

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Bidiville et Zbinden, assesseurs  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Procap, service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 53 al. 2 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1963, travaillait en qualité de manœuvre à Yverdon-les-Bains. Le 25 janvier 1991, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi de mesures de réadaptation et d'une rente.

Dans un rapport du 6 mai 1991, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie à Lausanne, a posé le diagnostic de polypose colorectale familiale avec double cancer type Dukes B, a indiqué notamment la pose d'une iléostomie suite à une opération en 1989 et a retenu une incapacité de travail de 50%.

Par décision du 4 septembre 1990, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1990 puis à une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> décembre 1990.

Suite à une procédure de révision du droit à la rente, l'OAI s'est adressé à la Dresse D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à Yverdon-les-Bains. Le 3 janvier 1994, elle a posé les diagnostics de polypose colorectale familiale et de status post-colectomie totale avec double cancer type Dukes II, puis retenu une incapacité de travail de 50% dès novembre 1990 pour une durée indéterminée. Le 25 janvier 1991, l'OAI a informé l'assuré que le droit à la rente était maintenu.

Sous l'égide de l'OAI, l'assuré a bénéficié d'une aide au placement en mars 1994, puis d'un stage d'observation au centre d'intégration professionnelle à Lausanne du 14 août au 13 novembre 1995. Le rapport de stage du 14 novembre 1995 a indiqué en particulier que l'assuré pouvait exercer une activité à temps partiel (50 à 70%), qu'un bilan psychologique était nécessaire compte tenu de l'attitude négative de l'intéressé et que ce dernier avait fait état d'un rendement de 80%. Une mesure de reclassement professionnel par un stage en entreprise à

Yverdon-les-Bains a par la suite été mise sur pied jusqu'à fin mai 1996. Un rapport du 6 juin 1996 de la division de réadaptation de l'OAI, repris en substance par l'OAI dans une fiche d'examen datée du 1<sup>er</sup> juillet 1996, a retenu qu'une réintégration de l'assuré dans le circuit économique n'était pas possible, que son rendement était inférieur à 30% et que le droit à une rente entière était ouvert.

Par décision du 22 juillet 1996, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 1996, sur la base d'un degré d'invalidité de 80%.

Dans le cadre d'une révision du droit à la rente, dans un rapport du 8 décembre 1998, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a relevé que la situation était inchangée depuis 1996 et que l'incapacité de travail était de 100%. Le 8 février 1999, l'OAI a informé l'assuré que le droit à la rente était maintenu. En raison d'un état de santé stationnaire, médicalement attesté par la Dresse D.\_\_\_\_\_ le 23 juin 2003, le droit à la rente a été maintenu, par communication du 8 juillet 2003.

Le 1<sup>er</sup> septembre 2008, l'OAI a procédé à une nouvelle révision du droit à la rente. Dans un rapport du 17 décembre 2008, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de colectomie totale avec protectomie muqueuse et anastomose ilio-anale et ilio-stomie de dérivation dans la FID pour polypose familiale, de personnalité paranoïaque et de trouble dépressif chronique. Elle n'a pas indiqué de changement s'agissant de la capacité de travail et s'est notamment prononcée au sujet des limitations fonctionnelles de l'assuré.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'OAI a requis la mise en œuvre d'une expertise par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en gastro-entérologie à Pully. En date du 7 avril 2009, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status après procto-colectomie totale avec confection d'une poche iléale terminale et anastomose iléo-anale sous couverture d'une iléostomie, intervention pratiquée en 1989 dans le cadre

d'une polypose familiale, et d'état dépressif chronique. Il a ensuite retenu ce qui suit:

"Le port d'une iléostomie ne constitue pas en soi une invalidité suffisante pour justifier une rente totale. Il est évident qu'une iléostomie pose des problèmes pratiques qui peuvent interférer avec une activité professionnelle à plein temps. Le patient souffre par ailleurs d'un état dépressif réactionnel expliqué par une enfance difficile: ses parents sont décédés jeunes, sa mère alors qu'il avait 14 ans d'un cancer du côlon dans le cadre d'une polypose familiale et son père alors qu'il avait 16 ans d'un infarctus. De plus, à 26 ans, il a subi une intervention chirurgicale lourde et son fils aîné souffre de la même pathologie.

