

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er juin 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Dind et Zbinden, assesseur
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

C. _____, à Apples, recourant, représenté par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assuré), né en 1953, marié et père de deux filles nées en 1984 et en 1989, sans formation, était manœuvre dans la construction. Le 20 juin 2001, le Prof. D._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, et le Dr Q._____ ont relevé à l'occasion d'un concilium oncologique que l'assuré se plaignait depuis début mai 2001 de douleurs de la langue postérieurement à gauche, irradiant à l'oreille, ainsi que d'une odynophagie avec perte de 4 à 5 kg en quelques semaines. Les diagnostics de carcinome épidermoïde du sillon amygdalo-glosse gauche stade T1 N0 Mx, de leucoplasie du plancher buccal gauche et d'éthylo-tabagisme chronique ont alors été posés. Le 2 juillet 2001, l'assuré a subi une tumérectomie par voie transmaxillaire, une trachéotomie et un évidement fonctionnel complet gauche (concilium oncologique du 11 juillet 2001, Prof. D._____ et Dr S._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie).

Le 4 juillet 2002, C._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente, précisant quant au genre de l'atteinte «tumeurs».

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 17 juillet 2002 par F._____ Frères, l'assuré avait débuté son activité de manœuvre auprès de cette société le 4 mai 1992. Depuis le 26 juin 2001, il était à l'assurance. En 2001, son salaire horaire était de 24 fr. 90. Il avait réalisé un revenu annuel de 58'616 fr. 80 en 2000, correspondant à 1'967 heures de travail.

Dans son rapport médical du 17 juillet 2002 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr W._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a diagnostiqué un carcinome épidermoïde du sillon amygdalo-glosse gauche, stade T1 N0 Mx, une leucoplasie du plancher buccal gauche ainsi qu'un éthylo-

tabagisme chronique et a précisé que le traitement du patient avait débuté le 23 mai 2001.

Par rapport médical du 17 septembre 2002 à l'OAI, le Service d'ORL de l'Hôpital X. _____ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de carcinome épidermoïde bien à moyennement différencié du sillon amygdalo-glosse de stade pT1 pNo Mo existant depuis le 20 juin 2001, date à laquelle le traitement avait débuté. Selon rapport médical de ce même service à l'OAI du 5 novembre 2002, l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire, avec persistance des douleurs au niveau de la branche horizontale de la mandibule; il n'y avait pour le surplus pas de changement de diagnostic. Selon l'annexe au rapport médical du même jour, l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, mais une autre activité, pas physique, pouvait être exigée de l'assuré à raison de trois heures par jour avec une baisse de rendement liée à la fatigabilité.

Sur requête de l'OAI, le Dr O. _____ du Service d'ORL de l'Hôpital X. _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a indiqué dans son rapport médical du 24 octobre 2003 que l'incapacité de travail comme manœuvre était de 100% depuis le 13 juin 2001 et serait réévaluée au prochain contrôle du 27 novembre 2003; dans une activité adaptée, l'exigibilité devrait être redéfinie lors du contrôle du 27 novembre 2003. L'état de santé de l'assuré s'améliorait mais il n'y avait pas de changements dans les diagnostics. Les limitations fonctionnelles avec influence sur la capacité de travail étaient les suivantes: trouble de la déglutition, manque d'adaptation prothétique du maxillaire inférieur (en cours) et fatigabilité. Dans l'annexe au rapport médical du 16 octobre 2003, le Dr O. _____ a relevé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible et qu'il y avait une diminution de rendement d'au minimum 50%, une autre activité ne pouvant être exigée de la part de l'assuré.

Par rapport médical intermédiaire du 12 décembre 2003, le Dr P. _____ du Service d'ORL de l'Hôpital X. _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a fait savoir à l'OAI que l'état de l'assuré était

stationnaire et que l'incapacité de travail était maintenue à 100% en raison d'une difficulté d'alimentation et des douleurs. Il relevait dans l'annexe au rapport médical du même jour que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, qu'il y avait une baisse de rendement mais qu'une autre activité pouvait être exigée de l'assuré, avec une diminution de rendement de 50%.

