

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 mars 2012

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Valeyres-sous-Montagny, recourant, représenté par Me  
Caroline Ledermann, avocate à Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 53 al. 2 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1961, ingénieur EPFL, enseignant à l'Ecole d'ingénieurs d' [...], a déposé en 2002 une demande de prestations AI en invoquant comme atteinte à la santé une maladie de Vaquez (syndrome myéloprolifératif) diagnostiquée en 1994. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a traité cette demande et a notamment obtenu des rapports médicaux du médecin traitant de l'assuré, le Dr N.\_\_\_\_\_, hématologue à l'hôpital d' [...]. L'OAI a également mis en oeuvre une expertise psychiatrique, confiée au Dr W.\_\_\_\_\_, psychiatre. Dans son rapport du 4 février 2005, cet expert estimait qu'il existait durablement une incapacité de travail de 70 %.

Dans un rapport du 18 février 2005, le Service médical régional de l'AI (SMR), se fondant sur l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_, a estimé à 30 % la capacité de travail exigible, dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, en fonction du diagnostic suivant:

"Trouble dépressif majeur en rémission partielle d'intensité mineure actuelle dans le cadre d'un trouble de la personnalité non spécifié (traits obsessionnels et traits abandonniques) et d'une maladie de Vaquez."

Le dossier de l'OAI contenait par ailleurs un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, du 8 juillet 2004, ainsi libellé:

"En réponse à la demande de renseignements complémentaires concernant mon patient susnommé, je rappelle qu'il est connu pour une maladie de Vaquez diagnostiquée en 1994 et traitée depuis lors. Je vous prie également de trouver les copies de mes rapports précédents, en particulier celui de novembre 2003 où vous me demandiez l'évolution de l'état de santé du patient: il était alors en incapacité totale de travail dès octobre 2003. Il est par ailleurs traité par Interféron Alpha depuis février 2003 en raison d'une intolérance au Litalir.

Du point de vue hématologique, la situation est relativement stable mais nécessite la poursuite en continu de ce traitement d'Interféron associé parfois à du Litalir, en raison d'une tendance à la réactivation de sa polycythémie. Lors de mon dernier contrôle

hématologique du 22.6.04, l'Hb était encore à 178 g/l avec un Ht à 55% et une thrombocytose à 430 G/l avec une leucocytose à 15 G/l.

Monsieur V.\_\_\_\_\_ présente, comme effet secondaire de l'Interféron, une aggravation de ses problèmes psychiques, en particulier des troubles de l'attention et une tendance à la dépression. Il est suivi parallèlement par son psychiatre, le Dr R.\_\_\_\_\_ à [...]. En raison de ses problèmes médicaux, il est donc actuellement en arrêt de travail à 100%. Je vous adresse également la note du médecin cantonal à son sujet.

Il m'est donc difficile de faire un pronostic de cette affection médicale évoluant maintenant depuis une douzaine d'années et nécessitant un traitement continu. Comme vous le savez, il existe des risques de transformation en leucose aiguë ou en myélofibrose. Pour le moment, la situation est stabilisée par le traitement.

Du point de vue psychiatrique, Monsieur V.\_\_\_\_\_ est sous traitement également continu à mon avis, il ne peut, dans l'état actuel des choses, pas reprendre d'activité professionnelle."

Par décisions des 15 avril/23 mai 2005, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2001, puis, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003, à la suite d'une aggravation de l'état de santé, une rente entière.

**B.** L'OAI a introduit en mars 2006 une procédure de révision. Dans ce cadre, elle a fait établir deux expertises médicales, par des experts indépendants au sens de l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1). La première a été effectuée par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne (rapport du 14 mars 2007), et la seconde par le Dr A.D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie (rapport du 12 décembre 2007).

