

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 août 2011

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges    :       MM. Bonard et Pittet  
Greffière :       Mme Donoso Moreta

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à Prilly, recourant, représenté par Me Mélanie Freymond,  
avocate à Lausanne

et

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

---

**Art. 7 al. 1, 8 al. 1, 16, 17 al. 1, 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** L'assuré W.\_\_\_\_\_, né le 5 juin 1953, de nationalité portugaise et au bénéfice d'un permis C, sans formation, a travaillé comme installateur sanitaire pour la société K.\_\_\_\_\_ SA du 24 août 1998 au 14 juillet 2000, date à partir de laquelle il s'est trouvé en totale incapacité de travail, suite à la découverte d'un adénocarcinome de l'estomac. Cette affection a été traitée le 28 juillet 2000 par une gastrectomie totale, puis par chimiothérapie. Suite à une métastase de la tumeur, l'assuré a dû subir le 23 août 2001 une seconde opération, soit une spléno pancréatectomie caudale.

En date du 26 mars 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI). Dans un rapport médical adressé en date du 18 novembre 2001 à l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que l'état de santé de ce dernier s'était aggravé et que sa totale incapacité de travail était due à l'asthénie intense dont il souffrait. Le pronostic de guérison était plutôt sombre, de futures métastases étant encore à craindre. L'assuré souffrait d'une réaction mixte anxio-dépressive. Il était suivi par son oncologue, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies du sang.

Par décision du 9 avril 2002, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2001, basée sur un degré d'invalidité de 100 %.

**B.** Fin 2005, l'OAI a entamé une procédure de révision d'office de la rente perçue par l'assuré. Le 3 janvier 2006, ce dernier a répondu à un questionnaire de l'OAI en y indiquant que son état de santé restait le même et qu'il exerçait une activité lucrative accessoire comme concierge, pour le compte de la société D.\_\_\_\_\_. Selon le rapport du 22 décembre

2006 de cet employeur, l'assuré a travaillé à temps partiel du 1<sup>er</sup> mars 2002 au 1<sup>er</sup> octobre 2006, pour un salaire de 625 fr. par mois en 2006.

Le 19 janvier 2006, le Dr N. \_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI un rapport médical, dans lequel il a fait état d'une rémission complète persistante thoraco-abdominale après l'opération du 23 août 2001, et d'un status après gastrectomie totale et chimiothérapie adjuvante. Ce spécialiste a indiqué que son patient continuait de prendre de nombreuses précautions pour son alimentation, qui était fragmentée. Du fait de son asthénie persistante, ses activités étaient passablement restreintes et aucune activité professionnelle ne pouvait être envisagée.

Le 11 mars 2006, le Dr R. \_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI un rapport médical, dans lequel il a constaté l'état stable de son patient, handicapé notamment par son dumping syndrome, cause de lipothymies, de fatigue et de céphalées. Les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré étaient les suivants : rémission complète thoraco-abdominale des suites du traitement de l'adénocarcinome et de sa métastase, carence en B12 compensée, dumping syndrome et micronodules pulmonaires inchangés. Par ailleurs, étaient mentionnés du tabagisme, un état anxiodépressif et une intolérance au glucose comme diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail.

Suite à un avis du Service médical régional AI (SMR), l'assuré a fait l'objet d'une expertise médicale par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qui a rendu son rapport le 29 mai 2007. Se basant sur l'examen de l'assuré, ainsi que sur son dossier médical, mais sans s'être entretenu avec ses médecins traitants, l'expert a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré de dumping syndrome (status après gastrectomie totale pour adénocarcinome peu différencié de l'estomac stade T3-N1-M1 ; status après chimiothérapie adjuvante ; status après spléno pancréatectomie caudale et résection de l'angle colique gauche). Il a retenu une capacité de travail de 30 % au maximum dans l'activité antérieure d'installateur sanitaire mais a conclu à

une capacité de travail de 70 à 80 % dans une activité adaptée aux limitations suivantes :

