souhaitable dans un an en fonction de l'évolution.

La situation somatique devrait être vérifiée d'un point de vue neurologique, tenant compte des vertiges toujours en cours d'investigation.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

B.1 Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

[...]

- au plan psychique et mental

Sur le plan psychique, des limitations fonctionnelles ont été présentes dans le passé (ralentissement psychomoteur modéré, troubles de la concentration), en lien avec des épisodes dépressifs moyens. Actuellement nous ne retenons pas de limitations fonctionnelles, dans le contexte d'un épisode dépressif léger.

Les capacités de concentration et intellectuelles ne sont pas altérées au moment de l'expertise, selon le discours circonstancié de l'exploré et elles ne sont pas actuellement à l'origine de franches limitations sur le plan psychique et mental.

- au plan social

Il n'y a pas de limitations significatives actuellement sur le plan social. En effet, l'expertisé a su maintenir de bonnes relations avec plusieurs amis qui le soutiennent régulièrement, donc nous ne retenons pas actuellement de limitations au niveau social, malgré des traits de la personnalité émotionnellement labile.

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

B.2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

?

Intégrant les données du dossier médical aux informations anamnestiques actuelles, l'expert retient l'existence d'épisodes dépressifs récurrents moyens, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle, compliqué par des traits de personnalité émotionnellement labile.

Ces troubles ont eu un impact négatif sur les capacités cognitives de l'investigué et ont donné naissance à des limitations fonctionnelles significatives : ralentissement psychomoteur modéré et troubles de la concentration, qui sont actuellement en rémission.

[...]

C. INFLUENCES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

C.1 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables dans tout emploi adapté au status somatique.

[...]

La capacité de travail devra être progressivement augmentée dans tout emploi adapté à son status somatique.
[...]

C.2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Oui, nous conseillons la mise en place d'un suivi psychiatrique régulier et d'une prise d'un traitement antidépresseur à des doses cliniques pour diminuer le risque de rechute dépressive.
[...]

Des mesures de réadaptation professionnelles pourront diminuer le déconditionnement de l'investigué.
[...] ».

Par avis médical du 6 novembre 2014, le Dr G._____, du SMR, a considéré que l'expertise était pleinement probante et en a fait siennes les conclusions. La capacité de travail était donc entière dans l'activité de référence dès le 1^{er} septembre 2014.

Tenant compte des périodes d'incapacité de travail retenues par l'expert, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision le 5 décembre 2014, annulant et remplaçant le projet du 21 octobre 2013, considérant que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2014, ce qui conduisait également à la suppression de la rente, dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

Le 23 janvier 2015, l'assuré a contesté le projet précité. Il sollicitait d'une part une mesure de réentraînement au travail, laquelle s'imposait selon lui au vu des conclusions de l'expertise, ceci afin d'éviter notamment une rechute, d'autre part un examen de son état de santé somatique, la question des vertiges, que l'expert mentionnait comme devant être vérifiée du point de vue neurologique, n'ayant pas été investiguée par l'OAI.

Par avis médical du 17 mars 2015, le Dr G._____ a retenu ce qui suit :

« [...] Comme vous l'avez lu dans l'expertise médicale du 14 décembre 2011, ce problème de vertiges est connu de longue date. Il est traité par le médecin de famille de l'assuré et a été pris en compte par les médecins instructeurs SMR qui m'ont précédé dans ce dossier et l'expert H. _____ fin 2011.

Le Dr O. _____ écrivait dans son RM [rapport médical] du 5 février 2005 que l'hypotension orthostatique, source de vertige, existait depuis 1994. Ce problème est donc suivi par le médecin de famille depuis plus de 10 ans. Il n'y a pas de raison de douter de la qualité des mesures prises médicales par le Dr O. _____ concernant ce problème de vertiges et aucune modification n'est décrite ou rapportée depuis l'expertise H. _____ de fin 2011.

Le Dr R. _____ relève en page 15/44 que l'assuré prend toujours de l'Effortil, médicament prescrit pour traiter les vertiges.

Concernant les mesures de réadaptation évoquée, je rappellerai qu'il s'agit d'un assuré de 57 ans, qui a effectué une scolarité ordinaire au Maroc, sans formation professionnelle reconnue, et qu'il avait mené comme activité de déménageur entre la Suisse et le Maroc, principalement en 2009 (LFA [Service de Lutte contre la Fraude à l'Assurance] 9 mai 2011).