Interpellé par le Dr N. _____ du SMR, le Dr P. _____ lui a fait savoir par courrier du 14 mai 2004 que l'incapacité de travail comme manœuvre était essentiellement motivée par les troubles de nutrition sur une adaptation prothétique, avec la précision que si l'adaptation prothétique était couronnée de succès, l'assuré pourrait envisager une reprise du travail puisque la faiblesse générale indiquée par le patient ne serait alors plus présente.

Dans son avis médical du 9 juin 2004, le Dr N. _____ a relevé que la réponse du Dr P. _____ montrait que l'état de santé de l'assuré n'était de toute évidence pas stabilisé puisque l'on espérait que la mise en place d'implants dentaires améliore rapidement l'état nutritionnel. Il proposait dès lors de revoir le problème dans 6 mois par un rapport intermédiaire.

Le 24 juin 2004, l'OAI a informé la caisse cantonale AVS qu'il entendait allouer une rente à l'assuré d'un degré de 100% dès le 23 mai 2002. Le résultat des constatations de l'OAI figurant dans la motivation de sa décision d'octroi de rente était le suivant:

«- Selon les renseignements en notre possession, vous travaillez en qualité de manœuvre pour la maison F. _____ Frères depuis le 4 mai 1992.

- Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 23 mai 2001. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai de carence d'une année.

- A l'échéance du délai en question, votre incapacité de travail et de gain est totale.

Notre décision est par conséquent la suivante:

- A partir du 23.05.2002, le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% est reconnu.»

Par décision du 26 juillet 2004, l'assuré et ses deux filles se sont vus allouer une rente ordinaire d'invalidité basée sur un taux de 100%, avec effet dès le 1^{er} mai 2002.

B. Dans le cadre d'une procédure de révision du droit à la rente, l'assuré a indiqué sur le questionnaire qui lui avait été remis le 10 novembre 2004 par l'OAI que son état de santé était toujours le même et qu'il ne travaillait plus.

Dans un rapport médical du 21 février 2005 à l'OAI, le Dr R. _____ du Service d'ORL de l'Hôpital X. _____, spécialiste FMH en otorhino-laryngologie, a indiqué que la principale limitation à l'activité principalement exercée par le patient était l'asthénie liée à un trouble de l'alimentation sur défaut de prothèse dentaire supérieure. Des implants avaient été mis en place au mois d'octobre 2004 et dénudés en décembre. Actuellement, une prothèse supérieure était en cours d'adaptation au service de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital X. _____. Le patient était en possession de sa prothèse depuis le 12 janvier 2005. Actuellement, les problèmes liés à la mastication étaient résolus et une reprise du travail pouvait progressivement être envisagée. Le diagnostic posé avec répercussion sur la capacité de travail était celui de carcinome épidermoïde bien à moyennement différencié du sillon amygdalo-glosse de stade pT1 pN0 M0 traité par évidement susomohyoïdien gauche, extraction dentaire et tumorectomie par voie transmaxillaire avec fermeture primaire le 2 juillet 2001. En dehors de l'adaptation prothétique, il n'y avait pas de problème particulier. Le pronostic était tout à fait bon vu le stade initial pT1 pN0. La lente évolution postopératoire avait surtout été marquée par l'absence de prothèse dentaire prolongée (encore en cours le 9 septembre 2004).