La reprise d'une activité à 50% dans une fonction adaptée à son handicap (conciergerie, livreur ou travail en atelier) me paraît envisageable. Dans le cas présent, le pronostic ne me paraît pas favorable compte tenu du fait que: 1/ cela fait 17 ans qu'il ne travaille plus. 2/ Le patient n'a pas vraiment de projet d'avenir et il s'est fait une philosophie de sa situation actuelle. 3/ Le patient paraît peu motivé. 4/ Le patient accepte l'idée de reprendre une activité professionnelle à temps partiel pour autant qu'il conserve la même qualité de vie qu'actuellement, qu'il gagne davantage et qu'il n'ait pas à se justifier en cas d'absentéisme.

[...]

Le port d'une iléostomie est incompatible avec un travail de force et un travail où l'on est fréquemment en position accroupie. D'un point de vue psychique, le patient présente un état dépressif chronique qui participe certainement à l'incapacité de travail.

[...]

En l'absence d'un état dépressif, le port d'une iléostomie peut justifier une incapacité de travail au plus de 50% dans une activité adaptée".

Dans un avis médical du 23 juin 2009, complété le 3 décembre 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie au SMR, a relevé que l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ concluait à une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, et ceci depuis la dernière intervention (iléostomie en 1990), que l'assuré pouvait exercer une activité légère permettant de changer de position, à proximité de lieux d'aisance, et que les chances de réussite d'un reclassement professionnel étaient faibles après 17 ans d'inactivité.

L'OAI a en particulier relevé, dans un rapport interne du 25 janvier 2010 puis dans un avis de son juriste du 25 janvier 2010, que l'aspect psychiatrique pouvait être davantage investigué, compte tenu des remarques des médecins à ce sujet. A la demande de l'OAI, dans un avis médical du 17 mars 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_ a répondu comme il suit aux questions de l'OAI:

"1. N'y a-t-il pas lieu de creuser davantage l'aspect psychiatrique, et si oui comment? La décision initiale était fondée sur le cancer colique, à l'exclusion de toute pathologie psychiatrique. Aucune des révisions successives n'a montré d'atteinte psychique. Ce n'est qu'en janvier 2009 que la Dresse D.\_\_\_\_\_ mentionne une personnalité paranoïaque et un trouble dépressif chronique. Elle ajoute que le patient ne consulte pas et qu'il n'a aucun traitement. Dans son expertise, le Dr P.\_\_\_\_\_ parle d'un état dépressif réactionnel expliqué par une enfance difficile. A la lecture des documents médicaux, on comprend que l'assuré est révolté par sa maladie (Dresse D.\_\_\_\_\_), et qu'il est peu motivé (Dr P.\_\_\_\_\_). Il n'a pas de suivi psychiatrique et ne prend aucun traitement psychoactif. Ceci permet de penser que la baisse de la thymie n'est pas réellement préoccupante. En l'état du dossier, il ne paraît pas indispensable de compléter l'instruction sur ce point.

2. Devons-nous tenir compte d'une baisse de rendement en plus de l'incapacité de travail de 50%? La diminution de rendement en relation avec la fatigabilité est incluse dans la capacité de travail.

[...]

3. Quelles sont exactement les limitations fonctionnelles? Activité permettant de changer fréquemment de position et à proximité de toilettes (Dr P.\_\_\_\_\_). Pas d'effort physique important, sensibilité aux critiques et aux échecs (Dresse D.\_\_\_\_\_).

- Y-a-t-il effectivement nécessité d'alterner les positions assis et debout ? Oui.
- L'atteinte à la santé contre-indique-t-elle réellement une position assise ou debout prolongée? Oui. La station debout est mieux supportée que la station assise qui augmente la pression intra-abdominale.