Concernant les recommandations de réinsertion, après relecture de l'entier du dossier, un poste optimal consistant en une activité manuelle, subalterne, plus ou moins répétitive, autorisant une pose de 1 heure pour le repas de midi serait optimal. Une activité de police ne me paraît pas souhaitable du fait des antécédents psychiatriques et du faible niveau de scolarisation de l'assuré. »

Dans le cadre d'un entretien avec un conseiller en réinsertion professionnelle de l'OAI du 20 avril 2015, l'assuré a insisté sur le fait que lors de son dernier stage chez A. _____, il avait perdu du poids et que le stage s'était arrêté. Il a ajouté que lorsqu'il mangeait, il ne pouvait ensuite plus travailler. L'OAI a proposé à l'assuré un nouveau stage de réentraînement au travail auprès d'A. _____, en service/logistique, où il effectuerait des travaux de magasinier et de l'entretien de bâtiment (nettoyages). Concernant les nettoyages, l'assuré a mentionné des difficultés avec la main droite (manque de force et blocages), ainsi que des problèmes avec les pieds.

Par communication à l'assuré du 19 mai 2015, l'OAI lui a octroyé un stage du 18 mai 2015 au 20 décembre 2015, le premier mois au taux de 50 %, avec augmentation progressive jusqu'à un taux de 100 % pour les deux derniers mois.

Il ressort d'un rapport intermédiaire d'A._____ du 17 juin 2015, que l'assuré se montrait présent et ponctuel. Il collaborait volontiers et exécutait les travaux demandés au mieux de ses possibilités. Il avait les connaissances de base nécessaires pour réaliser les activités subalternes confiées (contrôle de livraisons, gestion des tenues de travail, exercices de préparation de commandes, de petits montages mécaniques et d'inventaire/comptage de produits, recherches sur Internet, participation aux nettoyages des locaux). Le rendement économique de l'assuré ne lui permettait pas d'envisager un retour dans l'économie. Son alimentation était délicate et nécessitait des aménagements. Il ne mangeait pas sur le lieu de travail et de ce fait manquait de force, déjà à partir de 9 h 30. Il disait avoir perdu 3 kg depuis le début de la mesure. Il était également limité physiquement pour le port de charges. Il souffrait de vertiges, par exemple quand il se levait trop brusquement de sa chaise. Il disait avoir fait une chute dans le métro en regagnant son domicile. Cela lui arrivait parfois à la maison. En lien avec ses carences, il souffrait également des dents. Il allait prochainement consulter un ophtalmologue, sa vue ayant baissé. Il était d'accord d'augmenter son temps de travail de 30 min (soit un taux d'activité de 56 %).

La Dresse M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante de l'assuré, a rendu un rapport médical le 29 juin 2015, relevant notamment que son patient se plaignait d'une fatigue qui commençait à s'accumuler dès la première heure de travail, d'une anhédonie, d'une asthénie, d'une irritabilité, et d'un sentiment de honte et d'insuffisance liée au fait que les gens essayaient de faire à sa place toutes les tâches pénibles pour lui. Le rendement de l'assuré ne dépassait pas 10 %. Durant la dernière consultation, du 26 juin 2015, il avait le visage fermé, était amaigri, pesait 59 kg pour une taille de 1 m 79, pleurait, exprimait des idées de mort passives, disant que c'était sa religion et ses enfants qui l'empêchaient de passer à l'acte. Il se sentait persécuté par son conseiller à l'OAI, ce qui augmentait ses douleurs. Selon la Dresse M._____, l'assuré n'était pas apte à poursuivre la mesure, jugée absurde, stressante, et même néfaste. La poursuite de cette mesure mettait en péril sa santé physique et psychique. La Dresse M._____ a

confirmé, à l'occasion d'un entretien téléphonique avec l'OAI du 6 juillet 2015, que l'assuré ne pouvait pas reprendre une activité professionnelle.

Dans un rapport médical du 2 juillet 2015, le Dr O._____ a observé que l'évolution depuis 2015 était défavorable. Les plaintes de l'assuré étaient multiples, avec en premier lieu une fatigue chronique malgré de multiples injections de vitamine B12, associée à d'importants troubles du sommeil occasionnés par des lombosciatalgies qui l'empêchaient de porter des charges lourdes. La marche se révélait parfois pénible. L'assuré se plaignait également de douleurs abdominales avec nausées et vomissements malgré l'application des principales règles diététiques après gastrectomie. La capacité de travail était selon le Dr O._____ nulle dans toute activité.