Le Dr L.\_\_\_\_\_, du SMR, a donné le 12 mai 2009 l'avis médical suivant, sur la base des deux expertises:

"Le Dr A.D.\_\_\_\_\_ a pris en compte l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ en page 2 de son texte d'expertise. L'expert A.D.\_\_\_\_\_ précise en page 8 et 9 les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_, expertise de 2005. L'hypothèse du trouble bipolaire est balayée. Il restait donc un épisode dépressif en rémission partielle d'intensité mineure et des antécédents de trouble panique. Un épisode dépressif en rémission partielle et d'intensité mineure ne saurait justifier une quelconque incapacité de travail durable. En page 7 et 8 de l'expertise W.\_\_\_\_\_ il est écrit: «il va au fitness 2 à

3 fois par semaine et pratique la bicyclette et le ski. Il regarde la télévision sans difficultés de concentration» etc. Le trouble de l'humeur qualifié de mineur n'était donc pas source d'empêchements psychiques au moment de l'expertise W.\_\_\_\_\_. Le trouble de la personnalité non spécifié n'est pas retrouvé par l'expert A.D.\_\_\_\_\_, un tel diagnostic n'a pas entravé, existant depuis l'adolescence, la scolarité de l'assuré et l'exercice de la profession de professeur à l'Ecole d'Ingénieur de [...] pendant 7 années. C'est d'ailleurs dans le cadre des problèmes de santé somatiques que le Dr F.\_\_\_\_\_ s'était prononcé en février 2002. L'expertise 2005 du Dr W.\_\_\_\_\_ contient donc des erreurs et des imprécisions. L'expertise W.\_\_\_\_\_ n'est pas convaincante.

Du point de vue somatique, l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ retient comme IT [incapacité de travail]:

45% dès le 19/1/2000

50% dès le 22/10/2001.

Du point de vue somatique, il n'y a pas de raison de s'écarter de cette appréciation.

L'expertise A.D.\_\_\_\_\_ atteste une CT [capacité de travail] de 20 heures par semaines sans baisse de rendement et ce depuis octobre 2000. L'expertise A.D.\_\_\_\_\_ est fouillée avec souci du détail. Il n'y a pas de raison de s'écarter de ces conclusions."

**C.** L'OAI a ensuite adressé le 3 février 2010 à l'assuré un projet de décision (préavis) dans le sens d'une réduction de la rente d'invalidité, à savoir le remplacement de la rente entière par une demi-rente. Selon ce préavis, la décision du 23 mai 2005 fixant le droit à une rente entière était manifestement erronée et elle devait faire l'objet d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Le préavis contient le passage suivant:

"Après examen de votre situation médicale, notamment ensuite des expertises médicales effectuées auprès du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et du Dr A.D.\_\_\_\_\_, psychiatre, nous constatons que votre état de santé n'a pas connu d'amélioration notable depuis l'octroi de nos prestations précitées.

A l'issue de cette nouvelle analyse, il apparaît clairement qu'à l'époque, le Service médical régional AI (SMR ci-après) ne pouvait admettre une incapacité de travail de 70 % sur la base de la seule expertise réalisée en 2005 auprès du Dr W.\_\_\_\_\_, psychiatre. Le SMR s'est d'ailleurs rendu compte de son erreur dans le cadre de la révision de votre droit à une rente d'invalidité.

En effet, il ressort des expertises des Drs X.\_\_\_\_\_ et A.D.\_\_\_\_\_, que vous présentez une capacité de travail de 50 % dans votre activité habituelle, ainsi que dans toute activité adaptée respectant vos limitations fonctionnelles au plan somatique et psychiatrique, ceci depuis le mois d'octobre 2000.

Relevons que les expertises des Drs X.\_\_\_\_\_ et A.D.\_\_\_\_\_ remplissent toutes les conditions posées par la jurisprudence pour admettre la valeur probante d'un rapport médical. Soulignons notamment que les experts reprennent tous les autres avis médicaux au dossier et se positionnent par rapport à chacun d'eux, expliquant précisément les raisons pour lesquelles il s'en écarte le cas échéant. De ce point de vue, nous n'avons donc aucune raison de nous écarter de leurs conclusions."