En réponse au Dr N. _____ du SMR, le Dr R. _____ lui a fait savoir par courrier du 11 juillet 2005 que sur le plan ORL oncologique, une reprise du travail par l'assuré pourrait être envisageable à partir de novembre 2005. Le patient nécessitait encore une nutrition uniquement par PEG, si bien que la capacité de travail serait réduite de 25 à 50%, les

repas devant être repris obligatoirement à domicile. L'adaptation prothétique n'avait pas apporté les résultats escomptés quant à l'alimentation, le problème se situant plutôt au niveau de la base de la langue et du pharynx. L'assuré présentait encore actuellement une asthénie modérée, le problème principal consistant en des troubles de déglutition. Il n'était pas entièrement opposé à une reprise du travail, mais souhaitait effectuer un horaire réduit pour pouvoir s'autoadministrer ses compléments alimentaires par PEG à domicile. En outre, il présentait une nouvelle symptomatologie sous forme de claudication intermittente à partir de 50 mètres, qui compromettait dans l'immédiat la reprise du travail. Un pontage vraisemblablement fémoro-poplité du côté droit semblait prévu. Enfin, le Dr R. _____ relevait qu'une reprise de travail devrait se faire après évaluation d'une réinsertion professionnelle.

Dans son rapport médical du 22 mars 2006 à l'OAI, le Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine générale, a notamment posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'artériopathie du membre inférieur droit stade IIa - IIb avec sténose modérée. L'incapacité de travail était de 100% dès juillet 2001 et l'état stationnaire. Selon l'annexe au rapport médical du même jour, l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et l'on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité. Le Dr J. _____ renvoyait pour le surplus à un courrier à son attention de la Dresse B. _____, spécialiste FMH en angiologie, du 5 octobre 2005, qui concluait que l'assuré présentait une artériopathie du membre inférieur droit avec une sténose modérée au niveau de l'artère fémorale commune, mais surtout une occlusion de l'artère poplitée distale et du tronc tibio-péronier. La Dresse B. _____ proposait d'effectuer un angio-CT des membres inférieurs afin de mieux visualiser les lésions et les possibilités de revascularisation. Le Dr J. _____ joignait encore à son envoi un rapport d'angio-CT des membres inférieurs du 24 octobre 2005 du Dr L. _____, spécialiste FMH en radiologie, dont la conclusion était la suivante:

«Arthéromatose des axes iliaques avec à droite sténose de 70% courte de l'artère iliaque externe distale et à gauche sténose de l'ordre de 50% de l'artère iliaque externe. Pas de lésion des artères

fémorales superficielles. Confirmation d'une occlusion de l'artère poplitée droite avec reprise au niveau infra-gonal. Sclérose du tronc tibio-péronier avec sténose de l'ordre de 70%.
A gauche sténose poplitée de 60%»

Dans son avis médical du 10 mai 2006, le Dr N. _____ du SMR a relevé que le carcinome de la base de la langue opéré en 2002 était actuellement sous contrôle, que des difficultés d'adaptation de la prothèse dentaire avaient entraîné une dénutrition et une asthénie importantes, et que l'assuré présentait des troubles vasculaires du membre inférieur au stade IIa, un traitement conservateur ayant été préféré pour l'instant par l'assuré. Il concluait que l'activité de manœuvre n'était définitivement plus exigible, mais que la capacité de travail résiduelle était de 25-50% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} octobre 2004; il proposait dès lors d'admettre une incapacité de travail de 75% pour 3 mois, avant de passer à une incapacité de travail de 50%. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: travail sédentaire ou semi-sédentaire, pas de travaux lourds ou de force, pas de travail en extérieur, exposition au froid, pas de marches prolongées.

La Dresse B. _____ a adressé un rapport médical à l'OAI le 18 juillet 2006, où elle a posé le diagnostic d'artériopathie du membre inférieur droit stade II a - II b avec:

- sténose modérée au passage ilio-fémoral droit (70%)
- occlusion de l'artère poplitée droite: sclérose du tronc tibio-péronier droit avec sténose d'environ 70%
- sténose artère poplitée gauche (60%).