Il ressort d'un certificat médical du 2 juillet 2015 du Dr W._____, que l'assuré souffrait d'une baisse de l'acuité visuelle avec une cataracte en formation. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale pour l'instant.

Par avis médical du 7 juillet 2015, le Dr G._____ retenait pour l'essentiel que la baisse de rendement évoquée par A._____ dans son rapport du 17 juin 2015 ne s'expliquait pas par des empêchements secondaires à une atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Le rapport médical du 29 juin 2015 ne rendait pas non plus plausible une aggravation notable de l'état de santé de l'assuré depuis les expertises. Dans son rapport du 2 juillet 2015, le Dr O._____ reprenait des plaintes et problèmes somatiques connus de longue date. Il convenait en revanche d'interroger le Dr W._____ et d'investiguer la question d'un empêchement à la conduite en lien avec le problème de vue.

Dans une communication interne du 15 juillet 2015, l'OAI observait ce qui suit :

« [...] Après 2 mois chez A._____, les objectifs de la mesure ne sont pas atteints et une évolution positive ne semble pas pouvoir être attendue (voir note du 12.06.2015 et du 14.07.2015).

Nous avons discuté de cette situation avec le SMR et il y a un nouvel avis du 07.07.2015 (qui n'étonne pas l'avocate) et il demande de questionner l'Hôpital ophtalmique, ce qui a été fait.

Mme Bourqui, avocate de l'assuré, dit qu'elle doit tenir compte des renseignements médicaux en sa possession et en ged (Dr. M. _____ du 29.06.2015, Dr. O. _____ du 07.07.2015, corr médecin du 07.07.2015, rap méd du 10.07.2015). Que par rapport au contenu des documents, il n'est pas envisageable de poursuivre la mesure qui, même si elle était prolongée d'un mois, n'amènerait aucun élément nouveau.

Mme Bourqui a déjà annoncé qu'elle ferait recours à notre décision.

L'intervention de la REA [service de réadaptation] ne se justifie plus, je ferme mon mandat[e] [...] ».

Dans un rapport médical du 19 novembre 2015, le Dresse [...], cheffe de clinique à l'Hôpital ophtalmique, a mentionné à titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail une cataracte débutante. L'activité exercée était exigible à 100 %.

Dans un avis médical du 2 décembre 2015, le Dr G. _____ a retenu que la cataracte débutante était sans effet sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Il a précisé par ailleurs que les vertiges orthostatiques au changement de position avaient été pris en compte dans l'expertise du Dr H. _____.

Le 17 mars 2016, l'OAI a adressé à l'assuré une décision de suppression de la rente d'invalidité, ainsi que la motivation de la décision dans un courrier séparé. Se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour déterminer les revenus avec et sans invalidité, le salaire de référence étant celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, et retenant un abattement de 10 % compte tenu des limitations fonctionnelles, l'OAI a déterminé un degré d'invalidité de 10 %.

B. N. _____ a recouru contre la décision précitée, par l'intermédiaire de son mandataire, le 25 avril 2016, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant préalablement à la comparution personnelle des parties, principalement à l'annulation de la

décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} octobre 2009, subsidiairement à l'ordonnance d'une expertise judiciaire. Le recourant critique pour l'essentiel la valeur probante de l'expertise du Dr R. _____ et reproche à l'intimé d'avoir écarté les rapports des Drs O. _____ et M. _____, ainsi que ceux d'A. _____.

Par réponse du 24 mai 2016, l'intimé propose le rejet du recours, se fondant en substance sur les expertises des Drs H. _____ et R. _____, ainsi que sur les divers rapports du SMR. Il a par ailleurs précisé que les auditions demandées par le recourant ne lui paraissaient pas nécessaires.

Par réplique du 28 juin 2016, le recourant maintient ses conclusions, de même que sa requête d'audition des parties, ainsi que celle des personnes l'ayant suivi au sein d'A. _____.