4. Devons-nous considérer que l'assuré présentera un absentéisme «anormal» en raison de son état de santé ? Non. [...]"

**B.** Dans un préavis du 7 mai 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui remplacer son droit à une rente entière par une demi-rente, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant sa notification. Se référant notamment à l'expertise effectuée par le Dr P.\_\_\_\_\_, l'OAI a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail

exigible de 50% depuis 1990. Procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité pour 2008, tenant compte d'un abattement de 5% du revenu d'invalidé, il s'est fondé sur un degré d'invalidité de 52.5%.

Le 4 juin 2010, l'assuré a contesté ce projet de décision, expliquant notamment ne pas être en mesure de pouvoir trouver du travail après 14 ans d'inactivité professionnelle, puis se prévalant de son état de santé. L'assuré a complété ses arguments par courrier du 12 juillet 2010 de son mandataire, faisant valoir que les conditions d'une reconsidération de la décision initiale d'octroi de rente du 22 juillet 1996 n'étaient pas remplies, compte tenu de la pratique et des pièces médicales figurant au dossier à cette époque.

Dans un avis médical du 27 août 2010, répondant aux arguments de l'assuré, le Dr G.\_\_\_\_\_ a maintenu sa position, relevant en particulier que l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie, décrivait les limitations fonctionnelles et que l'existence ou non d'une activité adaptée relevait de la compétence des spécialistes en réadaptation. L'absence de consultations et de traitement permettait de penser que les souffrances, qu'elles soient d'origine psychique ou somatique, n'atteignaient pas le seuil justifiant une demande de soins.

Par décision du 29 septembre 2010, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2010, compte tenu d'un degré d'invalidité de 53%. Dans sa motivation, l'OAI s'est référé aux mêmes motifs que ceux figurant dans son projet de décision du 7 mai 2010. L'OAI a par ailleurs retiré l'effet suspensif à un éventuel recours formé contre cette décision.

**C.** Par acte du 25 octobre 2010 de son mandataire, l'assuré a recouru au Tribunal cantonal. Il conclut à l'annulation de la décision du 29 septembre 2010 de l'OAI et au maintien du droit à la rente entière au-delà du 1<sup>er</sup> novembre 2010, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire par une expertise pluridisciplinaire avec volet psychiatrique et nouvelle décision au sens des considérants.

L'assuré soutient que, sur la base de l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, l'OAI a procédé à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits, de sorte que les conditions d'une reconsidération ne sont pas remplies. Il ajoute que la décision d'octroi de rente du 22 juillet 1996, rendue conformément à la pratique à l'époque, se fonde sur des rapports de réadaptation professionnelle et sur la base de ses troubles psychiques, non investigués au plan médical, pas plus que dans la décision attaquée. L'assuré conteste en outre le calcul du préjudice économique effectué par l'OAI, se prévalant d'un abattement du revenu d'invalidé supérieur au taux de 5% retenu par ledit office.

**D.** Dans sa réponse du 21 décembre 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, exposant que la décision du 22 juillet 1996 était manifestement erronée et avait à juste titre fait l'objet d'une reconsidération, dès lors qu'elle se fondait, en l'absence de pièces médicales, sur les constatations d'un stage de réadaptation professionnelle et qu'elle ne résultait pas d'un motif de révision, la capacité de travail de l'assuré ayant toujours été de 50% depuis novembre 1990 selon la Dresse D.\_\_\_\_\_. L'OAI renvoie pour le surplus à la décision attaquée.

Dans ses déterminations du 14 février 2011, le recourant a confirmé ses conclusions et ses motifs.

**E.** Le recourant a requis la restitution de l'effet suspensif à son recours. Par ordonnance du 23 novembre 2010, le juge instructeur a rejeté cette requête.

### **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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond pour le surplus aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** En l'espèce, par voie de reconsidération de la décision du 22 juillet 1996 rendue par l'OAI, le passage d'une rente entière à une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2010 est litigieux.