« - Poids maximal à soulever ou à manipuler occasionnellement : 10 kg.  
- Concernant le temps de travail, l'assuré a besoin de pauses supplémentaires, notamment après les repas. Si l'on tient compte d'un fractionnement nécessaire de 5 à 6 repas par jour, 3 fois 30 minutes de pause seraient nécessaires par jour. En outre, le problème de vertige et la possibilité d'éventuelle hypotension orthostatique ne permet pas le travail sur des échelles ou des échafaudages. »

Par ailleurs, le Dr L. \_\_\_\_\_ a émis les considérations suivantes :

« [...] bientôt 5 ans après la résection de cette métastase unique, et bientôt 6 ans après la gastrectomie totale, l'assuré est considéré comme en rémission totale.

Il souffre néanmoins d'une fatigabilité excessive et de vraisemblables complications de sa gastrectomie constituées par un dumping syndrome précoce, sous la forme essentiellement de vertiges post-prandiaux, de céphalées éventuelles avec malaises le forçant à se coucher avec disparition régulièrement par le repos allongé. Un syndrome de dumping tardif n'est pas exclu, qui pourrait se manifester par des vertiges et une somnolence. Il n'y a cependant pas eu d'hypoglycémie documentée ni de syndrome du petit estomac. Le fractionnement des repas et la limitation des sucres rapides se révèlent peu efficaces. Sans doute qu'un réajustement diététique, en limitant les apports en sucre d'absorption rapide et un meilleur fractionnement des repas seraient susceptibles d'améliorer cette situation ou en utilisant des anticholinergiques, voire de l'octréotide.

Une lutte énergique contre le déconditionnement paraît également nécessaire, de même que l'arrêt du tabagisme.

A l'examen de ce jour, l'état général est satisfaisant, il n'y a pas d'amyotrophie. L'état thymique est également satisfaisant. Au vu de cette évolution fort heureusement favorable, il apparaît qu'il existe une exigibilité dans une activité adaptée. En effet, dans l'activité d'installateur sanitaire exposé parfois à des travaux lourds, par exemple au marteau piqueur, au port de charges, il paraît difficile d'admettre une capacité de travail de plus de 30%. En revanche, dans une activité légère, (port de charges : entre 5 et 10 kg au maximum), avec possibilité de récupération après le repas, il existe une capacité de travail probablement complète ou subcomplète. »

Suite à cette expertise, l'assuré a été convoqué le 9 septembre 2008 par l'OAI, qui lui a proposé d'effectuer un stage d'observation pour vérifier sa capacité de travail exigible. Or l'assuré s'est déclaré incapable de participer à un tel stage, en raison de son hygiène alimentaire et d'un récent problème de fer, attesté par le Dr R.\_\_\_\_\_ dans un certificat daté du 9 septembre 2008. Dans un avis SMR du 7 octobre 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a toutefois considéré que la problématique de la spoliation de fer n'était pas de nature à changer l'appréciation de la situation qui avait été faite par le Dr L.\_\_\_\_\_.

Procédant dès lors à une approche théorique du cas de l'assuré, l'OAI lui a fait parvenir le 7 avril 2009 un projet de décision, dans le sens d'une réduction de sa rente d'invalidité à une demi-rente, basée sur une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviter de manipuler des charges lourdes et observer trois pauses de trente minutes après les repas). Le revenu sans invalidité retenu était de 66'950 fr. et le revenu avec invalidité était fixé à 33'680 fr. 90, en tenant compte d'un taux d'abattement de 20 %.

Le 23 avril 2009, l'assuré a contesté ce projet et a annoncé son intention de prendre contact avec sa protection juridique. Le 2 juin 2009, par l'intermédiaire de son conseil, Me Mélanie Freymond, l'assuré a fait part à l'OAI de ses déterminations. Il a allégué que, si les années qui ont suivi ses opérations ont certes conduit à une rémission totale de son cancer, sa qualité de vie et sa capacité de travail s'en sont toutefois trouvés bouleversés. Il a produit une attestation du Dr R.\_\_\_\_\_ du 17 avril 2009, ainsi qu'un certificat du Dr N.\_\_\_\_\_ du 20 avril 2009, médecins qui estimaient tous deux que sa capacité de travail restait nulle, y compris dans une activité adaptée. L'assuré a également critiqué l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, en particulier au motif que l'expert aurait minimisé l'impact sur la vie quotidienne de l'assuré de son dumping syndrome, qu'il n'aurait pas mentionné l'asthénie persistante observée par les médecins traitants et qu'il aurait conclu à un état thymique satisfaisant, malgré les troubles anxieux signalés par le Dr R.\_\_\_\_\_. Un complément d'expertise, voire une expertise pluridisciplinaire, était requis,

afin de déterminer si, comme le supposait le Dr L.\_\_\_\_\_, une atténuation des troubles liés au dumping syndrome pouvait être envisagée en opérant une meilleure répartition des repas et si, compte tenu du train de vie actuel de l'assuré - extrêmement limité puisqu'il passait le plus clair de son temps allongé -, la reprise d'une activité professionnelle était possible et, cas échéant, de quel type elle pourrait être. Il s'agissait également d'examiner l'asthénie persistante constatée par son médecin traitant en 2006 et son influence sur l'éventuelle reprise d'une activité professionnelle. Enfin, il était demandé qu'un psychiatre se détermine sur les troubles anxieux constatés à plusieurs reprises par le Dr R.\_\_\_\_\_.

Dans un courrier du 14 janvier 2010 à l'OAI, l'assuré a réitéré sa requête d'expertise et a demandé à être convoqué pour un stage d'observation. Il a en outre produit les rapports médicaux suivants :

un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 2 juillet 2009, qui mentionne notamment ce qui suit :

« L'invalidité me paraît liée à une asthénie persistante, à des manifestations de "dumping syndrome" partielles et à une discipline alimentaire excessivement stricte, puisque le patient doit prendre à intervalles très régulier 9 petits repas quotidiens, ce qui me paraît très mal compatible avec une quelconque activité régulière.

Les phénomènes d'asthénie et de "dumping" prolongés après gastrectomie totale (28.7.2000) sont loin d'être exceptionnels. A ceci s'ajoute un diabète difficile à équilibrer qui, à lui seul, n'est pas une cause d'invalidité, mais qui contribue à aggraver les problèmes nutritionnels du patient.

Le problème de la fragmentation des repas est directement lié aux suites d'une gastrectomie totale. Quant à savoir si cette fragmentation pourrait être modifiée, je ne peux me prononcer. Le Dr R.\_\_\_\_\_ ou un spécialiste en diététique serait plus à même de le faire. »

un rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2009, dont le contenu est le suivant :

« L'asthénie de Monsieur W.\_\_\_\_\_ est effectivement handicapante. Elle se manifeste régulièrement et principalement après chacun des 9 petits repas. Elle est liée au dumping syndrom d'une part mais

aussi parfois à l'anémie quand cette dernière est mal compensée. Les crises migraineuses pour lesquelles le patient peut être amené à prendre du Zomig sont elles aussi responsables d'une aggravation de l'asthénie. Je suis aussi frappé par les épisodes hyperglycémiques fréquents que l'on constate lors des prises de sang avec toutefois une Hb glyquée normale à 4.4% le 10.6. Il m'est difficile de parler de diabète dans une telle situation avec une Hb glyquée normale mais plutôt d'une intolérance au glucose. Je n'ai pas observé d'hypoglycémies post stimulatives qui pourraient aussi chez ce patient causer des asthénies. Il a donc de nombreuses raisons pour présenter une asthénie persistante, sans oublier le trouble dépressif et le trouble anxieux. Cette asthénie ne lui permettrait certainement pas de reprendre son travail antérieur qui nécessite des efforts physiques. Quant à un travail plus léger, je partage l'avis du Dr N. \_\_\_\_\_ qu'une telle activité dépend beaucoup de la qualification antérieure. Et même dans une activité sédentaire il faudrait compter sur l'asthénie et les problèmes de concentrations consécutifs. Je ne vois donc guère une activité plus légère à plus de 20% (incapacité de 80%).

L'état anxieux confinait il y a environ 2 ans à l'état dépressif et j'ai dû introduire des gouttes de Seropram dès le 26.3.07. Ce traitement a été bien supporté et je puis confirmer que la thymie est stable dans les situations éloignées des stressseurs. Vous savez que indépendamment de la maladie de M. W. \_\_\_\_\_, la famille a vécu des événements graves qui ont aussi joué un rôle délétère sur le moral de M. W. \_\_\_\_\_. La situation est loin d'être assainie et l'on peut comprendre que le patient puisse encore présenter des troubles anxieux fréquents nécessitant du Temesta expidet en réserve. Le terme de thymie fait référence à un trouble de l'humeur mais pas à l'anxiété.

Il me semble que la répartition en 9 repas est déjà optimale. Les sucres d'absorption rapide doivent effectivement être limités pour éviter les effets de l'intolérance au glucose et d'éventuelles hypoglycémies post-stimulatives. Le patient mange des fruits et des féculents (bananes, pommes, pâtes, riz complet) et ne mange aucune sucrerie. Son régime me paraît donc actuellement tout à fait cohérent. Un traitement anticholinergique mérite d'être tenté et j'ai prescrit au patient dès le 6.7 du Dicletel. Quant à la Sandostatine, je remarque que l'indication du dumping syndrom ne se trouve pas dans le compendium suisse. Il y a effectivement quelques travaux qui en relèvent l'efficacité notamment rapportés par l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC). Je n'ai trouvé aucune référence sur le site Pubmed reliant le dumping syndrom à la somatostatine ou à l'octréotide. Une boîte de 5 amp. Coûte 66 frs 30. A 3 amp par j cela ferait 1193 frs par mois. La forme retard mensuelle coûte quant à elle 1726.05. Le traitement devrait être ajusté à la hausse selon l'effet. Une demande préalable à la caisse maladie serait nécessaire. Il est probable ou possible qu'elle refuse. On peut aussi imaginer que l'AI paye le traitement à visée de réhabilitation. Je suis prêt à l'essayer si c'est la demande de l'AI. Personnellement, je crains qu'il ne s'agisse là d'un "wishfull thinking" biomédical, qui fait l'impasse sur une situation bio-psycho-sociale complexe. Mais il n'est pas interdit d'essayer, une fois le financement assuré. Je préconiserais que si l'on tente un tel traitement, l'AI observe simultanément le

patient dans un centre de réadaptation pour tester sa capacité dans la réalité.

La spoliation en fer a été investiguée tant par gastro que par coloscopie (12.8.08). Tout est OK. Il faut donc admettre qu'elle est due à un trouble de l'absorption suite à la gastrectomie, comme d'ailleurs la carence en B12. Il faut que l'on contrôle régulièrement le patient à ce point de vue et qu'on le substitue selon les résultats. La substitution per os n'est pas efficace. Seule une substitution parentérale est à envisager. Il est vrai que cet élément-là de la fatigue peut être mieux contrôlé que le dumping syndrom, le trouble anxieux, et le reconditionnement.

Par ailleurs, je ne suis pas opposé dans le cadre d'une contre-expertise à l'avis d'une diététicienne et d'un psychiatre. »

Le 23 mars 2010, le Dr B.\_\_\_\_\_ du SMR s'est déterminé comme suit sur les remarques formulées par l'assuré :

« Les objections médicales de Me Freymond se résument comme suit :

1. L'expert n'aurait pas tenu compte de l'asthénie persistante.

*L'asthénie (= manque de force) est un symptôme subjectif, dont l'importance ne se mesure que par l'appréciation de l'assuré. Il convient donc, dans une expertise, d'en relativiser l'impact sur la capacité de travail en confrontant cet élément à d'autres éléments objectifs du status.*

2. Son estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée se fonderait sur les bénéfices attendus d'un réajustement diététique, et non pas sur la situation telle qu'elle est actuellement.

*Une activité de 70% correspond à une charge de travail de 6 heures/jour, qui peuvent être réparties en 3 heures le matin, et 3 heures l'après-midi. Ceci permet sans aucun doute à l'assuré d'aménager des pauses suffisantes pour son repas et ses collations, même en l'état actuel.*

3. L'expert aurait écarté les troubles anxieux avancés par le Dr R.\_\_\_\_\_.

*Cette affirmation n'est pas fondée. En effet, l'expert mentionne l'existence anamnétique d'un état dépressif (page 7). Il ajoute que le Dr R.\_\_\_\_\_ assure un soutien psychologique régulier qu'il qualifie d'excellent, au point que le recours à un spécialiste n'a pas été nécessaire. Au status, l'expert décrit un assuré "souriant, au ton plaintif contrastant avec un visage expressif et rieur (...) Il ne présente pas de labilité émotionnelle, de tristesse, de sudation ou de tremor (page 10)". Se fondant sur ces constatations, il conclut à l'absence de trouble thymique (= dépression), et à la présence d'un trouble anxieux qu'il juge non incapacitant.*

Les documents médicaux sollicités par Me Freymond appellent les commentaires suivants :

- Courrier du Dr N. \_\_\_\_\_ du 2.7.2009 :

Il est intéressant de constater que le Dr N. \_\_\_\_\_ ne conteste pas l'exigibilité retenue de 70-80%. Il estime uniquement que le manque de formation de l'assuré ne lui permettra pas d'accéder à un emploi de "comptable ou de mathématicien". Cette considération n'est pas d'ordre médical. Il évoque aussi l'asthénie, les phénomènes de dumping partiel et la fragmentation des repas. Ces différents points ont été abordés ci-dessus.

- Courrier du Dr R. \_\_\_\_\_ du 25.11.2009 :

Le Dr R. \_\_\_\_\_ affirme en premier lieu que l'asthénie est "handicapante", avant de se livrer à une intéressante discussion sur ses causes possibles. Comme je l'ai souligné plus haut, l'asthénie est une notion subjective. Son impact sur la capacité de travail doit être pesée en confrontant les plaintes de l'assuré à l'observation objective du status.

Le Dr R. \_\_\_\_\_ évoque ensuite les troubles anxieux de son patient. Il relate un état dépressif léger en 2007, qui a bien réagi au traitement. Ainsi que le confirme l'expert.

Suit un exposé sur le dumping syndrome et son traitement, puis sur le manque de fer d'origine indéterminée.

Au total, ces deux documents apportent certes un éclairage intéressant sur les causes possibles de l'asthénie de l'assuré, mais ne contiennent pas d'élément objectif de nature à modifier les conclusions de l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_. Le fait qu'elles ne vont pas dans le sens de ce que souhaitent l'assuré et son mandataire juridique ne justifie pas à lui seul la mise en place d'une "contre-expertise". »

Par décision du 15 avril 2010, l'OAI a confirmé son projet du 7 avril 2009 et a réduit le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité à une demi-rente, avec effet à partir du 1<sup>er</sup> juin 2010, sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %.

**C.** Par acte du 20 mai 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 15 avril 2010, concluant avec suite de frais et dépens à sa réforme, en ce sens que la rente entière d'invalidité allouée au recourant soit maintenue, subsidiairement à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée. A l'appui de son recours,

il allègue que l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, sur laquelle s'est basé l'OAI pour réduire sa rente d'invalidité, est lacunaire, contradictoire et insuffisamment motivée. En effet, cet expert n'exposerait pas les raisons pour lesquelles il effectue une appréciation de la capacité de travail du recourant différente de celle de ses médecins traitants. Il ne motiverait pas non plus son avis selon lequel le recourant pourrait limiter le fractionnement quotidien de ses repas à 5 ou 6, ainsi que ses temps de repos à 3 fois 30 minutes par jour, alors que le recourant fractionne ses repas en 9 par jour avec 30 minutes de repos à chaque fois. De plus, le Dr L.\_\_\_\_\_ n'aurait pas tenu compte de l'asthénie du recourant, de son diabète, ni de la spoliation en fer et en vitamines B12. Enfin, il nierait sans raison que les troubles anxieux et dépressifs du recourant aient une quelconque influence sur sa capacité de travail, alors qu'il n'est pas spécialiste en psychiatrie.

En date du 29 juillet 2010, l'office intimé a conclu au rejet du recours, au motif que l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ détiendrait une pleine valeur probante. L'OAI précise que l'asthénie est un symptôme subjectif, dont l'importance ne se mesure que par l'appréciation de l'assuré, et qu'il convient donc, dans une expertise, d'en relativiser l'impact sur la capacité de travail en confrontant cet élément à d'autres éléments objectifs du status. Il constate également que l'expert a bien mentionné l'existence anamnestique d'un état dépressif et qu'il a procédé à une description de la thymie de l'assuré, sur la base de laquelle il conclut à l'absence de trouble thymique et à la présence d'un trouble anxieux non incapacitant.

Dans sa réplique du 25 octobre 2010, le recourant a maintenu ses conclusions et a produit un certificat du Dr R.\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2010, dans lequel ce médecin atteste que du Dicetel a été prescrit au recourant, mais n'a pas eu d'effet sur son dumping syndrome.

Le 9 novembre 2010, l'OAI a maintenu sa position et a renvoyé à l'avis du SMR du 23 mars 2010.

**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 et 58 LPGA, 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 2008 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 prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur la détermination du taux d'invalidité d'W.\_\_\_\_\_, dans le cadre de la révision, menée d'office par l'OAI, de sa rente entière d'invalidité. L'office intimé estime que le recourant est désormais capable de travailler à 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui conduirait, selon une approche théorique

de son cas, à ne plus lui reconnaître le droit qu'à une demi-rente d'invalidité. Le recourant soutient quant à lui être toujours totalement incapable de travailler dans une quelconque activité, et conclut au maintien de sa rente entière d'invalidité.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

**b)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, consid. 6.1 ; 130 V 343, consid. 3.5 ; 113 V 273, consid. 1a ; 112 V 371, consid. 2b et 387, consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour

l'essentiel ne constitue toutefois pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). 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). Le point de savoir si un changement important 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5 ; 130 V 343, consid. 3.5.2 ; 125 V 368, consid. 2).

**4. a)** Il incombe à l'assureur – en l'espèce l'OAI – de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1), il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit ensuite examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, 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 125 V 351, consid. 3a et les références citées ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

**c)** Selon la jurisprudence, 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 ; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43 ; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.).

**5. a)** En l'espèce, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 100 %) par décision du 9 avril 2002. Cette décision reposait sur le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 18 novembre 2001 duquel il ressortait que l'assuré avait souffert d'un adénocarcinome de l'estomac compliqué d'une métastase, et que son état de santé était notamment caractérisé par une asthénie intense qui lui

interdisait toute activité professionnelle, le pronostic de guérison étant sombre.

**b)** Il convient d'examiner si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité du recourant s'est produit depuis lors.