L'intimé confirme sa position par duplique du 28 juillet 2016.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. LPGA) auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions

formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

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 des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, en particulier sur la suppression, par voie de révision, de la demi-rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé d'admettre que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA étaient remplies en l'espèce. Cela étant, la question se pose de savoir si, ainsi que le recourant l'allègue dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée par l'intimé en juillet 2009, son état de santé s'est péjoré depuis 2009, justifiant une augmentation du droit à la rente et non une suppression de la demi-rente d'invalidité.

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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas

objectivement surmontable (al. 2). 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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) 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, augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. 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 ainsi 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a ; voir également TF I 367/04 du 14 février 2005 consid. 2). 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 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 cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; ATF 125 V 368 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2b ; cf. TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de l'augmentation ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1 ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; cf. Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références).

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 et 125 V 351 consid. 3a et la référence). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant.

Cependant, 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 traitants 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 ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité, *loc. cit.*, et les références).

d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

e) En assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent

être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. également TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1).

4. a) En l'espèce, il ressort du dossier que l'octroi de la rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} janvier 1997 l'a été en raison d'une atteinte psychique. En effet, il est indiqué sur la décision du 21 août 1997 le numéro d'infirmité 644 et le numéro de d'atteinte fonctionnelle 91, qui correspondent à des atteintes psychotiques (« autres psychoses ») ou dépressions involutives, et à des atteintes fonctionnelles combinées d'ordre mental, psychique et physique. Cette décision repose sur le rapport médical des Drs F._____ et Z._____, lesquels ont retenu à l'époque, sur le plan psychiatrique, les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de troubles schizotypiques.

Par la suite, le recourant a repris une activité lucrative à un taux oscillant entre 40 % et 50 %, en qualité de chauffeur-livreur auprès de l'entreprise K._____, ce qui a motivé une révision d'office du droit à la rente, respectivement une réduction de la rente entière d'invalidité à une demi-rente avec effet au 1^{er} octobre 2003 (cf. décision du 8 septembre 2003). C'est sur la base de cette dernière décision qu'il y a lieu de procéder à la comparaison des situations déterminantes pour la révision du droit à la rente du recourant initiée le 20 juillet 2009, la rente

ayant depuis 2003 été reconduite sans nouvelle décision jusqu'à la décision attaquée.

Il sied de constater préliminairement que les considérations de l'intimé pour justifier la diminution de la rente d'invalidité, respectivement l'octroi d'une demi-rente d'invalidité sont pour le moins succinctes. La décision du 8 septembre 2003 se fondait en effet sur un rapport médical du 14 juillet 2003 du Dr O._____, lequel ne mentionnait alors plus de diagnostic psychiatrique. La demi-rente d'invalidité a été par la suite reconduite suite à l'avis médical du Dr C._____ du 9 octobre 2003, lequel concluait que « les antécédents psychiatriques [n'étaient] pas négligeables et qu'une surstimulation pou[v]ait provoquer une décompensation ». Le Dr C._____ avait toutefois précisé avoir téléphoné au médecin traitant qui lui avait indiqué que la situation actuelle était stable et que l'assuré arrivait à travailler à 50 %, avec quelques absences pour somatisations, ajoutant « qu'il estim[ait] également qu'une surstimulation pou[v]ait compromettre l'évolution ».

Ce n'est que 11 ans plus tard, soit en 2014, et à la demande du conseil du recourant que l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique, laquelle était nécessaire pour connaître l'évolution de la pathologie psychiatrique depuis le 25 mars 1997 – date correspondant au seul rapport établi par un médecin psychiatre et contenu dans le dossier – respectivement pour déterminer la présence d'une amélioration ou d'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant.

b) La décision querellée est, pour sa part, fondée sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr R._____ du 22 octobre 2014. Cet expert ne retrouve pas les diagnostics que les Drs F._____ et Z._____ avaient posés en 1997. Le rapport du Dr R._____ remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3c). En effet, l'expert a étudié de manière circonstanciée les points litigieux, en connaissance de toutes les pièces médicales au dossier. Ses examens sont complets. Il a pris en compte l'anamnèse et les plaintes du recourant et, contrairement à ce que soutient ce dernier, il explique de