La Dresse B. _____ proposait deux options, savoir un traitement chirurgical, ou un traitement conservateur, comme décidé avec le patient. Elle était d'avis que dès l'été actuel [2006], le patient pouvait, en ce qui concernait son artériopathie, exercer un travail. Sa seule limitation était le périmètre de marche, qui était actuellement de 200 à 300 mètres, et pouvait être diminué si l'assuré portait de lourdes charges. Elle observait qu'une amélioration du périmètre pouvait être espérée avec

un traitement chirurgical et que pour toutes les activités statiques, le patient ne devrait pas être limité à cause de son artériopathie.

Dans son rapport médical du 28 août 2006 à l'OAI, le Dr T._____ du Service ORL de l'Hôpital X._____ a indiqué qu'au plan ORL, l'état de l'assuré était stationnaire mais que son état général s'aggravait. Il n'y avait pas de changement dans les diagnostics. Du point de vue ORL exclusivement, ceux avec répercussion sur la capacité de travail étaient un status post tumorectomie par voie transmaxillaire avec fermeture primaire, évidemment sus-omo-hyoïdien gauche, trachéotomie, extraction dentaire le 2 juillet 2001 pour un carcinome épidermoïde du sillon amygdalo-glosse de stade pT1 pN0 M0 sans traitement complémentaire, brides cicatricielles sillon amygdalo-glosse gauche et dysfonction de la mobilité (protrusion impossible d'origine dysphagie complète aux solides) et du point de vue général, les diagnostics étaient ceux de dysarthrie, brachialgie post évidemment droit alcoolotabagique, douleurs des membres inférieurs probablement sur artériopathie et dorsalgies selon le patient. Selon l'annexe au rapport médical, l'activité exercée jusqu'à ce jour n'était plus exigible, mais une autre activité pouvait être exigée de l'assuré, avec une diminution de rendement, en évitant bruit, froid et poussières. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: des activités impliquant la position debout, la même position du corps pendant longtemps, l'alternance des positions assis/debout, l'alternance assis/debout/marche, la position à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, le port de charges, un travail en hauteur ou sur une échelle, des déplacements sur sol irrégulier ou en pente étaient exclues; par ailleurs, la position assise était limitée à 30 minutes par jour et le périmètre de marche à 150 mètres.

En réponse à l'OAI, F._____ Frères lui a fait savoir par courrier du 4 septembre 2007 que si l'assuré avait continué à travailler pour le compte de cette société, il aurait touché en 2004 un salaire horaire brut de 26 fr. 15, avec une moyenne d'heures de 42,50 par semaine.

Le 26 septembre 2007, le Dr P._____ a communiqué un certificat médical à l'OAI, dans lequel il expliquait que le patient ne pouvait plus déglutir de manière satisfaisante les aliments solides et devait essentiellement se nourrir avec des liquides; il présentait une artériopathie des membres inférieurs avec des douleurs apparaissant à 100 mètres de marche. D'un point de vue ORL, la situation était stable, par contre le patient signalait une péjoration de ses problèmes artériels, qui était en cours d'investigation. Dans ce contexte, une reprise du travail à 100% ne paraissait pas réaliste.

Dans son certificat médical du 27 septembre 2007 à l'OAI, la Dresse Y._____, spécialiste FMH en médecine générale, reprenant le dossier après la retraite du Dr J._____, a indiqué que son patient souffrait de complications mécaniques à la suite de l'ablation chirurgicale de son cancer de la langue et de la mâchoire entre 2001 et 2002 et ne pouvait depuis lors plus s'alimenter correctement. Il était aussi suivi pour une insuffisance artérielle des membres inférieurs de grade II. Le médecin traitant concluait que son patient n'était plus en mesure de reprendre un travail à plus de 50%.

Dans un rapport médical du 22 novembre 2007 à l'OAI, la Dresse Y._____ a indiqué que l'incapacité de travail de son patient était de 100% dès juillet 2001 dans l'activité exercée jusqu'à ce jour. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient ceux d'artériopathie du membre inférieur droit sévère depuis 2005 et de carcinome épidermoïde de la mâchoire avec difficultés persistantes dans l'alimentation et l'élocution depuis 2001. Dans l'annexe au rapport médical du même jour, elle relevait que tant l'activité exercée jusqu'à ce jour qu'une activité adaptée n'étaient plus exigibles.