**D.** Après la communication de ce préavis, V.\_\_\_\_\_ a adressé ses objections à l'OAI. Son médecin traitant, le Dr N.\_\_\_\_\_ (alors hématologue consultant aux Etablissements hospitaliers du [...]) a envoyé le rapport suivant:

"En tant qu'hématologue, je suis le patient susnommé depuis de nombreuses années pour sa maladie de Vaquez. Le diagnostic initial date en effet de 1994 et l'évolution a été marquée dans un premier temps par des problèmes thrombotiques (sous-clavière et jugulaire G) ainsi qu'un probable hématome sous-capsulaire de la rate. Les traitements ont été permanents depuis cette date, sous forme de saignées lorsque les valeurs d'Hb dépassaient les valeurs acceptables, complétés par un traitement d'hydroxyurée (Litalir) à des doses variables (6 à 8 g/sem.) entraînant malheureusement de nombreux effets secondaires en particulier digestifs, cutanés et un malaise général ainsi qu'une asthénie. Les effets indésirables persistent 1 à 2 jours après la prise de ces médicaments. Globalement, le patient est dans un état «acceptable» 2 à 3 jours/sem. Après réflexion, et en tenant compte d'une fragilité psychique bien décrite chez Monsieur V.\_\_\_\_\_, nous avons tenté d'introduire un traitement d'Interféron qu'il a courageusement poursuivi pendant environ deux ans et qui amène une certaine stabilisation de la situation hématologique permettant de diminuer un peu les doses de Litalir. Par contre, les effets secondaires étaient malheureusement marqués avec, en particulier, de la fièvre, des difficultés de concentration et une irritabilité. Un soutien psychiatrique a été nécessaire.

Plus récemment, et au vu de la persistance d'une polycythémie marquée, nous avons opté pour faire un essai d'une année par Interféron pégylé en espérant avoir moins d'effets secondaires tout en gardant un certain bénéfice sur le problème hématologique comme décrit récemment dans la littérature. Chez notre patient, les effets secondaires sont malheureusement toujours très importants et persistent pratiquement toute la semaine qui suit l'injection hebdomadaire. Il signale toujours des problèmes de concentration, des phénomènes de tension psychique et une tendance à la dépression. Du point de vue hématologique, nous avons dû encore effectuer plusieurs saignées récemment pour tenter de maintenir un taux d'Hb à moins de 180 g/l. avec un Ht qui est malheureusement toujours > 56%. On note également une nette tendance à la leucocytose et surtout à la thrombocytose (700 G/L. après la saignée de janvier). Il existe bien sûr une carence en fer avec des ferritines à moins de 20 µg/l.

Dans ces conditions et en tenant compte uniquement du problème hématologique, je peux attester que la maladie de Vaquez de Monsieur V.\_\_\_\_\_ est toujours mal contrôlée, nécessitant un traitement double de Litalir et d'Interféron. Ce traitement entraîne malheureusement des effets secondaires plus importants et tenaces. Ces effets indésirables interfèrent négativement avec la qualité de vie du patient et à mon avis, rendent illusoire toute reprise d'une activité professionnelle.

La situation est encore compliquée par la problématique psychiatrique qui est toujours latente et susceptible d'être encore aggravée par les effets secondaires de l'Interféron. Malheureusement, comme vous le savez, il n'existe actuellement pas d'autre traitement efficace dans cette polycythémie.

Dans ces conditions et en tant que médecin hématologue qui suit ce patient depuis de nombreuses années, j'estime qu'une incapacité de travail à plus de 70 % est justifiée. Je vois mal en effet comment Monsieur V.\_\_\_\_\_ pourrait, dans l'état actuel des choses, reprendre une activité même à temps partiel."

Invité par le SMR à donner des renseignements complémentaires, le Dr N.\_\_\_\_\_ a écrit ceci le 21 mai 2010:

"En réponse à votre demande de renseignements complémentaires concernant mon patient susnommé, je vous rappelle qu'il est traité depuis environ 15 ans pour une maladie de Vaquez. Le traitement d'hydroxycarbamide (Litalir) a été instauré rapidement après le diagnostic et poursuivi tout au cours de ces années à des doses variables selon l'évolution hématologique (contrôle de la formule sanguine environ 1 x/mois), et également en fonction des effets secondaires, en particulier cutanés.