manière approfondie pour quelles raisons il écarte les diagnostics pouvant entrer en considération, et en particulier pour quels motifs son appréciation diverge de celle des Drs F._____ et Z._____, plus précisément en ce qui concerne un éventuel trouble schizotypique. L'expert ne nie pas qu'une atteinte d'ordre psychiatrique a existé à un moment donné. En tenant compte du ralentissement psychomoteur modéré et des troubles de la concentration existants par le passé, il a retenu une capacité de travail fluctuante entre 2011 et 2014. Il explique de manière claire et circonstanciée pourquoi il ne retient plus les atteintes ayant existé. On observe que le fait que le Dr R._____ estime qu'une réévaluation de l'état psychiatrique du recourant à une année, de même qu'un suivi sur ce plan, sont nécessaires, ne permet pas de remettre en question son analyse, contrairement à ce qu'avance le recourant. En effet, la nécessité d'un suivi psychiatrique n'implique pas nécessairement une incapacité de travail, si ce suivi permet justement au recourant de conserver une telle capacité. De même, s'il devait être établi par la suite une évaluation défavorable de l'état de santé de l'intéressé sur ce plan, il n'en reste pas moins que sa capacité de travail a été considérée comme entière depuis le 1^{er} septembre 2014, sur la base d'éléments cliniques et de l'anamnèse complète. Une éventuelle aggravation ou rechute devra alors faire l'objet d'une nouvelle demande.

Les rapports médicaux du Dr R._____ ne viennent pas remettre en cause l'analyse du Dr R._____. En effet, le médecin traitant a retenu en 1994 un état anxio-dépressif, ceci jusqu'en 2002. Il n'a toutefois jamais expliqué son diagnostic par des constatations médicales objectives, ni adressé son patient à des spécialistes. Dans son rapport du 14 juillet 2003, il ne retenait plus de diagnostic sur le plan psychiatrique. Il a mentionné un état anxieux dans son rapport du 9 novembre 2009, sans en préciser la gravité, ni si ce dernier avait ou non une influence sur la capacité de travail du recourant. Dans son rapport de 23 mai 2011, il s'est limité à mentionner une certaine tristesse et de l'angoisse chez son patient, sans plus de précisions. Le Dr O._____ a cité à nouveau le diagnostic d'état anxio-dépressif dans son rapport du 18 mai 2013, sans expliquer ce qui l'amenait à retenir à nouveau cette atteinte, ni adresser

son patient à un spécialiste. Il est en outre relevé que l'expert R._____ a dûment tenu compte des rapports médicaux du Dr O._____. Le rapport médical établi par ce dernier par la suite, le 2 juillet 2015, relève certes une évaluation défavorable de l'état de santé du recourant, mais rapporte toutefois des problèmes d'ordre somatique. Ainsi, les constatations de ce médecin ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation du Dr R._____.

On apprend à l'occasion de l'expertise, que le recourant a recommencé un suivi psychiatrique auprès de la Dresse M._____. Il est relevé que ce suivi a été pris en compte par l'expert, dès lors qu'il a eu un entretien téléphonique avec la Dresse M._____. Ce n'est toutefois que le 29 juin 2015 que la psychiatre traitante a rendu un rapport médical. Elle y a décrit les plaintes du recourant, ainsi qu'une série de symptômes. Elle ne pose toutefois aucun diagnostic, ne dit pas avoir procédé à des tests, et n'explique pas ce qui l'amène à retenir une incapacité totale de travail. Son appréciation, insuffisamment étayée, ne permet pas de mettre en doute l'expertise du Dr R._____.

D'éventuels symptômes d'un trouble sur le plan psychiatrique n'ont pas non plus été observés par les autres médecins ayant examiné le recourant, ni par le personnel d'A._____, qui se contente de mentionner une certaine amertume du recourant en rapport avec son avenir professionnel, mais pas de tristesse, d'angoisse ou de retrait social.

c) Dans ces conditions, force est d'admettre que, sur le plan psychiatrique, les conclusions de l'expert R._____ sont convaincantes, qu'aucun motif pertinent ne permet de les remettre en cause et qu'elles répondent ainsi aux exigences requises pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3c supra ; cf. également ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Sur cette base, on retiendra donc que le recourant ne présente plus aucune atteinte du registre psychiatrique susceptible de réduire sa capacité de travail et ce, à compter du 1^{er} septembre 2014. Dès lors que l'expert R._____ a reconnu une capacité de travail entière dès le 1^{er} septembre 2014, confirmée par le Dr G._____ du SMR (avis médical du 6

novembre 2014) – à laquelle s'est rallié l'intimé –, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant la motivation des variations du degré de capacité de travail entre 2011 et 2014 retenue par l'expert.