Par projet d'acceptation de rente du 22 octobre 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait constaté dans le cadre de la procédure de révision du droit à la rente que son état de santé s'était amélioré. Dès le 1^{er} octobre 2004, il aurait pu reprendre une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles à un taux de 25%, et, à partir du 1^{er}

janvier 2005, à un taux de 50%. Après comparaison des revenus, et compte tenu d'un abattement de 10% lié à l'âge et au taux réduit d'occupation, le degré d'invalidité était fixé à 59%, si bien que la rente entière qui était versée jusqu'ici devait être remplacée par une demi-rente, la réduction de la prestation étant effective dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

Par courrier du 31 octobre 2008 à l'OAI, la Dresse Y. _____ a expliqué que son patient était suivi à sa consultation et à l'Hôpital X. _____ en raison d'un carcinome de la langue et de la gorge depuis 2001, qu'il bénéficiait d'une rente AI à 100% depuis 2004 et n'avait plus exercé d'activité depuis 2001. Il était dès lors inconcevable d'envisager un retour dans le monde du travail, même si l'on faisait abstraction de son handicap alimentaire (et d'élocution) ainsi que de son insuffisance artérielle des membres inférieurs.

Par courrier du 1^{er} décembre 2008 à l'OAI, l'assuré a confirmé son opposition au projet de décision du 22 octobre 2008 et a demandé à ce que sa situation soit réexaminée.

Dans son avis médical du 27 mai 2009, le Dr N. _____ a relevé ce qui suit:

«Le rapport de la Dresse Y. _____ ne contient aucun argument médical permettant de justifier la poursuite d'une incapacité de travail.

Le fait que M. C. _____ n'a pas travaillé depuis 2001 n'est pas déterminant. Ses difficultés de déglutition et d'élocution ne fondent pas une incapacité de travail. L'insuffisance artérielle de stade IIa ne se manifeste par définition que lors de marches de plus de 200m, et n'a donc pas d'influence sur une activité sédentaire ou semi-sédentaire.

Il est utile de rappeler qu'en septembre 2007, la Dresse Y. _____ admettait implicitement une capacité de travail de 50%. Aucun document ne permet de dire que l'état de santé de l'assuré s'est péjoré depuis lors.

Les documents reçus depuis 2006 ne contiennent aucun élément de nature à modifier notre position.»

Par décision du 22 juillet 2009, une demi-rente d'invalidité a été allouée à l'assuré dès le 1^{er} octobre 2009, fondée sur un degré

d'invalidité de 59%. La motivation de cette décision, du 10 juillet 2009, retenait qu'il ressortait des pièces au dossier que son état de santé ne s'était pas modifié et qu'il présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'OAI proposait à l'assuré de lui octroyer sur demande de sa part une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi par son service de placement.

C. Par acte du 25 juillet 2009, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. Il fait valoir qu'aucune amélioration ou changement de situation de son état de santé ne lui permet d'envisager la reprise d'une activité lucrative. Il joint notamment à son envoi un courrier du 27 juillet 2009 de la Dresse Y. _____ à l'OAI, laquelle se dit étonnée que l'office ne tienne pas compte de son courrier d'octobre 2008, relevant qu'il est impossible que son patient reprenne une activité même à un petit pourcentage au vu de ses handicaps majeurs, tels que l'impossibilité de se nourrir correctement à la suite de l'amputation partielle de sa langue et de sa mâchoire et de son insuffisance artérielle des membres inférieurs de grade sévère. Il sollicite d'être ausculté par un médecin de l'AI, afin qu'un diagnostic neutre et sans appel soit fourni.

Dans sa réponse du 10 novembre 2009, l'OAI propose le rejet du recours.