Comme vous le savez, nous avons tenté en 2004-2005, un traitement d'Interféron alpha qui a semble-t-il permis de diminuer les doses nécessaires de Litalir (entre 5 et 6 g/semaine depuis plusieurs années). En fonction des effets secondaires marqués de l'Interféron, en particulier neuro-psychologiques, nous avons été contraints de stopper ce traitement. La situation était stable en 2006 lors de mon dernier rapport (4.5.2006) avec une Hb aux alentours de 180 à 190 g/l, une discrète leucocytose entre 12 et 15 G/l et une thrombocytose aux alentours des 500 G/l. Malheureusement, l'augmentation des doses de Litalir a été rendue nécessaire par un Ht >50%, et les effets secondaires liés à ce traitement étaient plus marqués avec surtout une intolérance cutanée, des troubles de la concentration, un malaise général et une inappétence. Compte tenu de ces difficultés à tolérer le Litalir, et après accord de l'assurance, nous avons réintroduit de l'Interféron sous forme pégylée (août 2009) dans le but de stabiliser à nouveau la situation hématologique avec si possible moins d'effets secondaires que la forme d'Interféron habituelle. Deux ou trois saignées / an sont encore nécessaires, lorsque les valeurs d'Hb dépassent les 190 g/l (par exemple en juin 2009). Comme vous le savez, les saignées s'accompagnent d'une

chute de la ferritine et d'une augmentation des plaquettes secondaire à la carence en fer...Parallèlement à l'Interféron (qui est actuellement en cours), le patient prend encore entre 6 et 7 g par semaine d'hydroxyurée. Lors du dernier contrôle effectué le 12.5.2010, l'Hb était mesurée à 177 g/l (166 en avril), les leucocytes à 15 G/l et les plaquettes à 730 G/l. Comme vous le voyez, sa polyglobulie persiste malgré 7 g/semaine de Litalir et malgré l'injection d'Interféron pégylé."

Dans un avis médical du 28 juin 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que les rapports du Dr N.\_\_\_\_\_ n'établissaient aucune aggravation durable de l'état de santé somatique de l'assuré, et que la capacité de travail exigible avait été évaluée correctement, de ce point de vue, par l'expert Dr X.\_\_\_\_\_.

**E.** Le 20 avril 2011, l'OAI a rendu une décision formelle de reconsidération de sa décision de 2005, de sorte qu'il était reconnu à l'assuré le droit à une demi- rente, au lieu d'une rente entière, à partir du 1<sup>er</sup> juin 2011.

**F.** Le 23 mai 2011, V.\_\_\_\_\_ a déposé un recours contre la décision de l'OAI du 20 avril 2011. Il demande, principalement, au Tribunal cantonal de constater qu'il continue à avoir droit à une rente entière d'invalidité.

Le recourant a ensuite déposé un avis médical du Dr N.\_\_\_\_\_, du 26 mai 2011. Cet avis contient les passages suivants:

"[...] Le diagnostic de polycythémie ou maladie de Vaquez a été donc évoqué puis confirmé plusieurs années plus tard lorsqu'un test biologique spécifique a été disponible (mutation acquise du gène JAK2, mutation qui est présente chez notre patient, comme c'est le cas dans plus de 90 % des maladies de Vaquez).

Un traitement classique a été introduit par de l'Hydroxyurée (Litalir), combiné à des saignées pour tenter de maîtriser les taux très élevés d'hémoglobine et d'hématocrite. En effet, cette maladie avait initialement un mauvais pronostic en raison des problèmes d'hyperviscosité sanguine, liée à la polyglobulie. Avec les traitements modernes, et même si malheureusement on ne peut pas être curatif, les survies prolongées sont possibles. Les doses de Litalir nécessaires doivent être adaptées à la situation hématologique du patient et à sa tolérance. Dans le cas de M. V.\_\_\_\_\_, malheureusement, la tolérance à cette substance a été