5. Autre est la question de savoir si le recourant présente une pathologie somatique incapacitante du point de vue de l'assurance-invalidité.

a) En 1997, les Drs F._____ et Z._____ mentionnaient un certain nombre de diagnostics somatiques, soit un status après gastrectomie des deux tiers pour adénocarcinome gastrique en 1992, un status après libération de bride volvulus du grêle en 1994 et un status après accident du membre supérieur droit avec lésions neurologiques séquellaires en 1994, atteintes qu'ils n'ont pas examinées eux-mêmes, puisque hors de leur domaine de compétences. Le Dr O._____ retenait en outre les diagnostics d'anémie normocytaire normochrome et de syndrome de Barrett probable. Ces atteintes n'ont toutefois pas fait l'objet de plus amples investigations et n'ont pas motivé l'octroi de la rente.

Les atteintes somatiques du recourant n'ont pas été analysées lors de la procédure de révision qui a abouti à la réduction de la rente entière à une demi-rente d'invalidité. La décision du 8 septembre 2003 se fonde uniquement sur les rapports du Dr O._____ des 30 janvier 2002 et 14 janvier 2003, qui mentionnaient les diagnostics somatiques comme sans influence sur la capacité de travail, tout en maintenant une incapacité de travail de 50 %.

Il en va de même de la procédure de révision initiée en novembre 2004, durant laquelle la question des atteintes somatiques ne s'est apparemment pas posée. En 2004, le Dr O._____ mentionnait les diagnostics somatiques incapacitants de lombalgies et de céphalées tensionnelles. Les diagnostics d'hypotension orthostatique, de status après opération pour un volvulus du grêle, de status après gastrectomie subtotale pour adénocarcinome superficiel à l'estomac et d'opération de la

main droite, étaient mentionnés dans la catégorie des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr O. _____ relevait toutefois des brûlures abdominales, accompagnées de nausées, sans vomissement. La capacité de travail était toujours de 50 %. Le SMR retenait que les affections somatiques ne constituaient pas une affection invalidante au sens de l'assurance-invalidité, mais témoignaient d'une situation limite sur le plan psychiatrique.

Ainsi, avant la procédure de révision initiée d'office en juillet 2009, le dossier ne contient aucun rapport médical émanant d'un médecin autre que le Dr O. _____ et qui aurait examiné le recourant sur le plan somatique.

Dans son rapport du 9 novembre 2009 à l'OAI, le Dr O. _____ retenait les diagnostics de céphalées tensionnelles, lombosacralgies, anémie avec ferritine effondrée ainsi qu'une hypovitaminose B12, une gonalgie droite, ainsi que les diagnostics somatiques précédemment retenus. Il mentionnait une série de symptômes, tels que pâleur, dyspnée, palpitations, tachycardie, anorexie, vomissements et diarrhée. S'y ajoutaient une faiblesse extrême, des vertiges, des céphalées, des bourdonnements d'oreille et une tendance aux syncopes. Le pronostic était réservé. Le recourant avait présenté une incapacité de travail du 1^{er} avril 2008 au 31 mai 2008. Depuis le 1^{er} août 2009, il n'arrivait plus à exercer le métier de marchand en raison de vertiges et syncopes. L'activité exercée était exigible au maximum à 30 % depuis janvier 2010. Le recourant ne pouvait pas exercer des activités uniquement en position debout, dans différentes positions, ou exercées principalement en marchant. Il ne pouvait se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, s'accroupir, effectuer des rotations en position assise ou debout, soulever/porter, ou encore monter sur une échelle ou un échafaudage. Sa capacité de résistance était limitée. Le Dr O. _____ décrivait un état stationnaire dans un rapport ultérieur, soit celui du 23 mai 2011.