Par réplique du 18 janvier 2010, l'assuré, désormais représenté par Me Philippe Graf de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, critique l'abattement de 10% opéré par l'OAI, jugeant que celui-ci ne tient pas compte de sa nationalité portugaise, qu'il a été éloigné du marché du travail durant 8 ans, et qu'il présente un nombre de limitations fonctionnelles dont l'intimé n'a pas envisagé l'impact concret en ne retenant qu'un abattement de 10%. Dès lors, cet abattement devrait être de 20% au moins. En outre, il estime abusif de retenir un abattement de 10%, qui est inférieur de 0,9% seulement au seuil légal

ouvrant droit à un trois-quarts de rente AI. Il estime de plus qu'il n'y a pas de motif de révision, et que plutôt que de s'être amélioré, son état de santé s'est au contraire aggravé. Il conclut ainsi à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'OAI pour qu'il continue à lui verser une rente entière d'invalidité, subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'il aura droit à trois quarts de rente d'invalidité à partir du 2^{ème} mois qui suivra la notification de l'arrêt qui sera rendu, jour jusqu'auquel une rente entière continuera d'être versée.

Dans sa duplique du 22 février 2010, l'OAI rappelle qu'une révision à court terme avait été fixée, dès lors que le Dr P. _____ indiquait dans son rapport du 24 mai 2004 que si l'adaptation était couronnée de succès, une reprise du travail pouvait être envisagée. Par la suite, les troubles de la déglutition ont été jugés en amélioration au vu de la pose prothétique, les problèmes liés à la mastication étant considérés comme résolus et une reprise du travail pouvant être envisagée de manière progressive (rapports du Dr R. _____ des 21 février et 11 juillet 2005). Le Dr P. _____ relevait que la situation du point de vue ORL était stable mais qu'une reprise du travail à 100% n'était pas réaliste, ce qui n'était pas contesté. Quant à l'artériopathie, la Dresse B. _____ estimait qu'il n'y avait pas de limitations dans des activités statiques. En outre, la Dresse Y. _____ indiquait que l'assuré n'était pas en mesure de reprendre une activité à plus de 50% (rapport médical du 27 septembre 2007). Il existe dès lors un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, la situation s'étant améliorée du point de vue ORL suite à une adaptation prothétique; quant à l'artériopathie, elle constitue certes une aggravation, qui n'a cependant aucune influence sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans ses déterminations du 13 avril 2010, le recourant, par son représentant, explique que la Dresse Y. _____ a établi son rapport du 27 septembre 2007 dont se prévaut l'OAI alors qu'elle rencontrait le recourant pour la première fois, qu'elle l'a établi après une lecture rapide de son dossier, pour temporiser face à une mise en demeure du 28 août 2007 et qu'elle a ensuite précisé à trois reprises la teneur de ce certificat.

En outre, les appréciations des Drs R._____, J._____ et T._____ s'y opposent également.

Dans d'ultimes déterminations du 19 mai 2010, l'OAI rappelle que la Dresse B._____ retient comme seule limitation le périmètre de marche s'agissant de l'artériopathie du membre inférieur, que les rapports des Drs R._____, P._____ et T._____ ne sont pas en contradiction avec le certificat de la Dresse Y._____ du 27 septembre 2007, tous ces spécialistes s'accordant pour dire que le recourant bénéficie d'une capacité de travail résiduelle sur le plan ORL. Il confirme dès lors ses conclusions et préavise pour le rejet du recours.

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

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique

notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) par le recourant C._____ contre la décision rendue le 22 juillet 2009 par l'OAI. L'acte de recours satisfait pour le surplus aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

S'agissant d'une contestation relative à la révision du droit à une rente entière d'invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47); la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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 125 V 413 c. 2c et les références; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 c. 2).

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, depuis la décision du 26 juillet 2004 lui allouant une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, une amélioration de son état de santé, partant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, laquelle serait, selon ce qu'a retenu l'OAI, de 50% depuis le 1^{er} janvier 2005.