médiocre avec, en particulier, des troubles gastro-intestinaux, une fatigue, des troubles de la concentration ainsi que des problèmes cutanés. L'évolution a été tant bien que mal stabilisée avec ce traitement, jusqu'au moment où le patient a présenté une complication thrombotique de la veine jugulaire G, accompagnée également d'une hémorragie menaçante sous capsulaire de la rate; cette situation était très inconfortable et il avait été brièvement hospitalisé au [...] où ces diagnostics ont été confirmés et finalement nous avons heureusement pu renoncer à une splénectomie. En raison de ces complications, nous avons dû augmenter les doses de Litalir (doublées en 2000 et même triplées en 2001) avec un traitement de 5 jours par semaine, très pénible et grevé de nombreux effets secondaires qui ont certainement contribué à la dégradation de la situation professionnelle de M. V.\_\_\_\_\_ et précipité la fin de son activité à l'Ecole d'Ingénieurs (épuisement physique et psychique).

Par la suite, j'ai tenté à plusieurs reprises et comme on le fait actuellement, un traitement combiné de Litalir associé à l'Interféron. Ce traitement s'administre par voie sous-cutanée et est grevé de nombreux effets secondaires que Monsieur V.\_\_\_\_\_ a éprouvés malheureusement durant toutes ces années de traitement. En effet, les injections d'Interféron entraînent un état grippal et fébrile ainsi qu'un malaise intense qui peut durer des heures et, surtout, des phénomènes neuropsychologiques avec état dépressif et troubles de la concentration.

Une pathologie psychiatrique associée constitue une contre-indication relative à ce traitement mais chez Monsieur V.\_\_\_\_\_ et, malgré ces risques, nous avons des arguments pour tenter l'interféron, en particulier le fait que cette substance semble être moins inductrice de leucémie, comme c'est le cas pour d'autres traitements de cette maladie. Comme vous le savez la maladie de Vaquez est un syndrome myéloprolifératif, donc une maladie maligne de la moelle osseuse, qui n'est actuellement pas guérissable.

Des traitements plus spécifiques et ciblés sont en cours d'évaluation mais pas disponibles actuellement. Si le traitement est bien conduit, on peut espérer une rémission avec de longues survies mais l'on n'est pas à l'abri de complications, en particulier d'une myélofibrose (fibrose de la moelle osseuse, qui s'accompagne souvent d'une importante splénomégalie, d'une anémie et d'une thrombopénie). L'autre complication classique, heureusement relativement rare, est l'induction de leucémies aiguës, rapidement fatale. Dans ces conditions, en pesant bien le pour et le contre et en accord avec Monsieur V.\_\_\_\_\_, nous avons proposé ce traitement d'Interféron qu'il a effectué péniblement mais de manière finalement assez assidue pendant plusieurs années. Actuellement, il poursuit le traitement d'Interféron sous une forme pégylée (longue action) associé toujours au même traitement de Litalir, dont nous avons pu diminuer discrètement les doses. Les effets secondaires de ce traitement combiné sont toujours mal vécus par le malade et semblent se manifester essentiellement par une fatigue, des troubles de la concentration et une irritabilité.

En réponse à la première question et au plan strictement somatique, je pense que les effets secondaires neuropsychologiques et psychiatriques de ce traitement participent au caractère invalidant de l'atteinte somatique. De plus, le patient est parfaitement au courant des enjeux de sa maladie hématologique et il sait que, d'une certaine façon, il est en sursis. Malheureusement, toujours du point de vue hématologique, je n'ai pas à l'heure actuelle d'autre alternative que de poursuivre ce traitement, puisque dès que nous tentons une diminution ou une suspension du médicament, la pathologie hématologique se manifeste à nouveau sous forme d'une très importante polyglobulie (augmentation nette de l'hématocrite) et des globules blancs ainsi que des plaquettes, constellation hématologique très défavorable puisqu'entraînant un risque élevé de complications thrombo-emboliques et éventuellement hémorragiques. Dans ces conditions, ce traitement médicamenteux par Interféron devra être poursuivi jusqu'au moment où nous pourrons disposer d'un traitement plus ciblé et éventuellement moins chargé en effets secondaires (?). Je considère donc qu'une grande partie des plaintes décrites par le patient ont pu, tout au long de ces années, perturber son fonctionnement psychique. Je ne peux cependant pas me prononcer sur la pathologie purement psychiatrique de Monsieur V.\_\_\_\_\_, n'étant moi-même pas psychiatre. Je sais qu'un traitement à visée psychiatrique a été mis en place, qui me semble nécessaire pour permettre la poursuite du traitement somatique.