b) La décision litigieuse date du 17 mars 2016 et se fonde, sur le plan somatique, sur le rapport d'expertise du Dr H. _____ du 14

décembre 2011. Si la prise en charge d'une mesure d'entraînement progressif (art. 14a LAI) à un taux de 40 à 50 %, puis d'un reclassement professionnel dans le cadre des mesures de nouvelle réadaptation (art. 17 LAI) au Centre A. _____ respectivement en 2012 - 2013 et 2015 ont mis en évidence un état de santé fragile sous forme d'étourdissements, de faiblesse physique et d'une grande fatigue, la Cour de céans considère toutefois que ces éléments ne sauraient constituer une aggravation de l'état de santé de l'intéressé depuis l'expertise mise en œuvre en 2011 dans le cadre de la procédure de révision de rente. Il convient tout d'abord de rappeler que le Dr O. _____ expliquait dans son rapport médical du 4 février 2005 que l'hypotension orthostatique (diminution de la pression artérielle lors du passage de la position allongée ou assise, à la position debout) en était la source, pathologie pour laquelle le médicament Effortil était prescrit à l'intéressé. Lors de l'examen clinique réalisé par l'expert H. _____, l'assuré a également fait état de malaises postprandiaux caractérisés par la survenue déjà en cours de repas ou tout de suite après d'un sentiment de faiblesse, d'épuisement avec irritabilité, vertiges, céphalées, sudations, nausées et besoin impérieux d'adopter immédiatement une position semi-assise. Le malaise sans choc et sans perte de connaissance disparaissait après 20 à 30 minutes. Le questionnaire de Sigstad donnait un score de 17, ce qui était suggestif d'un dumping syndrome précoce, lequel était apparu dès 1992, soit peu après l'intervention Billrott II. L'expert a toutefois exposé que cette pathologie ne pouvait être considérée comme handicapante même si elle pouvait altérer la qualité de vie. Les seules limitations fonctionnelles qui en résultaient étaient constituées par la nécessité de respecter une pause suffisante lors des repas principaux (minimum de 30 minutes) suivie d'une pause postprandiale de 30 minutes (rapport d'expertise du 14 décembre 2011, p. 12 § 3.4, p. 20 § 6.1, p. 21 § 6.2). Le recourant a été en outre soumis en novembre et décembre 2012 à des OGD (Oeso-Gastro-Duodéno-scopie) effectuées au Service de gastro-entérologie et d'hépatologie du CHUV qui ont mis en évidence un reflux gastro-oesophagien en amélioration. Le recourant se plaint également d'un manque de force au niveau de la main droite et de difficultés avec les deux pieds. Cette atteinte a non seulement été examinée par l'expert

H._____ qui n'a pas retenu de limitation fonctionnelle au vu de l'absence de difficultés annoncée par l'intéressé dans la vie quotidienne, mais n'a plus été mentionnée par le Dr O._____ (rapport médical du 18 mai 2013 à l'OAI, courrier du 2 juillet 2015 au conseil du recourant). Finalement, il y a lieu de relever que le médecin traitant s'est limité à rappeler dans son rapport du 2 juillet 2015, les plaintes de son patient et les problèmes somatiques connus de longue date. Dans ce contexte, il sied de retenir que le rapport d'expertise du Dr H._____ a pleine valeur probante et qu'il demeure actuel, même s'il a été établi plusieurs années auparavant. Par conséquent, la position du SMR (cf. notamment avis médicaux du Dr G._____ des 17 mars et 7 juillet 2015) et, corollairement, de l'OAI échappe donc à la critique.

Contrairement à l'opinion du recourant, il n'appartient pas à A._____ d'évaluer sa capacité de travail, respectivement de se substituer aux appréciations des experts, l'intéressé soutenant que « c'est A._____ qui doit se prononcer sur ce qu'ils ont observé » (note d'entretien de la REA du 12 juin 2015). En effet, les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assurée est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2).

Faute d'atteinte à la santé au sens de la LAI, demeure la question de savoir si l'assuré applique régulièrement les règles diététiques préconisées après gastrectomie. Ainsi, si lors de la première mesure, il est

précisé que « sa vision de « régime alimentaire équilibré » ne correspond pas entièrement à ce qu'on pourrait préconiser de manière générale (par exemple, consommation régulière de pains à la vanille durant la pause du matin) » (rapport intermédiaire du 19 avril 2013), il est relevé que durant la deuxième mesure, l'intéressé ne mange pas sur son lieu de travail et manque de force dès 9 h 30 (rapport intermédiaire du 17 juin 2015). Or, l'expert H._____ a rappelé que le dumping syndrome précoce pouvait s'améliorer significativement par des mesures diététiques et par une éducation alimentaire.

c) Dès lors, la Cour de céans considère que le recourant dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et qu'il ne présente en outre plus aucune atteinte psychiatrique ayant un effet sur sa capacité de travail. Les mesures d'instruction complémentaires requises (audition des parties et des responsables d'A._____) n'est pas de nature à permettre de modifier ce constat. Le recourant a pu préciser ses allégations par écrit et a été soumis de manière précise et probante à deux expertises, raison pour laquelle on ne saurait attendre des auditions requises une même valeur probante ni une même précision. En tout état de cause, le juge peut mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

6. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant compte tenu du fait qu'il présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) Selon 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C_725/2015 précité consid. 4.1).