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 al. 1 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 (pour la période antérieure, cf. art. 28 al. 1 de l'ancienne LAI, dont la teneur est identique), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) 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 c. 4; 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les références citées).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 c. 3a). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 c. 11.1.3; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2).

c) Aux termes de l'art. 17 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 (al. 1). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conforme au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.1; 125 V 368 c. 2; 112 V 371 c. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 c. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 c. 2b; 112 V 387 c. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 c. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 c. 4.1). 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 c. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 c. 4.1, les deux avec références citées).

4. En l'espèce, il convient d'examiner si, depuis la décision initiale allouant au recourant une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, celui-ci présente une amélioration de son état de santé, partant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, laquelle serait, selon ce qu'a retenu l'OAI, de 50% depuis le début de l'année 2005.

a) Au plan ORL, le rapport médical du Dr R. _____ du 21 février 2005 ne permet pas de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante, comme l'a fait l'OAI, que l'état de santé du recourant s'est amélioré au point que, depuis le début de l'année 2005, il aurait recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Ce spécialiste relève certes qu'en dehors de l'adaptation prothétique, il n'y a pas de problème particulier. Le patient étant en possession de sa prothèse depuis le 12 janvier 2005, une reprise du travail devrait progressivement être envisagée selon ce médecin. Or, dans son rapport du 11 juillet 2005, le Dr R. _____ reconnaît que l'adaptation prothétique n'a pas apporté les résultats escomptés quant à l'alimentation, si bien que l'assuré présente encore une asthénie modérée, le problème principal consistant en des troubles de déglutition. Comme le patient nécessite uniquement une nutrition par PEG, la capacité de travail est réduite de 25 à 50%. Le Dr T. _____ note quant à lui dans son rapport du 28 août 2006 que l'état du patient est stationnaire au plan ORL. Quant au Dr P. _____, il estime dans son certificat du 26 septembre 2007 que la situation est stable sur ce plan, mais observe que le patient ne peut plus déglutir de manière satisfaisante les aliments solides et doit essentiellement se nourrir avec des liquides. Si, en mai 2004, ce spécialiste relevait que dans l'éventualité où l'adaptation prothétique était couronnée de succès, l'assuré pourrait envisager une reprise du travail puisque la faiblesse générale qu'il indiquait ne serait plus présente, ses constatations de septembre 2007 ne permettent pas de considérer que l'adaptation

prothétique a été couronnée de succès, l'assuré ne pouvant plus déglutir et devant essentiellement s'alimenter de liquides. Quant à la Dresse Y._____, elle a varié dans ses observations, relevant d'abord que son patient souffrait de complications mécaniques à la suite de l'ablation chirurgicale de son cancer de la langue et de la mâchoire et ne pouvait plus s'alimenter correctement, si bien qu'il n'était plus en mesure de reprendre un travail à plus de 50% (rapport médical du 27 septembre 2007), puis indiquant que tant l'activité habituelle qu'une activité adaptée n'étaient plus exigibles (rapport médical du 22 novembre 2007), ce qu'elle a confirmé par courriers du 31 octobre 2008 et du 27 juillet 2009 à l'OAI. Enfin, le Dr N._____ est d'avis que les difficultés de déglutition et d'élocution de l'assuré ne fondent pas une incapacité de travail (rapport médical du 27 mai 2009).

