

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Métral, juge, et Mme Silva, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 17 LPGA : 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. a) F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], chauffeur-livreur à 100 % auprès de L. _____, a présenté une incapacité totale de travail dès le 22 septembre 1999 en raison d'un cancer du rhinopharynx. Il a déposé le 6 novembre 2000 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 30 novembre 2000, le Dr K. _____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de status après exérèse d'un carcinome peu différencié de type lymphoépithélial du rhinopharynx de stade T3 suivi de radiothérapie et de chimiothérapie, ainsi que de dorso-lombalgies chroniques sur dysfonctions vertébrales dans le cadre de stress après une maladie cancéreuse. Les douleurs et un état de fatigue rendaient impossible la reprise du travail comme chauffeur-livreur pour le moment. La capacité de travail dans un emploi adapté serait tout au plus de 50 %.

Dans un rapport du 12 décembre 2000, le Dr M. _____, médecin généraliste traitant, a, outre les diagnostics précités, également retenu celui de paresthésie aux membres inférieurs de type polyneuropathie. Il a annexé un rapport du 22 novembre 2000 du Dr V. _____, neurologue, lequel constatait que le bilan clinique évoquait une polyneuropathie sensitive des membres inférieurs d'origine médicamenteuse. Le Dr V. _____ ajoutait que le pronostic devait être favorable sans mesure spécifique au vu notamment de l'absence de symptômes objectifs importants.

Le 15 décembre 2000, l'employeur a informé que le salaire mensuel actuel de l'assuré était de 4'323 fr., ce qu'il gagnerait également sans atteinte à la santé.

Dans un rapport du 25 janvier 2001, le Dr Z._____, médecin au Service d'oncologie du P._____, a indiqué que le traitement du carcinome, combinant de la radiothérapie et de la chimiothérapie, avait été terminé le 28 décembre 1999. Le patient n'était actuellement pas apte à exercer sa profession de chauffeur-livreur et sa capacité de travail dans une activité adaptée, sans effort physique, était de 30 % à 40 % « initialement ».

Un examen clinique bidisciplinaire a été effectué le 30 avril 2003 au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) par le Dr S._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et la Dresse A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 7 juillet 2003, ils ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22), de trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4), de trouble de la personnalité narcissique avec des traits paranoïaques, décompensé, de discrets troubles statiques et dégénératifs cervico-lombaires, de discrète polyneuropathie sensitive aux membres supérieurs et inférieurs, de probable instabilité de l'épaule gauche, de fracture de stress de la diaphyse tibiale droite, ainsi que de status après chimiothérapie et radiothérapie d'un carcinome peu différencié lympho-épithélial du rhinopharynx gauche de stade T3 en 1999 et 2000. Les spécialistes ont conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité depuis l'automne 1999, ce en raison de la problématique psychiatrique, qui représentait le lit du trouble somatoforme douloureux. La situation méritait d'être réévaluée dans deux ans environ, même si l'évolution psychique qui avait eu lieu jusqu'à présent laissait craindre un pronostic globalement défavorable. Ils ont fait l'appréciation suivante du cas :

« Cet assuré, en bonne santé habituelle, faiblement scolarisé, mais certainement fort intelligent, a présenté un carcinome lympho-épithélial du rhinopharynx gauche découvert au début de l'automne 1999, ayant subi un traitement combiné de chimiothérapie et de radiothérapie avec une évolution parfaite en termes purement oncologiques, au sens qu'il est actuellement en rémission. Ce traitement s'est cependant compliqué d'une importante sécheresse buccale, liée à la lésion des glandes salivaires, liée à la radiothérapie. De plus, s'est installé, déjà durant le traitement, d'une part un état douloureux de la région cervicale et lombaire et d'autre

part un sentiment de mal-être intérieur généralisé, accompagné d'un état de fatigue rebelle, qui donne à l'assuré l'impression de régresser plutôt que de progresser vers la guérison.

A l'examen clinique actuel, on est en présence d'un homme de 39 ans, sympathique, partageant parfaitement le focus d'attention. Au plan somatique, l'examen est rassurant. L'état général est excellent. Au plan rachidien, il existe de discrets troubles statiques vertébraux, mais une mobilité cervico-dorsolombaire dans les normes. Au niveau de l'épaule gauche, en revanche, la situation est moins satisfaisante avec un examen clinique fort suspect d'une instabilité de cette articulation. Finalement, au plan neurologique, il existe des signes discrets de polyneuropathie sensitive, qui avaient déjà été mis en évidence électro-neuromyographiquement préalablement.

Les documents radiologiques à disposition ne révèlent que des troubles dégénératifs tout à fait mineurs aux niveaux cervical et lombaire. Quant à la fracture de stress au niveau du tibia droit, elle peut probablement être considérée comme un phénomène transitoire, sans signification clinique durable.

Il existe donc une discordance entre les plaintes douloureuses multiples annoncées par l'assuré et les constatations objectives mineures. A ce titre, l'exploration psychiatrique spécialisée permettra d'apporter un éclairage déterminant.

En ce qui concerne les seules lésions organiques bien identifiées, elles seraient compatibles avec une capacité de travail normale, à la faveur du respect de certaines limitations fonctionnelles.

Suite à la découverte d'un carcinome de type lympho-épithélial du rhino-pharynx G [gauche] en 1999, l'assuré présente une incapacité de travail à 100 %. Par la suite, il se plaint de douleurs rachidiennes diffuses sans substrat anatomique établi et d'allure surtout fonctionnelle, ainsi que de douleurs dans les MI [membres inférieurs] sans étiologie objectivable mais interprétées comme des douleurs polyneuropathiques d'origine probablement médicamenteuse et de bon pronostic.

Pour cet homme intelligent et jusqu'ici en bonne santé physique, la maladie est vécue comme une blessure narcissique insurmontable. Les douleurs cervicales et lombaires sont constantes, avec une évolution chronique dans le cadre du stress de la maladie cancéreuse qui a favorisé l'apparition d'un trouble de l'adaptation et surtout la décompensation du trouble de la personnalité narcissique avec des traits paranoïaques. Agressif, projectif, l'assuré vit avec la peur de mourir ou de se trouver dans une chaise roulante. La vie de l'assuré qui n'a jamais accepté la maladie, a basculé, et il se positionne dans un rôle de victime persécutée, mal comprise qui vit le monde extérieur comme menaçant. L'assuré a perdu son rôle de chef de famille et il se sent honteux et dévalorisé.