Le revenu d'invalidité doit également être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les

données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et références citées ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). 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 (cf. par exemple TF 8C_311/2015 du 22 janvier 2016 consid. 4.3).

b) Il ressort du dossier que le recourant, sans activité lucrative lors de la révision d'office du droit à la rente, a exercé diverses activités au cours de sa vie, notamment livreur à 50 % auprès de K._____ jusqu'en 2006, puis vendeur indépendant de denrées alimentaires. Dans ces circonstances, la manière de procéder de l'office intimé ne prête pas flanc à la critique.

Ainsi, en l'absence de revenu effectivement réalisé, c'est à bon droit que l'OAI s'est référé aux données statistiques et s'est demandé s'il se justifiait d'opérer un abattement afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Le fait que le revenu sans invalidité ait lui-même été fixé sur la base des mêmes données statistiques importe à cet égard peu, car le choix d'opérer ou non un abattement est indépendant de la manière dont le revenu sans invalidité a été fixé.

En l'état, le recourant ne conteste pas les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, singulièrement le bien-fondé et l'étendue de l'abattement opéré sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. Précisons à cet égard que l'OAI

retient un abattement de 10 % sur le salaire statistique eu égard aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie somatique, abattement dont le taux n'est au demeurant pas critiquable (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b). Ainsi, il résulte de la comparaison des revenus une incapacité de gain arrondi à 10 %, insuffisante pour maintenir le droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

c) Par conséquent, il n'y a pas lieu de s'écarter du résultat retenu par l'intimé dans le cadre de la comparaison des revenus. En définitive, il y a lieu de retenir qu'à la suite de l'amélioration de l'état de santé psychique, le taux d'invalidité du recourant s'élève désormais à 10 %, ce qui justifie la suppression, par voie de révision, de la demi-rente d'invalidité dont ce dernier bénéficiait depuis le 1^{er} octobre 2003. La décision querellée du 17 mars 2016 doit être confirmée dans son résultat en tant qu'elle supprime le droit à la rente dès le premier jour du deuxième mois à compter de sa notification (cf. art. 88bis al. 2 let. a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

7. La Cour n'entend pas minimiser le parcours du recourant, confronté dès 1992 à des problèmes de santé dont on ne saurait nier la gravité. Cela dit, il n'en demeure pas moins que le droit aux prestations de l'AI est régi par des exigences légales strictes (exposées plus haut), dont il n'est pas possible de déroger pour des raisons d'opportunité liées à des circonstances personnelles particulières. Or, il appert en définitive que la décision litigieuse s'avère conforme à ces mêmes exigences. Dite décision n'est donc pas critiquable dans son résultat.

Cela étant, il convient encore de souligner que la décision susdite ne constitue pas une prise de position immuable de l'AI à l'égard du recourant. Ce dernier conserve en effet la faculté, en cas de modification notable de la situation, de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'office.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Invitée à produire sa liste des opérations (cf. art. 3 al. 1 RAJ), cette dernière s'en est remise à la juridiction de céans pour la fixation de son indemnité dans la présente affaire (cf. courrier 25 novembre 2016). Dès lors, vu l'étendue des opérations nécessaires à la conduite du procès (cf. art. 2 al. 1 et art. 3 al. 2 RAJ), il y a lieu d'arrêter équitablement le défraiement à 1'944 fr., TVA comprise (soit 1'800 fr. de prestations d'avocat [10 h x 180 fr.] + 144 fr. de TVA), auquel il convient d'ajouter 108 fr. pour les débours, TVA incluse (cf. art. 3 al. 3 RAJ).

L'indemnité d'office de Me Bourqui s'élève donc à 2'052 francs. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Florence Bourqui, conseil du recourant, est arrêtée à 2'052 fr. (deux mille cinquante-deux francs), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui, avocate (pour N. _____),
- 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 :