L'expert L.\_\_\_\_\_ retient dans son rapport du 29 mai 2007 que le recourant peut être considéré en rémission totale des suites de son adénocarcinome, mais qu'il souffre d'une excessive fatigabilité et d'un dumping syndrome. Il est d'avis que le fractionnement des repas et la limitation des sucres rapides se révèlent peu efficaces et qu'un réajustement diététique, en limitant les apports en sucre d'absorption rapide et un meilleur fractionnement des repas, à raison de six par jour, seraient susceptibles d'améliorer cette situation ou en utilisant des anticholinergiques, voire de l'octréotide. Il estime en outre l'état psychique satisfaisant. L'expert retient dès lors une capacité de travail de 30 % au maximum dans l'activité antérieure d'installateur sanitaire et de 70 à 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir un port de charges de 10 kg au maximum et une répartition de pauses supplémentaires de 3 fois 30 minutes par jour.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ relève toutefois dans son rapport du 2 juillet 2009 que l'invalidité est liée à une asthénie persistante, à des manifestations de dumping syndrome partielles et à une discipline alimentaire excessivement stricte, le patient devant prendre à intervalles très réguliers neuf petits repas par jour, laissant le Dr R.\_\_\_\_\_ ou un spécialiste en diététique se prononcer sur la question d'une fragmentation des repas différente.

Le Dr R.\_\_\_\_\_ estime quant à lui, deux ans après l'expertise, dans son rapport du 25 novembre 2009, que la répartition en 9 repas est déjà optimale et que le régime actuel de l'assuré est tout à fait cohérent. Il se dit disposé à tenter un traitement à base d'octréotide, mais relève n'avoir trouvé aucune référence médicale reliant le dumping syndrome à

cette substance, dont la prise se révélerait par ailleurs particulièrement onéreuse. Quant au traitement anticholinergique préconisé par l'expert, le Dr R. \_\_\_\_\_ l'a prescrit, suite à l'expertise, à son patient, sous forme de Dicletel, mais indique dans son rapport du 8 octobre 2010 que ce médicament n'a eu aucun effet sur le dumping syndrome dont souffre le recourant. Ce praticien mentionne en outre que le recourant présente des troubles anxieux fréquents nécessitant la prise d'anxiolytiques et qu'un traitement à base d'antidépresseurs (Seropram) a été introduit en mars 2007, suite à un état quasi-dépressif, et que désormais la thymie du recourant est stable, pour autant toutefois qu'il ne se trouve pas en situation de stress.

Au vu des avis divergents des médecins, il est impossible de déterminer avec certitude quel est le fractionnement optimal des repas du recourant, un régime constitué de 9 repas par jour suivis à chaque fois d'une période de repos apparaissant difficilement compatible avec une quelconque activité professionnelle de 70 % à 80 %. Il n'est pas non plus possible de déterminer si les conséquences du dumping syndrome pourraient être réduites par un traitement médicamenteux tel que préconisé par l'expert, ni si l'assuré souffre effectivement de troubles psychiques invalidants. On ignore dès lors si, à la date de la décision litigieuse, un changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité du recourant, s'est effectivement produit par rapport à l'état de fait ayant donné lieu à la décision du 9 avril 2002.

En définitive, il apparaît clairement que l'office intimé ne pouvait pas fonder sa décision de réduction de la rente d'invalidité du recourant sur une capacité de travail de 70 % sans investiguer préalablement davantage sur le plan médical, soit sans disposer de l'avis d'un spécialiste en psychiatrie et d'un spécialiste en gastroentérologie/diététique.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit

renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

**b)** En l'espèce, l'OAI est le mieux à même à ce stade d'effectuer cette instruction complémentaire, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans y procède elle-même. Il convient donc de lui renvoyer la cause pour nouvelle décision, après complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie et gastroentérologie/diététique), comme le requiert le recourant (art. 90 LPA-VD). L'instruction complémentaire devra notamment préciser les troubles et les limitations que présente le recourant, ainsi que sa capacité de travail exigible dans son ancienne activité d'installateur sanitaire et dans une activité adaptée. Il appartiendra ensuite à l'OAI de rendre une nouvelle décision.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI, pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir précédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

**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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels 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. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

**c)** Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et 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 2'500 francs.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 15 avril 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant des dépens arrêtés à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).
- IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Mélanie Freymond, avocate (pour W. \_\_\_\_\_),
- 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 :