b) Alors que le carcinome et ses suites avaient justifié l'octroi de la rente initiale, le Dr R._____ relève dans son rapport médical du 11 juillet 2005 que le patient présente une nouvelle symptomatologie sous forme d'une claudication intermittente à partir de 50 mètres, qui compromet dans l'immédiat la reprise du travail. La Dresse B._____ diagnostique une artériopathie du membre inférieur droit et une occlusion de l'artère poplitée distale et du tronc tibio-péronier le 5 octobre 2005, diagnostics confirmés par le Dr L._____ dans son rapport d'angio CT du 24 octobre 2005. Le Dr J._____, ancien médecin traitant de l'assuré, pose également le diagnostic d'artériopathie du membre inférieur droit avec sténose modérée et relève que l'on ne peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité (rapport médical du 22 mars 2006). La Dresse B._____ indique quant à elle que la seule limitation du patient en relation avec le diagnostic d'artériopathie du membre inférieur droit stade II a - II b a trait au périmètre de marche, limité à 200 mètres. Elle estime que le recourant peut exercer une activité en ce qui concerne son artériopathie dès l'été 2006 (rapport médical du 18 juillet 2006). Or le Dr T._____ constate le 28 août 2006 que l'état général du recourant s'aggrave. Ce praticien est cependant d'avis que si l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible, une autre activité peut être exigée de l'assuré en évitant bruit, froid et poussières, avec une diminution de rendement. Il

n'en demeure pas moins qu'à la lecture de son rapport, on peine à voir quelle activité serait adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, puisque la position assise est admise 30 minutes par jour et que la station debout est contre-indiquée. La Dresse Y._____ retient en outre l'insuffisance artérielle des membres inférieurs de grade sévère présentée par son patient pour expliquer l'absence de capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

c) Dans ces conditions, on ne saurait considérer que les rapports médicaux conduisant l'OAI à retenir que le recourant présente depuis le début de l'année 2005 une capacité de travail de 50% contiennent une appréciation de la situation médicale et des conclusions claires et convaincantes. En l'état, les pièces médicales au dossier ne permettent pas à la cour de se forger une opinion circonstanciée au sujet de l'état de santé de l'assuré. Dès lors que l'on ne saurait attribuer la valeur probante requise par la jurisprudence (ATF 125 V 351 c. 3a) au rapport médical du Dr R._____ du 21 février 2005, seul médecin, avec le Dr N._____ du SMR (avis médical du 10 mai 2006), à avoir mentionné qu'une reprise d'activité pourrait être envisagée progressivement à compter du mois de janvier 2005, et que ce rapport est contredit par le Dr R._____ lui-même qui admet que l'adaptation prothétique n'a pas eu les effets escomptés, l'asthénie de l'assuré demeurant modérée (rapport médical du 11 juillet 2005), élément confirmé par le Dr P._____ qui constate les difficultés à déglutir et la prise d'une alimentation essentiellement liquide (rapport médical du 26 septembre 2007), il y a lieu d'admettre le recours et d'annuler la décision entreprise en observant que les incertitudes relevées ci-dessus quant à l'évolution de l'état de santé du recourant (détermination claire des troubles somatiques qu'il présente) et de sa capacité de travail ne sont susceptibles d'être levées que par la mise en œuvre d'une expertise, laquelle devra porter sur l'évolution de l'état de santé du recourant aux plans ORL et angiologique depuis la décision d'octroi de rente initiale du 26 juillet 2004. L'expert devra en outre s'attacher à tenir compte de l'état général global de l'assuré, de son affaiblissement probable, s'agissant d'un ancien travailleur manuel se nourrissant exclusivement de liquides. Il conviendra aussi de se demander

quelle activité sédentaire serait envisageable pour cet assuré sans formation professionnelle et qui a travaillé toute sa vie comme manœuvre.

Il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 c. 2.3 et les références). En l'occurrence, la solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.

5. En conclusion, le recours doit être admis et la décision rendue par l'OAI le 22 juillet 2009 annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA).

Le recourant, qui obtient gain de cause, a procédé avec l'assistance d'un conseil professionnel. Des dépens doivent donc lui être alloués, en application de l'art. 61 let. g LPGA. Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 1'000 francs.

**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 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 22 juillet 2009 est annulée et la cause est renvoyée à dit office, à charge pour lui de compléter l'instruction dans le sens des considérants et de rendre une nouvelle décision.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour C. _____),
- 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 :