[...]

Concernant l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ datant de mars 2007, je confirme que, pour la page 11, la recherche de mutations V617F de la protéine kinase JAK2 est positive chez Monsieur V.\_\_\_\_\_. Ceci confirme donc le diagnostic de polycythémie vraie.

Concernant le traitement actuel; depuis 2007, j'ai donc dû reprendre un traitement d'Interféron, compte tenu de la relative inefficacité du Litalir à dose moyenne. Ce traitement double, combiné, est encore en cours actuellement avec nécessité d'effectuer 2 à 3 saignées par année pour maintenir un taux d'hémoglobine et d'hématocrite acceptable (limite supérieure des valeurs normales et parfois même encore un peu élevées). Les effets secondaires décrits par le patient dans cette expertise persistent, surtout les états grippaux et la fatigue avec irritabilité. Il s'agit donc effectivement d'un caractère subjectivement handicapant des effets secondaires, difficilement quantifiables pour nous mais qui ont certainement contribué à réduire la qualité de vie du patient ainsi que sa capacité professionnelle.

L'influence des troubles sur l'activité me semble être plus importante que l'incapacité durable de travail de l'ordre de 50 %, décrite par l'expert sous chiffre 2.2. En effet, je vois difficilement Monsieur V.\_\_\_\_\_ reprendre une activité d'enseignant, même à temps partiel, compte tenu de sa maladie chronique, des effets secondaires du traitement et de la nécessité de poursuite de ce traitement au long cours.

Concernant l'expertise psychiatrique du Dr A.D.\_\_\_\_\_ de 2007, je ne peux malheureusement pas me prononcer sur l'évaluation du degré d'incapacité au plan psychique.

Je pense cependant que le traitement actuel d'Interféron, avec ses effets secondaires bien connus et en particulier neuropsychologiques, risque de faire encore diminuer sa capacité «fonctionnelle» et augmente bien évidemment les risques d'une dégradation de la situation psychologique et psychiatrique. Un suivi psychiatrique me semble donc indispensable.

Les interférences entre les problèmes somatiques et psychiques présentés par ce patient contribuent à la complexité de ce cas. Pour ma part, ayant vu Monsieur V.\_\_\_\_\_ depuis de nombreuses années et souvent dans une situation délicate générant beaucoup d'angoisses mais supportée avec beaucoup de courage, je regrette de ne jamais avoir été contacté par son psychiatre. Je suis heureux de voir que le patient a pris sur lui d'envisager des démarches pour clarifier la situation et reste bien évidemment volontiers à disposition si vous désirez d'autres informations."

L'Office AI a déposé sa réponse le 8 août 2011. Il déclare s'en remettre à justice, au vu d'un nouvel avis du SMR (Dr L.\_\_\_\_\_), du 14 juillet 2011, ainsi libellé:

"L'assuré souffre d'une maladie de Vaquez CIM-10 D45 diagnostiquée en 1994, soit à l'âge de 33 ans. Il s'agit d'un syndrome prolifératif de la moelle osseuse portant de façon dominante sur la lignée érythroblastique mais avec une participation, à des degrés variables, des autres lignées myéloïdes (lignées granulocytaires et plaquettaires). L'incidence est de l'ordre de 10 nouveaux cas par million d'habitants et par an. La survie à 5 ans de la maladie de Vaquez a été évaluée à 83 %.

Dans le cas de cet assuré, la réponse aux traitements mis en place est partielle et ceux-ci s'accompagnent d'effets secondaires non négligeables.

Dans un rapport d'examen du 18.02.2005, le SMR reconnaissait une capacité de travail limitée à 30% pour des raisons somatiques et psychiatriques. Sans qu'il n'y ait eu d'amélioration de l'état de santé de l'assuré, le médecin SMR qui avait instruit initialement le dossier et suivi le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son appréciation en 2005, a mis en place durant une procédure de révision une expertise de médecine interne auprès du Dr X.\_\_\_\_\_ en mars 2007 alors que le rapport médical du 4 mai 2006 du Dr N.\_\_\_\_\_ retenait un état de santé stationnaire et que cet hématologue écrivait: «Je pense que son activité professionnelle initiale n'est plus exigible». Ce qui n'a donc pas été pris en compte par le médecin SMR dans son avis du 24.11.2006, bien au contraire.