**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. 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 (art. 16 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 al. 2 LAI).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord 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 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de 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'assurance-invalidité, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1).

**b)** 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; 115 V 133 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au

comportement de l'assuré pendant le stage (TF 8C\_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 5.2; TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2 in fine). En d'autres termes, l'évaluation de l'invalidité de l'assuré ne peut reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle (TF 8C\_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 5.2; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 5.2, TFA U 38/03 du 8 mars 2004 consid. 4.1; TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/aa, in RAMA 2001 no U 439 p. 347 et in SVR 2002 UV no 15 p. 49 s.).

**c)** Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308, consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions

de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C\_527/2008 du 29 juin 2009 consid. 2.2; TF 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; TF 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2).

**3. a)** Au vu du dossier, la détermination du degré d'invalidité à l'époque de la décision initiale, soit en 1996, a été effectuée sur la base des constatations faites lors des stages d'observation professionnelle effectués par l'assuré en 1995 et en 1996. Le rapport de stage du 14 novembre 1995 du centre d'intégration professionnelle indique en particulier, compte tenu des capacités physiques, d'apprentissage et d'adaptation de l'assuré, que ce dernier peut exercer une activité à temps partiel, soit à un taux de présence de 50 à 70%. Ce rapport, bien que documenté et présenté de façon détaillée, émane toutefois uniquement de spécialistes en réadaptation et ne saurait avoir la valeur d'un rapport médical. Il en va de même du rapport du 6 juin 1996 de la division de réadaptation de l'OAI - qui retient qu'une réintégration de l'assuré dans le circuit économique n'est pas possible, que son rendement est inférieur à 30% et que le droit à une rente entière est ouvert - dès lors qu'il émane d'un conseiller en professions. Or, de jurisprudence constante, il appartient au médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités un assuré est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c). Le recourant admet du reste, dans sa réplique, que la question de sa diminution de rendement mise en évidence au terme de son stage n'a pas fait l'objet d'investigations médicales. Dès lors, ces renseignements, relevant uniquement de rapports d'observation professionnelle, ne permettent pas de se prononcer sur le degré d'invalidité.

Les documents médicaux à disposition de l'OAI en 1996, soit les rapports du 6 mai 1991 du Dr T.\_\_\_\_ et du 3 janvier 1994 de la Dresse D.\_\_\_\_, renaient le diagnostic de polypose colo-rectale familiale avec double cancer type Dukes B et une incapacité de travail de 50%, respectivement les diagnostics de polypose colorectale familiale et de status post-colectomie totale avec double cancer type Dukes II, puis une incapacité de travail de 50% depuis novembre 1990 pour une durée

indéterminée. Compte tenu de ces rapports médicaux, explicites au sujet de la capacité de travail de l'assuré, on peine à comprendre les raisons pour lesquelles ce dernier aurait droit, conformément à la décision du 22 juillet 1996, à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 1996, sur la base d'un degré d'invalidité de 80%. De plus, ce taux de 80% ne ressort directement d'aucun document figurant au dossier.

En ce sens, la décision du 22 juillet 1996 n'était pas justifiée d'un point de vue médical, de sorte qu'elle était manifestement erronée au regard de la jurisprudence en la matière. Il est au demeurant sans pertinence de savoir s'il s'agit d'une demande initiale de rente ou d'une révision d'une précédente décision. On retiendra donc que les conditions d'une reconsidération sont pleinement remplies, comme l'a retenu l'OAI dans la décision dont est recours.

**b)** Sur le plan somatique, on ne saurait reprocher à l'OAI, qui se réfère à l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, de se fonder sur une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits, dès lors que l'expert pose les diagnostics de status après proctocolectomie totale avec confection d'une poche iléale terminale et anastomose iléo-anale sous couverture d'une iléostomie, intervention pratiquée en 1989 dans le cadre d'une polypose familiale, puis conclut, en l'absence d'un état dépressif, à une incapacité de travail au plus de 50% dans une activité adaptée. En effet, le Dr P.\_\_\_\_\_ rejoint les diagnostics et leur incidence sur la capacité de travail retenus par les Drs T.\_\_\_\_\_ (rapport du 6 mai 1991) et D.\_\_\_\_\_ (rapport du 3 janvier 1994). Du point de vue temporel, les avis médicaux des 23 juin et 3 décembre 2009 du Dr L.\_\_\_\_\_, se référant aux conclusions de l'expertise, permettent de retenir que l'assuré présente une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée depuis la dernière intervention d'iléostomie en 1990, soit comme l'a indiqué en substance la Dresse D.\_\_\_\_\_ (rapport précité). Les limitations fonctionnelles de l'assuré sont décrites par l'expert et leur interaction avec la capacité de travail et la capacité de rendement sont précisées par le L.\_\_\_\_\_ (avis médical du 17 mars 2010).

Dès lors, l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, dont les conclusions ont été reprises par les médecins du SMR, semble satisfaire aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 8C\_780/2008 du 3 juin 2009 consid. 3.3.1).

**c)** Dans le cadre de la procédure de révision, l'OAI n'a pas investigué la problématique psychique de l'assuré par un spécialiste en la matière. Dans un avis médical du 17 mars 2010, se fondant sur les constatations de l'expert et de la Dresse D.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_ relève que la demande de rente initiale est fondée uniquement sur le cancer colique et que l'assuré n'a pas de suivi ni de traitement psychiatrique, ce qui "permet de penser que la baisse de la thymie n'est pas réellement préoccupante" et qu'il "ne paraît pas indispensable de compléter l'instruction sur ce point".

Pourtant, le rapport de stage du 14 novembre 1995 du centre d'intégration professionnelle a indiqué qu'un bilan psychologique était nécessaire compte tenu de l'attitude négative de l'intéressé, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de troubles dépressifs récurrents (rapport du 8 décembre 1998) puis de personnalité paranoïaque et de trouble dépressif chronique (rapport du 17 décembre 2008), le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'état dépressif chronique et signalé un état dépressif réactionnel, expliqué en résumé par une enfance difficile et par une intervention chirurgicale lourde (expertise du 7 avril 2009). Du reste, avant que le Dr L.\_\_\_\_\_ ne se prononce à ce sujet, dans un rapport interne du 25 janvier 2010 puis dans un avis de son juriste du 25 janvier 2010, l'OAI s'est demandé si l'aspect psychiatrique ne devait pas davantage être investigué. Quand bien même le recourant ne fait pas l'objet d'un traitement ou d'un suivi psychiatrique, on ne saurait minimiser la portée des constatations précitées des Drs D.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ et retenir que la baisse de la thymie de l'assuré n'a pas d'incidence sur sa capacité de travail. On ajoutera que, dans son avis médical du 17 mars 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_ est pour le moins peu affirmatif dans ses conclusions tendant à la dispense de compléter l'instruction sur ce point.

**d)** Il y a donc lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il mette en œuvre un complément d'instruction sur le plan psychique par un spécialiste en la matière, par le biais du SMR ou avec l'aide d'un expert indépendant au sens de l'art. 44 LPGA. En fonction des nouvelles constatations, il appartiendra ensuite à l'OAI de se prononcer sur le droit à la rente et également de se déterminer sur le droit à des mesures professionnelles, en sommant le cas échéant l'assuré (art. 21 al. 4 LPGA) de s'y soumettre.

**4.** Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, le dossier devant être renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical puis nouvelle décision. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les arguments du recourant portant sur le calcul du degré d'invalidité.

**5. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI.

**b)** Le recourant est représenté par une avocate dépendant d'une organisation d'assistance aux invalides. Ses conclusions sont partiellement admises et il peut donc prétendre des dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). En l'espèce, au vu de l'issue du litige, il y a lieu de fixer ces dépens à 1'000 fr.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 29 septembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs), à verser au recourant B. \_\_\_\_\_ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Caroline Ledermann, avocate à Procap, service juridique, à Bienne (pour B. \_\_\_\_\_)
- 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).

Le greffier :