L'examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée ni de troubles phobiques. Du point de vue psychiatrique, l'examen a montré un trouble de la personnalité morbide, un trouble de l'adaptation donc réactionnel, une sévère perturbation de l'environnement psychosocial et des limitations fonctionnelles psychiatriques. L'examen a montré également une discordance nette entre l'intensité extrême des plaintes alléguées et les constatations objectives qui sont modérées. Il y a aussi les facteurs de chronicité, de bénéfices secondaires liés au statut d'invalidé puisqu'ils donnent au sujet un label de malade qui maintient l'estime

de soi. En dépit d'une prise en charge somatique, l'état de l'assuré se chronifie sans amélioration notable.

L'assuré présente un véritable sentiment de détresse et sa souffrance physique et psychique ne laissent pas insensible l'examineur et nous avons retenu le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant qui n'est en soi pas déterminant pour l'estimation de la capacité de travail. Il doit être décidé si l'atteinte à la santé a réellement entraîné une invalidité ou si le sujet a seulement adopté un rôle d'invalidé. A notre avis, l'atteinte à la santé a bouleversé la vie de notre assuré donc a réellement entraîné une invalidité.

L'assuré ne présente pas une comorbidité psychiatrique grave mais le trouble de la personnalité narcissique avec des traits paranoïaques, décompensé, l'empêche de se remettre en question, d'accepter ses problèmes somatiques et le changement de métier proposé. L'assuré est incapable de s'adapter à de nouvelles situations, surtout du point de vue professionnel. Dans ce cas, le trouble de la personnalité est suffisamment important pour avoir valeur de maladie et entraîne une incapacité de travail. A notre avis, l'assuré a des moyens d'introspection suffisants pour accéder à un soutien psychothérapeutique qu'il refuse actuellement et qui est susceptible d'apaiser sa souffrance et d'améliorer la capacité de travail. En ce qui concerne ses possibilités de participer au programme de réadaptation professionnelle, actuellement elles sont vouées à l'échec. D'ailleurs, le 06.12.2001, l'assuré a été vu par B._____. Il ressort de cet entretien que l'assuré se sent totalement incapable de travailler dans n'importe quelle activité professionnelle en raison de sa trop mauvaise santé et des nombreux effets secondaires qui persistent suite à sa chimiothérapie et à sa radiothérapie.

Limitations fonctionnelles :

Problématique ORL [oto-rhino-laryngologie] : nécessité de pouvoir interrompre très fréquemment l'activité pour boire un peu d'eau et ainsi lutter contre la xérostomie.

Rachis cervical et lombaire : nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout environ 2x/heure. Pas de travail imposant le maintien de la nuque dans une position extrême en flexion et/ou en inclinaison/rotation latérale immobile prolongée. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Epaule gauche : pas de travail sollicitant l'épaule gauche en force, en particulier dans les mouvements en abduction, se faisant au-delà de 60°.

Problématique psychiatrique : narcissisme, rigidité, projectivité, agressivité, sentiment de dévalorisation, angoisses de mort. »

Par décisions du 7 octobre 2003, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2000, fondée sur une incapacité totale de travail depuis le 22 septembre 1999.

b) Dans le cadre d'une procédure de révision d'office initiée par l'OAI, le Dr M. _____ a retenu, le 18 août 2006, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de carcinome du rhinopharynx en octobre 1999, d'infections ORL récidivantes, d'hyposialorrhée, de syndrome cervical chronique, de polyneuropathie sensitive aux membres inférieurs d'origine médicamenteuse, de déconditionnement musculaire global depuis 2001, ainsi que de fracture de stress du tibia droit. Il a relevé que l'état de santé de son patient était stationnaire. La situation ne permettait pas une reprise quelconque d'une activité professionnelle ou un reclassement.

Par communication du 22 novembre 2006, l'OAI a informé l'assuré que sa rente entière d'invalidité était reconduite.

c) Lors d'une nouvelle procédure de révision d'office, le Dr M. _____ a, dans un rapport du 16 janvier 2012, notamment posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de carcinome du rhinopharynx en 1999, de broncho-pneumonie basale droite post-grippale en 1999, de dermo-hypodermite du cou et otite moyenne aiguë droite en 2000, de thrombose veineuse profonde sous-clavière droite et d'hospitalisation à l'H. _____ pour renforcement musculaire en 2001, de polypectomie nasale bilatérale en 2003, ainsi que d'éthmoïdectomie et sphénoïdotomie bilatérales en 2006. Il a indiqué qu'aucune reprise de travail, même à temps partiel, n'était envisageable en raison de la symptomatologie ORL, persistante toute la journée. Le patient souffrait d'infections cutanées et ORL récidivantes. S'agissant de la situation actuelle, le Dr M. _____ a décrit une xérostomie toujours très prononcée, une dysphagie, ainsi que des acouphènes.

En réponse à l'OAI, l'assuré a indiqué, le 17 janvier 2012, qu'il n'était pas suivi sur le plan psychiatrique.

Par avis médical du 4 septembre 2012, le Dr Q. _____, médecin au SMR, a relevé que l'incapacité totale de travail dès 1999 était principalement en lien avec une décompensation durable d'un trouble

constitué de la personnalité sur un mode anxieux et dépressif, dans les suites d'un cancer ORL, lequel avait eu une issue favorable, l'assuré étant encore en rémission à ce jour. Il a ajouté que dans son rapport du 16 janvier 2012, le Dr M. _____ avait rappelé les atteintes ORL, mais n'avait rien indiqué s'agissant d'une psychopathologie. Ceci ne permettait pas de justifier l'incapacité totale de travail en cours, compte tenu des limitations fonctionnelles que les atteintes ORL justifiaient, soit de pouvoir interrompre très fréquemment l'activité pour boire de l'eau et ainsi lutter contre la xérostomie. Le Dr Q. _____ a expliqué qu'il allait transmettre au Dr M. _____ le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR, en le priant de compléter son rapport du 16 janvier 2012 sur ce point.

Le 10 septembre 2012, le Dr M. _____ a répondu que l'examen bidisciplinaire confirmait les plaintes somatiques, toujours présentes, lesquelles empêchaient une reprise de l'activité professionnelle. En revanche, il ne pouvait pas se prononcer sur la problématique psychique et son impact sur la capacité de travail.

Par avis médical du 2 octobre 2012, le Dr Q. _____ a proposé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique au SMR, voire d'une expertise psychiatrique.

L'expertise psychiatrique a été confiée au Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a examiné l'assuré le 24 janvier 2013. Dans son rapport du 28 janvier 2013, il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de personnalité narcissique (F60.8), actuellement non décompensée, existant depuis des années, ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis environ 2000. Les limitations fonctionnelles de l'assuré constituaient en une diminution de sa tolérance au stress et à la frustration, à l'origine d'une fatigabilité accrue, ainsi que de conflits potentiels avec son entourage. La capacité de travail était dans un premier temps de 50 % sur le plan psychique, après un temps suffisant d'adaptation. L'activité de chauffeur-livreur paraissait comme adaptée à l'assuré, lui permettant un maximum d'autonomie dans l'organisation de

son travail, sans intégration dans une hiérarchie stricte, ni de travail en équipe. Il n'y avait pas de diminution du rendement pour une activité exercée à 50 %. Le Dr R. _____ a fait l'appréciation suivante du cas :

« Situation actuelle :

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique.

M. F. _____ nie toute difficulté psychique et se plaint surtout de symptômes physiques notamment des douleurs, dans plusieurs parties du corps. Selon lui, ces symptômes se trouvent à l'origine d'importantes limitations fonctionnelles dans sa vie quotidienne. Cependant, ses plaintes montrent quelques incohérences avec les observations lors de l'examen actuel car M. F. _____ décrit par exemple une incapacité de garder une position assise ou debout, tout en restant assis, pendant un examen d'une durée de 2h30. Il est également capable d'entreprendre quotidiennement des promenades d'une heure ou plus et de se rendre en voiture au [...] avec des trajets de 18 à 20 heures. A condition que ces douleurs, constituant la plainte principale de M. F. _____, ne peuvent pas être expliquées par un processus physiologique comme décrit dans la partie somatique de l'examen bidisciplinaire d'avril 2003, ce tableau clinique correspond toujours à un syndrome douloureux somatoforme persistant. Cependant, l'importance des douloureux semble nettement moins prononcée qu'en 2003 car, à l'examen actuel, M. F. _____ ne montre que peu, voire pas de comportement algique. En plus, il décrit la survenue de douleurs cervicales et lombaires surtout après certains mouvements, en limitant la prise d'antidouleurs à 1 cp de Ponstan® toutes les 6 à 8 semaines, sans élément objectivable en faveur de la persistance de douleurs importantes.

Selon M. F. _____, ses douleurs surviennent dans le cadre d'un traitement lourd avec radio- et chimiothérapie d'un cancer de la gorge. Confronté à cette maladie potentiellement fatale et la souffrance due au traitement oncologique, M. F. _____ donne l'impression de faire face en affichant son calme et fatalisme qui paraissent superficiels et peu authentiques. Derrière cette façade d'indifférence, la confrontation avec le risque d'une rechute impliquant à nouveau une thérapie lourde et potentiellement une issue fatale, laisse apparaître quelques traits anxieux. En mettant l'accent sur ses symptômes physiques, M. F. _____ refuse pourtant d'aborder ces émotions et fait preuve de moyens de défense immatures comme le déni et l'idéalisation. Vulnérable pour des blessures narcissiques, M. F. _____ évite ainsi la confrontation avec le vécu de sa maladie cancéreuse et la perte de son identité de travailleur. Malgré des moyens d'introspection lui permettant potentiellement un processus d'acceptation, il n'a pas entrepris de psychothérapie et semble toujours s'identifier avec un faux self. Cependant, M. F. _____ ne se montre plus agressif ou projectif comme encore décrit par la Dresse A. _____ en 2003, mais donne l'impression de s'être arrangé avec sa situation. Au lieu d'un dysfonctionnement au plan relationnel, il mène une vie sociale active marquée par des rencontres régulières avec des amis de longue date et continue de s'engager pour ses enfants. En parallèle, il décrit une relation conjugale harmonieuse depuis plusieurs années

et poursuit volontiers des activités positives comme des voyages au [...] et des sorties avec des amis. Sa vie sociale montre ainsi un équilibre stabilisé depuis quelques années, sans élément en faveur d'un rôle de victime persécutée, vivant le monde extérieur comme menaçant et ayant perdu son rôle de chef de famille, encore décrit en 2003. En conséquence, l'anamnèse et l'examen psychiatrique actuel confirment le diagnostic d'une personnalité narcissique n'étant pourtant plus décompensée.

L'examen actuel montre une nette stabilisation de l'état de M. F._____, n'exprimant plus de crainte d'une détérioration de sa situation générale ni de hantise de finir dans une chaise roulante. Au contraire, au cours de l'évolution favorable de sa maladie cancéreuse qui reste sans rechute depuis maintenant plus de 10 ans, les angoisses de mort et de souffrance de M. F._____ se limitent à des traits anxieux. Ces traits anxieux ne justifient plus le diagnostic d'une dysthymie ou d'un trouble anxieux et dépressif mixte comme manifestation chronique du trouble de l'adaptation retenu en 2003.

[...]

En conclusion, la personnalité narcissique non décompensée de M. F._____ ne justifie plus le diagnostic d'une comorbidité psychiatrique incapacitante de son syndrome douloureux somatoforme persistant. C'est ainsi qu'il continue à mener une vie sociale active, sans perte de l'intégration sociale sur toutes les manifestations de la vie ni de perturbation sévère de l'environnement psychosocial encore constatées en 2003. Au vu de cette évolution, l'anamnèse ne montre pas d'état psychique cristallisé, malgré des douleurs persistant de manière chronique depuis plusieurs années. En l'absence de tout suivi psychiatrique et psychothérapeutique, il n'y a pas non plus d'échec de traitement conforme aux règles de l'art. En conséquence, l'état de M. F._____ est compatible avec la reprise au moins partielle d'une activité professionnelle. Afin de tenir compte du déconditionnement de l'expertisé, après plus de 10 ans d'inactivité professionnelle et de sa fragilité, notamment de sa vulnérabilité pour des blessures narcissiques, une telle reprise de travail devrait se dérouler progressivement en visant, dans un premier temps, un taux d'activité de 50 %. En parallèle, il serait souhaitable qu'une telle activité permette à M. F._____ un maximum d'autonomie dans l'organisation de son travail, sans intégration dans une hiérarchie stricte ni de travail en équipe, tout en mettant en valeur ses intérêts et expériences professionnelles en tant que chauffeur-livreur. »

Le Dr R._____ a en outre répondu comme suit aux questions posées :

« 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Lors de l'examen bidisciplinaire au SMR en avril 2003, la Dresse A._____, psychiatre, retient une incapacité de travail complète dans toute activité à cause d'une personnalité narcissique décompensée sur un mode persécutoire, s'accompagnant d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi que d'un trouble de l'adaptation, depuis l'automne 1999.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Depuis, l'anamnèse de M. F._____ montre une stabilisation progressive au cours de l'évolution favorable de sa maladie cancéreuse qui reste sans rechute depuis maintenant plus de 10 ans. Dans ce contexte, il n'y a plus de perturbation de l'environnement psychosocial qui est marqué par des relations proches et stables autant au plan familial qu'amical ni de perte de l'intégration sociale chez un expertisé qui continue à mener une vie sociale active. M. F._____ poursuit ainsi différentes activités positives comme des voyages annuels au [...] et s'engage pour ses enfants en assumant à nouveau son rôle de père. Ayant ainsi trouvé une certaine stabilité, M. F._____ reste vulnérable face aux situations dépassant ses ressources d'adaptation, raison pour laquelle il est indiqué de limiter d'abord les exigences au plan professionnel à une activité à 50 %, après un temps suffisant d'adaptation afin de tenir compte de son déconditionnement. En fonction du déroulement des mesures de réinsertion, ce taux serait à adapter ultérieurement. La réticence de M. F._____ de s'engager dans de telles démarches semble s'expliquer par l'adoption d'un rôle d'invalidé maintenu par le bénéfice secondaire d'une décharge de toute obligation professionnelle lui permettant de se consacrer à sa vie privée, n'ayant pourtant pas de valeur de maladie. [...]

Influences sur la réadaptation professionnelle

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

Oui, des mesures de réadaptation devraient prendre en considération le déconditionnement de M. F._____, en lui permettant une augmentation progressive de son taux de travail, jusqu'à 50 % dans un premier temps. L'activité professionnelle devrait mettre en valeur ses intérêts et expériences. L'activité de chauffeur-livreur pourrait ainsi être une activité adaptée lui laissant un maximum d'autonomie dans l'organisation de son travail, sans intégration dans une hiérarchie stricte ni de travail en équipe. A condition d'une reprise de travail vécue comme valorisante par M. F._____, une telle activité est susceptible de mobiliser des ressources d'adaptation potentiellement compatibles avec une augmentation de son taux de travail au-dessus de 50 %. »

Par avis médical du 6 février 2013, le Dr T._____ du SMR a relevé que l'expertise précitée reprenait les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant et de personnalité narcissique, non décompensée. L'expert admettait, dans un premier temps, une capacité de travail de 50 %, avec reprise progressive de travail en raison du déconditionnement. Il démontrait l'absence de perte d'intégrité sociale dans tous les domaines la vie, l'absence d'état psychique cristallisé et l'absence d'échec de traitement, et précisait que la personnalité narcissique non décompensée n'était pas une comorbidité psychiatrique

incapacitante. Le Dr T. _____ a dès lors proposé la mise en œuvre de mesures de réinsertion.

Le 29 mai 2013, dans le cadre d'un entretien, l'OAI a proposé à l'assuré de participer à des mesures de réinsertion dans son ancienne activité de chauffeur-livreur. Celui-ci a déclaré qu'il n'était pas apte à reprendre, même progressivement, une activité professionnelle, en raison de ses douleurs physiques, d'une sécheresse buccale, ainsi que d'une fatigabilité accrue. Il n'envisageait pas de reprendre son activité de chauffeur-livreur, même s'il avait conservé des contacts avec son ancien employeur et renouvelé son permis poids-lourds en 2012. A cet effet, il avait passé avec succès un contrôle médical (cf. rapport initial du 15 juillet 2013 de l'OAI).

Au cours d'un entretien à l'OAI du 22 juillet 2013, l'assuré a répété, s'agissant de la proposition de participer à un stage ou à des mesures de réinsertion dans son ancienne activité, qu'il ne pouvait pas reprendre un emploi (cf. note de suivi du 12 août 2013).

Par lettre recommandée du 14 août 2013, l'OAI a sommé l'assuré de lui indiquer s'il allait participer à un stage visant à le soutenir dans la reprise de son ancienne activité professionnelle, en précisant qu'une capacité de travail de 50 % était retenue et qu'une diminution de rente aurait lieu dans tous les cas. Il a rappelé à l'assuré son obligation de se soumettre à des examens techniques nécessaires et raisonnablement exigibles.

L'intéressé a expliqué, le 11 septembre 2013, qu'il n'avait « pas de force physique et autre ».

Dans un rapport final du Service de réadaptation de l'OAI du 7 octobre 2013, le psychologue a conclu que l'assuré refusait une réadaptation, laquelle n'était dès lors pas envisageable. La capacité de travail dans toute activité était de 50 %.

Par projet de décision du 29 août 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de réduire la rente entière d'invalidité à une demi-rente. Il a exposé que sur la base des pièces médicales au dossier, une capacité de travail de 50 % était raisonnablement exigible dans l'activité habituelle. La comparaison entre les revenus sans invalidité (66'587 fr.) et avec invalidité (33'293 fr. 50) aboutissait à un degré d'invalidité de 50 %.

Par courrier du 18 septembre 2014, le Dr C._____, spécialiste ORL, a invité l'OAI à ne pas réduire la rente de l'assuré. Il a relevé que les traitements du cancer du rhinopharynx avaient laissé de graves séquelles. La radiothérapie avait complètement desséché la production de salive, ce qui représentait un lourd handicap dans la vie quotidienne, rendant la communication verbale difficile et obligeant le patient à s'humecter constamment la bouche. S'ajoutait une douleur cervicale permanente, plus marquée en position debout ou assise, soulagée par le décubitus dorsal. Les séquelles de la chimiothérapie portaient quant à elles sur l'appareil neuromusculaire. Le patient n'avait plus la force de réaliser aucune véritable activité physique. Il parvenait juste à se déplacer, à condition de le faire calmement, ce qui excluait tout « travail » proprement dit.

Par avis médical du 9 octobre 2014, le Dr G._____, spécialiste en médecine du travail au SMR, s'est déclaré surpris par le renouvellement du permis poids-lourds de l'assuré en 2012, alors qu'il était encore en incapacité totale de travail et que l'expertise avec le Dr R._____ n'avait eu lieu qu'en janvier 2013. Il a préconisé de demander au Service des automobiles et de la navigation (SAN) le rapport d'examen médical. Il a ajouté que ce permis était attribué si le demandeur fournissait la preuve qu'il avait suivi 35 heures ou cinq jours de formation continue en l'espace de cinq ans, ce qui laissait songeur, car l'examen du 7 juillet 2003 du SMR confirmait l'incapacité totale de travail dans toute activité dès 1999 pour des raisons psychiques. Il a conclu que l'assuré disposait déjà d'une capacité de travail de 50 % depuis la date du renouvellement du permis poids-lourds.

Le 8 décembre 2014, un collaborateur juriste de l'OAI a estimé que la demande du rapport d'examen médical du SAN était superflue. Par ailleurs, il a relevé que le caractère adapté de l'activité de chauffeur poids lourds devait être examiné en tenant également compte des limitations fonctionnelles retenues sur le plan somatique par le rapport du 7 juillet 2003 du SMR.

Dans une communication interne du 21 juillet 2015, l'OAI a constaté qu'au vu des limitations fonctionnelles somatiques et psychiques, il était difficile de valider la reprise de l'activité habituelle. En revanche, dans une activité industrielle légère, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50 %.

Par avis médical du 9 février 2016, le Dr G. _____ du SMR a énoncé ce qui suit s'agissant des indicateurs développés par la jurisprudence du Tribunal fédéral quant aux troubles somatoformes douloureux :

« Veuillez déjà reconnaître l'absence formelle et bien démontrée de toute pathologie psy. incapacitante (p. 12 et suivantes [ndlr : de l'expertise du Dr R. _____]) comme déjà expliqué dans le RM [rapport médical] SMR du 18.06.15 [recte : 06.02.2013] : nous avons juste une personnalité narcissique non décompensée qui ne justifie pas une comorbidité psychiatrique incapacitante. En ce qui concerne le trouble somatoforme (F45), sans comorbidité psychiatrique, non incapacitant, il n'existe pas d'atteinte majeure de la personnalité. Par ailleurs, l'examen attentif du dossier d'expertise sur le plan psychosocial et vie quotidienne montre : l'absence de toute difficulté psychique, de diminution de l'attention, de tout problème important de mémoire, un suivi d'émission de télévision, une lecture du journal, un suivi administratif de ses affaires, une bonne sociabilité et convivialité, depuis des années, il fait régulièrement des promenades pendant 1 à plusieurs heures par jour "parce que il aime bien bouger", il aide parfois à la mission catholique, il aimerait reprendre un travail, il garde le contact avec ses amis etc. (cf. vie sociale p. 9-10), il dispose bien du permis de conduire pour voiture et PL [poids-lourds], il décrit une relation conjugale harmonieuse depuis plusieurs années, fait des voyages au [...] et des sorties avec des amis. Tous ces éléments permettent d'affirmer selon les critères de l'Arrêt du Tribunal Fédéral du 03.06.15 que le trouble somatoforme (F45), sans comorbidité psychiatrique incapacitante, est bien lui aussi non incapacitant.

Au total, nous suivons toujours les conclusions, telles que formulées ci-dessus. Elles sont justes et convaincantes. Notre conviction intime actuelle à la relecture du dossier serait une CTAA [capacité de

travail dans une activité adaptée] d'au moins 80 % : cf. maintien du permis PL. »

Lors d'un entretien à l'OAI du 11 juillet 2016, un soutien dans la reprise d'une activité professionnelle adaptée a été offert à l'assuré. Celui-ci a opposé un « refus catégorique » d'entrer en matière. Il a fait état de problèmes de concentration, raison pour laquelle il disait avoir rendu son permis poids-lourds. Il n'avait en outre pas la force pour travailler (cf. note du 11 juillet 2016 de l'OAI).

Par lettre recommandée du même jour, l'OAI a imparti un délai à l'intéressé pour qu'il confirme par écrit qu'il allait participer pleinement aux mesures qui seraient mises en place. Il a informé qu'en cas de réponse négative ou sans réponse de sa part, l'instruction de son droit à des mesures professionnelles serait interrompue et qu'il serait procédé à l'évaluation de son taux d'invalidité en tenant compte d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 15 juillet 2016 à l'OAI, le Dr M._____ a constaté une incapacité totale de travail dans toute activité. Son patient avait développé une sécheresse buccale invalidante, l'obligeant à s'humecter et s'hydrater de façon répétitive, ce qui constituait un lourd handicap dans la vie quotidienne. Il présentait des cervicalgies, des myalgies diffuses, ainsi que des douleurs aux articulations temporo-mandibulaires. A cela s'ajoutaient une hypertension artérielle et une suspicion de carcinome prostatique, actuellement en investigation.

Le 22 septembre 2016, en réponse à l'OAI, qui lui demandait s'il avait eu de nouvelles informations quant à la suspicion de carcinome prostatique, le Dr M._____ a transmis un rapport du 7 juillet 2016 du Dr N._____, urologue, posant le diagnostic de suspicion biochimique de carcinome prostatique avec cinétique du PSA (antigène prostatique spécifique) suspecte.

Le 22 novembre 2016, le Dr M._____ a remis à l'OAI des résultats d'analyses effectuées le même jour concernant cette

problématique, puis a indiqué, le 14 décembre 2016, qu'aucune autre investigation n'était en cours.

Par avis médical du 26 janvier 2017, le Dr G._____ du SMR a retenu qu'aucune des constatations du Dr M._____ ne pouvait constituer une incapacité durable, d'autant plus que l'assuré restait apte à la conduite de poids-lourds. Il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un cancer de la prostate. Il a confirmé la pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 2 février 2017, annulant et remplaçant celui du 29 août 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de supprimer la rente d'invalidité, dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a expliqué qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, reprenant à cet égard l'intégralité des limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du 7 juillet 2003 des Drs S._____ et A._____. Il ressortait de la comparaison des revenus sans invalidité (66'587 fr.) et avec invalidité (59'070 fr. 01, déterminé selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]), un taux d'invalidité de 11.28 %, insuffisant pour prolonger le droit à la rente.

Le 6 mars 2017, l'assuré, désormais représenté par Me Flore Primault, a contesté ce projet, soutenant qu'il se fondait sur l'expertise médicale du Dr R._____ rendue il y a près de quatre ans. En outre, au niveau de la situation décrite, cette expertise n'apportait rien de nouveau par rapport à celle du 7 juillet 2003 de la Dresse A._____ du SMR, sur la base de laquelle une rente entière lui avait été octroyée. Le Dr R._____ avait simplement eu une lecture différente d'un état de fait demeuré inchangé. Par ailleurs, le projet de décision n'était pas fondé sur la capacité de travail de 50 % retenue par l'expert, mais sur l'avis médical du Dr G._____. S'agissant des démarches relevées par ce médecin quant à la conservation du permis poids-lourds, il a soutenu qu'il n'avait jamais effectué d'heures de cours, qui ne lui avaient d'ailleurs pas été

demandées. Il s'agissait uniquement de subir un examen de vue. En outre, il avait rendu son permis poids-lourds en raison des coûts engendrés.

Par avis médical du 7 avril 2017, le Dr G. _____ a contesté l'appréciation différente d'un même état de fait. En effet, l'assuré avait renouvelé son permis poids-lourds en 2012, ayant passé avec succès un contrôle médical, ce qui traduisait indéniablement une amélioration depuis l'évaluation de la Dresse A. _____. Le développement du dossier par la suite et l'absence de pathologies ultérieures renforçaient la conviction qu'il était capable de travailler à 100 %, comme l'analysait le Dr R. _____ dans son expertise sur le plan psychosocial et la vie quotidienne. Il existait bien une amélioration devant un trouble de la personnalité décompensé se récompensant.

Par décision du 19 mai 2017, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de dite décision. Dans un courrier du même jour, il a expliqué que si certaines des constatations objectives de la Dresse A. _____ et du Dr R. _____ se recoupaient, l'état de santé de l'assuré apparaissait, pour des raisons objectives, globalement amélioré depuis 2003. Par la suite, le syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué avait été analysé sous l'angle des indicateurs développés par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral y relative. Il en ressortait, en particulier, que l'assuré n'avait jamais été suivi sur le plan psychiatrique et que la limitation des niveaux d'activités n'était pas uniforme dans tous les domaines de la vie. Ce trouble n'était donc pas invalidant et la capacité de travail devait être considérée comme entière dans une activité adaptée. Le Dr R. _____ précisait déjà que la capacité de travail de 50 % à laquelle il avait conclu était susceptible d'être augmentée, moyennant notamment la mise en œuvre de mesures de réinsertion, auxquelles l'assuré avait refusé de donner suite.

B. Par acte du 23 juin 2017, F. _____, toujours représenté par Me Flore Primault, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant préliminairement à la

restitution de son effet suspensif, et principalement à son annulation et à la constatation de son droit à une rente entière, subsidiairement à une demi-rente. Encore plus subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'OAI. Reprenant les points soulevés dans son courrier du 6 mars 2017, il a répété que le Dr R. _____ avait fait une appréciation différente d'un état de fait similaire. La seule différence apparaissait dans le fait que cet expert avait disposé de plus de temps pour décrire sa vie quotidienne, alors que la Dresse A. _____ en avait fait un résumé. En outre, l'OAI avait affirmé que son état de santé apparaissait, « pour des raisons objectives », globalement amélioré depuis 2003, sans pour autant citer lesquelles. Par ailleurs, l'avis médical du Dr G. _____ sur lequel s'était fondé l'OAI pour retenir une capacité de travail de 80 % ne comportait aucune valeur probante. Enfin, il a reproché à l'OAI de s'être contenté de lui offrir la possibilité d'effectuer un stage pour qu'il puisse reprendre son activité de chauffeur-livreur, mesure qui n'était pas adaptée, avant de supprimer sa rente.

Par ordonnance du 10 juillet 2017, la juge en charge de l'instruction a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif.

Dans sa réponse du 28 août 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, en renvoyant à son courrier du 19 mai 2017.

Par duplique du 28 septembre 2017, le recourant a maintenu sa position.

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 l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des

décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 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) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant au maintien de sa rente entière, singulièrement sur la question de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre les décisions du 7 octobre 2003 lui ayant reconnu le droit à une telle rente dès le 1^{er} septembre 2000 – savoir les dernières décisions entrées en force qui reposent sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse.

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

b) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Pour déterminer s'il y a motif à réviser une rente, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité peut donner lieu à une révision de la rente. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V

343 consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

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 (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1). 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 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2).

d) 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 avec la référence citée).

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, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

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 citées).

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la

jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles

doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (consid. 4.4 de l'arrêt cité). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8, renvoyant à l'ATF 137 V 210 consid. 6 in initio).

5. En l'espèce, dans le cadre d'une procédure de révision d'office, l'OAI a constaté que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était désormais totale et a de ce fait supprimé la rente entière allouée à ce dernier depuis le 1^{er} septembre 2000. Il convient ainsi d'examiner si le degré d'invalidité de l'assuré a subi une modification significative entre les décisions du 7 octobre 2003, qui lui ont reconnu le droit à une rente entière, et la décision litigieuse du 19 mai 2017.

a) Pour rendre les décisions du 7 octobre 2003, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'examen clinique du 7 juillet 2003 des Drs S. _____ et A. _____ du SMR. Ceux-ci avaient posé les diagnostics de trouble de l'adaptation réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22), de trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4), ainsi que de trouble de la personnalité narcissique avec des traits paranoïaques décompensé. Sur le plan somatique, ils avaient notamment retenu de discrets troubles statiques et dégénératifs cervico-lombaires, une discrète polyneuropathie sensitive aux membres supérieurs et inférieurs, ainsi qu'un status après chimiothérapie et radiothérapie d'un carcinome peu différencié lympho-épithélial du rhinopharynx gauche de stade T3 en 1999 et 2000. D'après les spécialistes, les lésions organiques identifiées étaient compatibles avec une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En revanche, ils ont conclu que la problématique psychiatrique impliquait une incapacité totale de travail dans toute activité depuis l'automne 1999. C'est donc uniquement en raison des atteintes psychiques présentées par le recourant qu'une rente entière lui a été allouée.

b) Au cours de la procédure de révision initiée par l'OAI à la fin 2011, l'intéressé a été examiné par le Dr Brinken dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 28 janvier 2013, ce spécialiste a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de personnalité narcissique non décompensée et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Selon lui, la capacité de travail de l'assuré était dans un premier temps de 50 %.

Le recourant soutient que l'expertise du Dr R. _____ constitue uniquement une appréciation différente d'un état de fait demeuré inchangé depuis le rapport du 7 juillet 2003 du SMR. Or, après s'être entretenu avec l'intéressé, avoir examiné l'entier du dossier AI, avoir fait état de l'anamnèse et pris en considération les plaintes de l'assuré, le spécialiste a expliqué avec précision les raisons pour lesquelles il retenait que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis le rapport précité du SMR. Le Dr R. _____ a notamment exposé que l'examen actuel montrait une nette stabilisation de l'état de l'assuré, lequel n'exprimait plus de crainte d'une détérioration de sa situation générale, ni de hantise de finir dans une chaise roulante, comme en 2003. Au contraire, au cours de l'évolution favorable de sa maladie cancéreuse, les angoisses de mort et de souffrance se limitaient à des traits anxieux. Ceux-ci ne justifiaient plus le diagnostic d'un trouble anxieux et dépressif mixte comme manifestation chronique du trouble de l'adaptation retenu en 2003. Le Dr R. _____ a par ailleurs expliqué que les douleurs de l'assuré - constituant la plainte principale - correspondaient toujours à un syndrome douloureux somatoforme persistant, mais que leur importance semblait nettement moins prononcée qu'en 2003, car à l'examen, l'intéressé ne montrait que peu, voire pas de comportement algique. En outre, il a noté que l'assuré était resté assis durant l'entretien d'une durée de 2 h 30, même si celui-ci décrivait une incapacité à garder une position assise ou debout. Il sied à cet égard de relever qu'en 2003, les spécialistes du SMR avaient retenu comme limitation fonctionnelle la nécessité de pouvoir alterner les positions assise et debout environ deux fois par heure. De plus, le Dr R. _____ a signalé que le recourant décrivait la survenue de douleurs cervicales et lombaires surtout après certains mouvements, alors qu'il ressort du rapport de 2003 que les douleurs cervicales étaient permanentes, augmentant lors de certains efforts. Par ailleurs, l'expert a expliqué que l'assuré ne se montrait plus agressif ou projectif comme décrit par la Dresse A. _____ en 2003, mais donnait l'impression de s'être « arrangé » avec sa situation. Sa vie sociale, avec une relation conjugale harmonieuse et des sorties avec des amis, montrait un équilibre stabilisé, sans élément en faveur d'un rôle de victime persécutée, vivant le monde extérieur comme menaçant et ayant perdu son rôle de chef de

famille, tel que décrit en 2003. Selon le Dr R._____, le diagnostic d'une personnalité narcissique devait ainsi être confirmé, mais celle-ci n'était plus décompensée. L'appréciation de la situation médicale faite par l'expert est claire et bien détaillée.

Ainsi, il ressort de cette expertise, de manière probante, qu'en 2013, l'état de santé de l'assuré s'est amélioré par rapport à 2003, même si certaines observations objectives se recoupent avec celles du rapport du SMR précité. Il sied encore de relever, à l'instar de l'OAI, que le véritable sentiment de détresse, ainsi que la souffrance psychique et physique soulignés par la Dresse A._____ lors de l'examen de 2003 ne transparaissent pas dans l'expertise du Dr R._____.

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert a examiné le cas selon les anciens critères jurisprudentiels relatifs aux troubles somatoformes douloureux persistant. Il a expliqué que la personnalité narcissique, non décompensée, ne justifiait plus le diagnostic d'une comorbidité psychiatrique incapacitante du syndrome douloureux somatoforme persistant. En particulier, l'expertisé continuait à mener une vie sociale active, sans perte de l'intégration sociale sur toutes les manifestations de la vie, ni de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, comme constatées en 2003. L'anamnèse ne montrait pas d'état psychique cristallisé. En l'absence de tout suivi psychiatrique, il n'y avait pas non plus d'échec de traitement conforme aux règles de l'art. En conséquence, le Dr R._____ a conclu que l'état de l'assuré était compatible avec la reprise au moins partielle d'une activité professionnelle. Il a précisé qu'une telle reprise devrait se dérouler progressivement en visant, dans un premier temps, un taux d'activité de 50 %, ceci pour tenir compte du déconditionnement de l'assuré - après plus de dix ans d'inactivité professionnelle - et de sa fragilité. Il a ajouté que ce taux pourrait être augmenté après une reprise du travail vécue comme valorisante. Ce taux partiel initial a ainsi été retenu surtout en raison du déconditionnement de l'expertisé.

Cela étant, il convient toutefois de procéder à l'analyse du cas à l'aune de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux (cf. consid. 4b supra).

Tout d'abord, il y a lieu de constater que l'expert a retenu quelques incohérences entre les plaintes de l'assuré et les observations effectuées lors de l'examen. Le Dr R._____ a illustré ses propos en décrivant que l'expertisé avait relaté une incapacité à garder une position assise ou debout, alors qu'il était resté assis pendant l'examen qui avait duré 2 h 30, qu'il était capable d'entreprendre quotidiennement des promenades d'une heure ou plus et de se rendre en voiture au [...], avec des trajets de 18 à 20 heures. Les plaintes ne concordent ainsi pas avec les constatations de l'expert, ce qui amène à retenir un phénomène d'exagération des symptômes. Pour cette raison déjà, il y aurait lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Quoi qu'il en soit, l'analyse de la capacité de travail à l'aune des nouveaux indicateurs définis par le Tribunal fédéral aboutit à la même conclusion. En particulier, l'assuré n'a jamais été suivi sur le plan psychiatrique, de sorte que l'on ne peut considérer que l'atteinte est résistante à tout traitement. En outre, s'agissant des comorbidités, seule une personnalité narcissique, qui plus est, non décompensée, a été retenue. De plus, l'indicateur se rapportant à la cohérence révèle que la limitation des niveaux d'activités alléguée n'est pas uniforme dans les différents domaines de la vie. En effet, il ressort des déclarations du recourant qu'il mène une vie quotidienne relativement active. Il a expliqué à l'expert R._____ se lever à 6 h 30, préparer le petit-déjeuner pour ses enfants, manger avec eux et s'occuper de la vaisselle. Ensuite, il s'intéresse aux nouvelles et s'occupe de la correspondance et des finances de la famille, notamment des paiements. Quand il fait beau, il effectue des promenades, d'une heure ou plus, puis rentre cuisiner pour ses enfants. L'après-midi, il va encore se balader et rencontre parfois des connaissances. Le soir, il aide sa femme à préparer les repas et mange en famille. Il lui arrive de sortir encore après le repas, s'il est invité par des amis. Il effectue régulièrement les courses. Il s'engage ainsi pour ses enfants et sa famille, et décrit par ailleurs une

relation conjugale harmonieuse. Il se rend également une fois par année chez sa famille au [...], avec son épouse et ses enfants. Enfin, il conserve des liens sociaux, ayant lui-même décrit avoir un cercle de bons amis et aider parfois à la mission catholique. Ainsi, il ressort de l'analyse des indicateurs définis par la jurisprudence que l'assuré ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante et que sa capacité de travail est totale, telle que retenue par le Dr G. _____ du SMR (cf. avis des 9 février 2016 et 26 janvier 2017).

S'il est vrai que le recourant présente un déconditionnement du fait de son éloignement du monde du travail depuis de nombreuses années, ainsi que l'a relevé le Dr R. _____, il sied de constater que l'OAI lui a proposé des mesures professionnelles, qu'il a refusées sans même entrer en matière (cf. consid. 7 infra), ceci bien avant que l'OAI lui supprime sa rente. Il ne fait aucun doute qu'une participation active de l'intéressé à ces mesures, conformément à son obligation de diminuer le dommage, aurait largement contribué à la réduction de son déconditionnement et à l'augmentation progressive de sa capacité de travail. Dès lors que l'OAI a supprimé la rente au 1^{er} juillet 2017 seulement, il n'y a pas lieu de détailler les paliers de l'augmentation progressive de la capacité de travail.

Enfin, même si l'expertise du Dr R. _____ date de 2013, aucun élément au dossier ne démontre que l'amélioration constatée à cette date s'est modifiée de manière à pouvoir remettre en cause les considérations qui précèdent. En effet, dans son rapport du 18 septembre 2014, le Dr C. _____ a surtout mis en avant la problématique du dessèchement de la production de salive, obligeant le patient à s'humecter constamment la bouche. Or, dans leur rapport du 7 juillet 2003, les Drs S. _____ et A. _____ avaient déjà retenu comme limitation fonctionnelle la nécessité de pouvoir interrompre très fréquemment l'activité pour boire un peu d'eau, ce qui, selon eux, n'entravait pas la capacité totale de travail retenue sur le plan somatique. Le Dr C. _____ a également indiqué que son patient ne pouvait pas réaliser de véritable activité physique. Toutefois, il n'a pas précisé que ceci était apparu

récemment, exposant au contraire qu'il s'agissait de séquelles de la chimiothérapie. Quant au Dr M._____, outre la sécheresse buccale, il a fait état de cervicalgies, de myalgies diffuses, ainsi que de douleurs aux articulations temporo-mandibulaires (cf. rapport du 15 juillet 2016). Les douleurs diffuses, notamment au niveau de la nuque, ne sont pas nouvelles et avaient déjà été relevées tant par les Drs S._____ et A._____ en 2003 que par le Dr R._____. Enfin, la suspicion de carcinome prostatique ne s'est pas concrétisée, les résultats d'analyses s'étant révélés rassurants (cf. courriers des 22 novembre et 14 décembre 2016 du Dr M._____).

Ainsi, l'intimé était fondé à reconnaître à l'assuré une capacité totale de travail. Le Dr R._____ a estimé, d'un point de vue psychiatrique uniquement, que l'activité habituelle de chauffeur-livreur était adaptée, car elle laissait à l'expertisé un maximum d'autonomie dans l'organisation de son travail, sans intégration dans une hiérarchie stricte, ni de travail en équipe. Toutefois, cette activité n'est pas adaptée aux limitations fonctionnelles que présente le recourant sur le plan somatique, telles qu'elles ressortent du rapport du 7 juillet 2003 du SMR. C'est donc à juste titre que l'OAI a retenu une pleine capacité de travail dans toute activité respectant lesdites limitations fonctionnelles.

6. Il convient d'examiner le préjudice économique subi par le recourant.

a) Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

b) En l'espèce, l'OAI a retenu à juste titre que le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année 2013.

Il a fixé le salaire sans invalidité à 66'587 fr., se fondant sur les données transmises par l'employeur L._____ en 2000 (4'323 fr. x 13), en précisant les avoir indexées à 2013. Or, le montant déterminé par l'OAI correspond à une indexation à l'année 2012, celle pour l'année 2013 aboutissant à un montant de 67'120 fr. 29.

Quant au revenu d'invalidé, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle, il doit être déterminé selon les données statistiques de l'ESS en se référant au revenu mensuel brut pour une activité simple et répétitive. Le salaire mensuel retenu par l'ESS 2012 pour les hommes effectuant une telle activité dans le secteur privé s'élève à 5'210 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1). Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2013, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 5'431 fr. 43 par mois (4'901 fr. x 41,7 : 40 heures), correspondant à un montant de 65'177 fr. 10 par année. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013, ce qui conduit à un gain annuel de 65'633 fr. 34 (+ 0.7 % en 2013 [La Vie économique, tableau B 10.2]). Dans la décision attaquée, l'intimé a opéré sur ce revenu un abattement de 10 %

pour tenir compte des limitations fonctionnelles, si bien que le revenu d'invalidé s'élève à temps plein à 59'070 fr. 01.

Ainsi, il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité une incapacité de gain de 12 %, insuffisante pour maintenir le droit à une rente (cf. art. 28 al. 2 LAI ; consid. 6a supra).

c) En conclusion, la situation de l'assuré a connu une amélioration notable et durable depuis 2013 au moins, justifiant une révision du droit à la rente, soit la suppression de la rente entière à partir du 1^{er} juillet 2017. Cette date correspond au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision litigieuse du 19 mai 2017 (cf. art. 88a al. 1 et 88bis al. 2 let. a RAI ; consid. 3b supra).

7. Le requérant reproche enfin à l'OAI de s'être contenté de lui offrir la possibilité d'effectuer un stage pour qu'il puisse reprendre son activité de chauffeur-livreur, qui n'était pas adaptée, avant de supprimer sa rente. Il est vrai qu'en 2013, un tel stage et des mesures de réinsertion dans son ancienne activité lui ont été proposés. Toutefois, l'assuré a déclaré qu'il ne pouvait reprendre aucun emploi. Il n'est même pas entré en matière sur une quelconque reprise d'activité (cf. rapport initial du 15 juillet 2013 et note de suivi du 12 août 2013 de l'OAI). A cet égard, il a reçu une sommation de l'OAI (cf. courrier recommandé du 14 août 2013) et a confirmé son refus (cf. courrier du 11 septembre 2013). Par la suite, dans le cadre d'un entretien du 11 juillet 2016, un soutien dans la reprise d'une activité professionnelle adaptée lui a été offert. Là encore, le requérant a catégoriquement refusé d'entrer en matière (cf. note du 11 juillet 2016 de l'OAI). Le même jour, il a été sommé, par lettre recommandée, de confirmer qu'il allait participer pleinement aux mesures qui seraient mises en place. L'OAI l'a en outre informé qu'en cas de réponse négative ou sans réponse de sa part, l'instruction de son droit à des mesures professionnelles serait interrompue et qu'il serait procédé à l'évaluation de son taux d'invalidité en tenant compte d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En réponse à ce courrier, l'assuré s'est contenté de transmettre un rapport

de son médecin traitant attestant une incapacité totale de travail (cf. rapport du 15 juillet 2016 du Dr M. _____). Ainsi, la procédure suivie par l'OAI, qui a effectué plusieurs entretiens avec le recourant, lui a offert un soutien dans la reprise d'une activité professionnelle adaptée et lui a adressé des sommations, ne prête pas flanc à la critique.

8. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge du recourant, qui succombe.

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 mai 2017 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 mis à la charge de F. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour F. _____)
- 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 :