En page 7 de son rapport d'expertise, le Dr X.\_\_\_\_\_ décrivait un traitement associant le Litalir® (hydroxycarbamide) 3 fois par semaine à de l'interféron injecté 3 fois par semaine soit un jour sur deux. Les effets secondaires du traitement décrits par l'assuré et retenus par l'expert (pages 7 & 8 et pages 12 & 13) sont un syndrome grippal, un état fébrile éventuel, des frissons, des nausées, une fatigue, la sensation d'être assommé et un sentiment

de gueule de bois le lendemain. Le traitement étant délivré un jour sur deux, les empêchements semblent donc s'étaler sur 3 jours de la semaine. C'est pour ces raisons sans doute que le médecin-chef adjoint du SMR avait déjà estimé en 2006 que l'atteinte somatique était invalidante (avis SMR du 24.11.2006 dernier §). Le médecin de dossier de l'époque passant outre avait décidé de la mise en place d'une expertise de médecine interne qui n'a démontré aucune amélioration somatique depuis la décision initiale de 2005.

De mon point de vue, même si le Dr X. \_\_\_\_\_ expose les raisons qui l'ont conduit à fixer une exigibilité différente de celle du Dr N. \_\_\_\_\_, il n'explique pas pourquoi il s'écarte de l'appréciation du Dr N. \_\_\_\_\_. Il ne retient en aucun cas une atteinte à la santé significativement plus légère: le diagnostic influençant la capacité de travail est le même. Ces deux médecins n'étant pas en désaccord sur la nature de l'affection et le SMR n'ayant pas justifié dans son avis du 08.06.2007 les raisons pour lesquelles il se rangeait à l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_ plutôt qu'à celui du Dr N. \_\_\_\_\_, il ne s'agit donc que de l'appréciation différente d'une situation similaire. Il aurait fallu à l'époque demander à l'expert de préciser avec souci du détail les raisons qui le conduisait à s'écarter de l'appréciation de l'hématologue traitant (04.05.2006), ce qui n'a pas été fait.

Puis, le volet psychiatrique du dossier avait été approfondi par l'expertise A.D. \_\_\_\_\_ de décembre 2007 qui est convaincante. Les troubles psychiques retenus par le Dr A.D. \_\_\_\_\_ sont dus à l'affection somatique, présents depuis octobre 2000. Notons que l'expert décrit en page 7 le traitement d'hydroxycarbamide et d'interféron au rythme d'un jour sur deux et note dans le status en page 7: «présence d'une fatigabilité importante après 2 heures d'entretien, se manifestant par une baisse de l'attention, une augmentation de la latence des réponses aux questions ainsi que de l'aptitude à penser». Je rappelle que l'assuré est professeur enseignant à l'école d'ingénieur d' [...] et que son employeur rapporte un horaire de travail de 42h30 par semaine depuis 1993. L'exigibilité est à traduire en termes de métier par des spécialistes en réadaptation.

Dans la procédure de recours le Dr N. \_\_\_\_\_, médecine interne FMH et hématologie FMH, fournit un certificat du 26 mai 2011 précis et circonstancié, comme le sont d'ailleurs ses certificats précédents, qui motivent clairement son appréciation de la capacité de travail et qui ne retiennent aucune amélioration de l'état de santé, ni diminution des empêchements secondaires à la maladie et/ou à son traitement depuis la décision initiale de 2005. Relevons que le dernier RM [rapport médical] du Dr N. \_\_\_\_\_ [le] 8 juillet 2004 avant la décision AI de 2005 retenait déjà une IT de 100% au motif de l'atteinte somatique et de l'aggravation des problèmes psychiques, en particulier des troubles de l'attention et une tendance à la dépression ce que le Dr A.D. \_\_\_\_\_ considère comme un trouble mental dû à une affection physique F06.9.

La qualité des rapports du Dr N. \_\_\_\_\_, dont le dernier en date du 26 mai 2011 est précis, fouillé et circonstancié, fait qu'il n'y a pas de pièces médicales dans ce dossier qui me permettent maintenant de m'écarter de son appréciation d'un point de vue médico-asséculo-logique.

J'estime donc que ces pièces, et plus particulièrement le RM du 26 mai 2011, remettent en cause notre position et qu'il n'y a pas finalement dans ce dossier de raison de s'écarter de l'appréciation du médecin traitant émise déjà clairement dans son rapport du 8 juillet 2004 et chiffrant maintenant à plus de 70% l'incapacité de travail (courrier du 11.02.2010).

D'un point de vue médico-asséculoologique neutre et indépendant, la capacité de travail uniquement d'un point de vue somatique n'a jamais dépassé 30% depuis juillet 2004 (le rapport d'examen SMR du 18 février 2005 retenant comme atteinte principale à la santé un diagnostic psychiatrique et un diagnostic somatique et une IT de 70% depuis octobre 2000)."

Dans ses déterminations du 30 août 2011, le recourant fait valoir que ce dernier avis du SMR confirme "l'entière valeur probante des indications et conclusions du Dr N. \_\_\_\_\_", et que par conséquent le recours doit être intégralement admis.

Le 21 septembre 2011, l'OAI a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter.

### **E n d r o i t :**

**1.** 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. 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, dirigé contre une décision de réduction de rente ne pouvant pas faire l'objet d'une opposition (art. 69 al. 1 let. a LAI), a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** La contestation porte sur le maintien du droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité octroyée en 2005 avec effet dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003, après la décision de reconsidération et de réduction de rente rendue le 20 avril 2011 par l'OAI.

La reconsidération d'une décision en force est possible, en vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, lorsque la décision est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable. Selon la jurisprudence fédérale, 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 de fait et de droit. S'il subsiste, des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (par exemple TF 9C\_760/2010 du 17 novembre 2010, consid. 2 [Plädoyer 2011/1 p. 65] et 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2).

En l'espèce, l'OAI a reconsidéré sa décision d'octroi d'une rente entière, après avoir ouvert d'office une procédure de révision, en estimant qu'il s'était à l'époque (en 2005) fondé sur des éléments médicaux manifestement erronés. Or, il apparaît maintenant que le Service médical régional de l'AI retient — grâce à un exposé de la situation médicale plus précis et complet par le médecin traitant Dr N.\_\_\_\_\_ - que les limitations fonctionnelles pour l'exercice d'une profession, dues à la maladie de la moelle osseuse dont souffre le recourant depuis de nombreuses années, sont telles que, sur le plan somatique, l'appréciation faite en 2005 n'était pas manifestement erronée. Le Dr L.\_\_\_\_\_, du SMR, résume la situation en ce sens que « la capacité de travail uniquement d'un point de vue somatique n'a jamais dépassé 30 % depuis juillet 2004 », dans toute profession.

Dans ces conditions, vu l'avis clair du SMR qui se fonde sur les indications circonstanciées données par le médecin traitant, les conditions

pour une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA ne sont pas réalisées. Il s'ensuit que c'est à bon droit que le recourant se plaint d'une violation des normes du droit fédéral à ce propos.

**3.** Les griefs du recourant étant fondés, la décision attaquée doit être annulée. Vu qu'il n'y a pas lieu à reconsidération - ni du reste à révision au sens de l'art. 17 LPGA, la situation de santé ne s'étant pas améliorée et le taux d'invalidité n'ayant pas subi une modification notable -, l'annulation de la décision attaquée entraîne le maintien de la situation juridique précédente, à savoir du droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

**4.** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice. Le recourant, représenté par une titulaire du brevet d'avocat travaillant au service d'une organisation d'aide aux invalides, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; ATF 135 V 473 consid. 2.1), à la charge de l'OAI.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 20 avril 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à payer au recourant V. \_\_\_\_\_ 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 (pour V. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :