

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 avril 2019

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant,

et

E._____, à Vevey, intimé.

Art. 4 al. 1, 28 al. 1 et 2 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970 et ingénieur de formation, a déposé le 7 novembre 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, mentionnant être atteint d'un cancer de l'œsophage T3.

Saisie de la demande précitée, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a requis des informations médicales auprès du Dr M._____, médecin. Dans son rapport du 7 janvier 2015, ce médecin a retenu comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un adénocarcinome de l'œsophage distal, lourdement avancé, entraînant une incapacité de travail totale depuis le 14 octobre 2014.

Selon un rapport médical du 17 avril 2015, les Drs R._____ et C._____, spécialistes en chirurgie, ont retenu comme diagnostic principal un adénocarcinome peu différencié de l'œsophage distal ainsi qu'une sarcoïdose systémique avec une atteinte cardiaque, pulmonaire, hépatique et splénique assortie d'une pneumonie à éosinophiles au décours en tant que diagnostics secondaires, évoquant les éléments suivants :

« Anamnèse

Nous revoyons Monsieur V._____ à un mois post-opératoire après une œsophagectomie selon Lewis pour un adénocarcinome œsophagite distale avec curage ganglionnaire D2 et splénectomie. Sur le plan oncologique, une surveillance clinique a été proposée au colloque multidisciplinaire du 10.03.2015 ainsi qu'un suivi et traitement de la sarcoïdose.

Actuellement, le patient a bien récupéré avec un appétit conservé mais néanmoins une satiété qui s'installe rapidement malgré le régime fractionné. Son poids actuel a de la peine à remonter avec actuellement un BMI à 18. Néanmoins il garde une activité physique importante (marche, natation).

Conclusions, traitement et évolution

Nous lui recommandons vivement de se nourrir de tout ce qui lui plaît et de viser essentiellement un regain de poids pour atteindre son poids de base et de limiter les dépenses excessives en sport.

Un suivi nutritionniste est en cours avec suppléments nutritifs. Il a également un suivi cardiologique pour la sarcoïdose en mai 2015.

Enfin, par rapport à sa thrombocytose pour laquelle nous avons introduit de l'Aspirine en prophylaxie, le dernier laboratoire retrouve des plaquettes à 590 G/l (930 le 09.03.2015). Nous proposons au patient d'arrêter le traitement d'Aspirine et vous laissons attentifs au contrôle des plaquettes pour confirmer la normalisation. »

Dans un avis médical du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 28 avril 2015, la Dresse H._____, spécialiste en pédiatrie et en oncologie-hématologie pédiatrique, a confirmé une incapacité de travail totale depuis le 14 octobre 2014.

Dans un rapport médical du 9 octobre 2015, les Drs T._____, spécialiste en gastroentérologie et Q._____, spécialiste en médecine interne générale, ont également retenu un adénocarcinome peu différencié de l'œsophage distal diagnostiqué en octobre 2014, relevant un bon état général, sans dysphagie, un poids en augmentation, pas de troubles du transit, pas de toux, le patient se sentant bien actuellement.

Dans un rapport du SMR du 15 octobre 2015, la Dresse H._____ a conclu à l'incapacité totale de travail de l'assuré du 14 octobre 2014 au 13 août 2015, ce dernier ayant ensuite récupéré une pleine capacité de travail dès le 14 août 2015 tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Avec un score à l'échelle de performance (ECOG) de 0, soit un patient pleinement actif lors de la consultation du 14 août 2015, ce médecin retenait que l'assuré était capable de travailler à 100% dès cette date.

Par projet de décision du 19 octobre 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 30 novembre 2015 (au terme de trois mois d'amélioration).

Le 26 octobre 2015, l'assuré s'est déterminé sur le projet précité, soulignant qu'il lui était impossible de travailler en raison d'une grande fatigue, d'une perte de poids et de difficultés pour s'alimenter suffisamment. Pour l'intéressé, il était impossible de recouvrer une pleine capacité de travail d'un jour à l'autre.

Par acte du 20 novembre 2015, l'assuré a indiqué reprendre progressivement des forces suite à l'amélioration de son état dès le mois d'août 2015. Il a également fourni un certificat de travail établi par le Dr T._____, attestant d'une capacité de travail de 50% dès le 23 novembre 2015.

Suite à une interpellation de l'OAI, les Drs S._____ et G._____, spécialistes en médecine interne générale, ont indiqué dans un rapport médical du 19 février 2016 que, du point de vue immunologique, il n'y avait pas de contre-indication à une reprise du travail dans l'activité habituelle.

Dans un rapport médical du 25 avril 2016, les Drs L._____, spécialiste en oncologie médicale et gastro-intestinale, F._____, spécialiste en médecine interne générale et W._____, médecin, ont retenu le diagnostic d'adénocarcinome peu différencié de l'œsophage distal, mentionnant les éléments suivants :

« Ce jour, le patient signale une asthénie de grade 1-2 l'obligeant à avoir quelques périodes de repos dans la journée. Actuellement, il est à 50% d'incapacité de travail (travaille comme ingénieur). Il ne signale aucune douleur, pas de toux, pas d'expectorations. Son poids est stable. Il ne présente pas d'état fébrile et le transit est sans particularité. Pas de méléna ni de présence de sang. »

Par avis médical du SMR du 27 octobre 2016, la Dresse H._____ a recommandé l'établissement d'une expertise de médecine interne afin d'évaluer l'état de santé de l'assuré.

L'établissement de l'expertise précitée a été confié au Dr N._____, spécialiste en médecine interne, du [...] ([...]), à [...]. Dans son

rapport du 19 janvier 2017, ce médecin a retenu comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail un adénocarcinome peu différencié de l'œsophage. En tant que diagnostics dénués de répercussion sur la capacité de travail, le Dr N. _____ a mentionné une hyper-éosinophilie d'origine indéterminée, une granulomatose systémique avec atteinte cardiaque, ophtalmique, hépatique, splénique et pulmonaire, une probable méniscopathie externe du genou droit, un status après arthrotomie pour rupture du ligament croisé antérieur gauche en 1995 ainsi que de l'asthme, une bronchique et une rhinite chronique per annuelle sur hypersensibilité aux acariens et aux poils de chat. Le Dr N. _____ a retenu une incapacité totale de travail dès le 14 octobre 2014, une capacité de travail de 50% dès le 15 août 2015 suivie d'une pleine capacité dès le 15 février 2016, le rendement de l'assuré étant diminué de 20%. A l'appui de ses conclusions, ce médecin a retenu les éléments suivants :

« Dans le registre des plaintes, Monsieur V. _____ annonce une asthénie persistante quoi qu'en nette amélioration depuis mars ou avril 2015. Il a pu reprendre ses activités de conception de projets et réaliser quelques prototypes. Il annonce dans cette activité être tout à fait actif, en tout cas depuis novembre 2015, mais précise que la fatigue résiduelle l'empêcherait de mener des activités telles qu'il pratiquait auparavant, soit de jardinage, de peinture et autres travaux nécessitant le port de charges. En outre, et dans son activité de créateur de jouets, il déclare qu'il n'a pas pu reprendre clairement les activités de construction qui nécessitent l'usage de divers appareils (meule, scie circulaire, ponceuse, toupie sur bois, rabot), activités qui nécessitent une grande concentration, une grande application. Il n'a pas repris ce type d'activités, ce d'autant que l'atelier se situe en Suisse alémanique. Et d'autre part, il précise que les services sociaux ont assujéti leurs prestations à l'arrêt de la production et à la fermeture du web site.

Actuellement, l'index OMS est de grade 1 (KAS : 90%) puisqu'il pense être restreint uniquement dans les activités physiques fatigantes, mais qu'il peut parfaitement mener à bien les activités domestiques légères au bureau, le concept de ses divers objets qui l'occupe plusieurs heures par jour. Il n'est pas gêné dans les activités ménagères ou de loisirs. La pratique du sport est limitée par un asthme à l'effort comme avant sa maladie.

Cliniquement, il a un BMI normal à 19,5 kg/m' (59 kg pour 154 cm). Il est 10 à 15 kg en dessous de son poids avant la maladie. L'examen clinique est peu contributif. Il est noté une suspicion de lésion méniscale externe du genou droit, L'asthme est compensé, on retrouve une cyphose dorsale sans anamnèse de dorso-lombalgie. Enfin, présence d'une petite hernie cicatricielle ombilicale.

Les examens de laboratoire mis à disposition montrent une formule sanguine sans anémie, des plaquettes sanguines légèrement au-dessus de la norme, une éosinophilie absolue un peu fluctuante à 0,4 G/l le 23.12.2014, puis augmentée en mars 2015 à 0,84 G/l, normalisée à 0,24 le 26.09.2016, un peu plus haute à 0,59 le 12.12.2016. L'IRM cardiaque est rassurante de même que l'examen ophtalmique.

Sur le plan digestif, il se plaint du syndrome du petit estomac qu'il parvient à gérer et d'un reflux nocturne positionnel.

Les autres problèmes sont asymptomatiques (granulomatose et hyper-éosinophilie, et sans retentissement sur la capacité de travail.

Dans ces conditions, il est reconnu les limitations fonctionnelles suivantes :

Asthénie résiduelle.

Le port de charges est limité aux charges uniquement légères, maximum 15 kg, non répétitif.

Ces limitations sont compatibles avec une activité d'ingénieur ETS en micro-électronique ou dans une activité comparable, en reconnaissant toutefois une diminution de rendement de 20% au maximum en raison de l'asthénie résiduelle et de la nécessité d'une alimentation séquentielle.

Le pronostic de l'affection oncologique n'est pas bon. On peut s'attendre, en raison du stade 111A et du nombre de métastases ganglionnaires (inférieur à 4) à 53% de survie à cinq ans, s'agissant en effet d'une tumeur classée G3, envahissant l'adventice avec deux métastases ganglionnaires. »

Par avis médical SMR du 15 février 2017, la Dresse H. _____ a confirmé les conclusions du Dr N. _____.

Par projet de décision du 24 février 2017, remplaçant et annulant celui du 19 octobre 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 30 novembre 2015 ainsi qu'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2015 au 31 mai 2016. L'Office AI retenait que, suite à une incapacité totale de travail dès le 14 octobre 2014, la capacité de travail de l'assuré était de 50% du 15 août 2015 au 14 février 2016. Par la suite, l'assuré avait retrouvé une pleine capacité dans son activité habituelle avec une diminution de rendement de 20% au maximum, vu la nécessité d'une alimentation séquentielle de faible volume et d'une limitation du port de charge à 15 kg, ou occasionnellement au-delà.

Entre le 1^{er} et le 4 mars 2017, l'assuré a été hospitalisé en raison d'un iléus mécanique du grêle sur bride (rapport du 4 mars 2017 établi par le Dr B._____, spécialiste en chirurgie). Il s'est une nouvelle fois rendu à l'hôpital entre le 27 avril 2017 et le 2 mai 2017 en raison des mêmes atteintes.

Par décision du 25 juillet 2017, l'OAI a confirmé son projet du 24 février 2017.

B. Par acte du 12 septembre 2017, V._____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation ainsi qu'à la poursuite de l'allocation d'une rente entière d'invalidité, soulignant un handicap lourd en raison d'un cancer et d'une granulomatose. Pour l'assuré, il était incapable de reprendre une activité professionnelle.

Par décision du 3 octobre 2017, le magistrat instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 septembre 2017, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Complétant son recours en date du 10 octobre 2017, l'assuré a indiqué qu'il souffrait d'une récurrence métastatique d'un carcinome et qu'il allait débiter une chimiothérapie.

Par réponse du 7 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours formé par l'assuré ainsi qu'au maintien de la décision attaquée. Il retenait que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré était survenue postérieurement à la décision attaquée, cette dernière ne pouvant ainsi être invalidée par les éléments apportés ultérieurement par l'assuré. À l'appui de sa réponse, l'OAI a produit un rapport du SMR établi le 31 octobre 2017 par la Dresse H._____, dont la teneur est la suivante :

« Rappelons que depuis 97, l'assuré avait un filet abdominal et qu'une éventration médiane existait déjà avant l'atteinte oncologique.

Conclusion : Les hospitalisations dans le cadre des douleurs abdominales sur iléus mécanique et pour la cure de la hernie ombilicale n'entraînent pas d'atteinte durable à la santé et ne modifient nullement la CT de l'assuré. La cure de la hernie ombilicale du 1.6.17 a entraîné une nouvelle IT ponctuelle avec reprise à 100% dès le 1.7.17 (retour au status de 1997).

Le 13.9.17, une biopsie ganglionnaire révèle une rechute de l'adénocarcinome connu. Dès le 8.9.17, le Dr [...] atteste d'une IT de 100%, selon l'assuré une chimiothérapie est prévue dès le 25.10.17.

Conclusion : Une aggravation de l'état de santé avec IT totale pour la même pathologie que celle ayant donné à l'octroi d'une rente est documentée dès le 13.9.17. »

Répliquant en date du 30 novembre 2017, l'assuré a souligné qu'il n'avait jamais retrouvé une capacité de travail, même partielle, depuis le début du traitement de son cancer de l'œsophage en 2014. A l'appui de sa réplique, l'assuré a produit un rapport médical du 24 novembre 2017 établi par la Dresse X._____, spécialiste en oncologie médicale et en médecine interne, dont la teneur est la suivante :

« En raison de l'altération de l'état général de ce patient suite à son cancer de l'œsophage, aux traitements reçus depuis décembre 2014, puis aux troubles abdominaux, il n'a depuis lors jamais été en mesure physique de reprendre une activité professionnelle même à temps partiel. La récurrence de ce cancer œsophagien ainsi que les traitements qu'elle nécessite excluent dorénavant également toute reprise d'une activité professionnelle. »

Dupliquant en date du 10 janvier 2018, l'OAI a renvoyé à son écriture du 7 novembre 2017 et confirmé ses conclusions.

Par déterminations supplémentaires du 29 janvier 2018, l'assuré a fait valoir qu'il lui était impossible d'exercer une quelconque activité, relevant avoir subi, en raison de son cancer, des douleurs intenses, souvent insupportables, d'importantes difficultés respiratoires ainsi que des difficultés afin de s'alimenter. L'assuré a produit un rapport médical établi le 15 décembre 2017 par le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie viscérale, dont la teneur est la suivante :

« **Conclusions, traitement et évolution**

Dans notre expérience forte d'une quarantaine de cas par année (1er centre en Suisse de traitement pour ce type de tumeurs en

2016), la pathologie et les traitements du cancer de l'œsophage impliquent une baisse durable de la qualité de vie et de la capacité de travail, à des degrés variables, chez tous nos patients sans exception.

Ce fait découle d'une multitude de facteurs :

- Avant traitement: dysphagie (difficultés à s'alimenter) et perte pondérale importante chez tous les patients dues à l'obstruction œsophagienne secondaire à la tumeur
- Traitement néo-adjuvant par radiothérapie et chimiothérapie avec de nombreux effets secondaires, malheureusement impossible à contrer (dysphagie, fatigue extrême, nausées, effets secondaires plus spécifiques comme neuropathie, anémie...), entraînant une aggravation de l'état général déjà entamé.
- Intervention chirurgicale: oesophagectomie trans-thoracique avec une diminution drastique de la taille de l'estomac ne permettant pas une alimentation standard. Une grande majorité des patients perd entre 10 à 15% du poids corporel dans la littérature, sans pouvoir le regagner, ce qui a été le cas de Monsieur V._____. Typiquement, nécessité de s'alimenter de manière fractionnée 5 à 6 x par jour avec des portions plus petites, souvent incompatible avec une activité professionnelle en raison de l'organisation ainsi que de la faiblesse due à la faible alimentation.
- Douleurs thoraciques chroniques post-thoracotomie. Cette pathologie est malheureusement bien décrite dans la littérature et est présente chez 30 à 40 % des patients. Ces douleurs sont d'origine neuropathiques, répondent mal à la médication et entrave de manière drastique la qualité de vie.
- Récidive oncologique nécessitant des doses additionnelles de chimiothérapie en association relativement toxique et agressive, dans un contexte de dénutrition déjà bien présent.

De plus, dans le cas présent, Monsieur V._____ a présenté une granulomatose systémique mise en évidence de manière concomitante avec son cancer lors du bilan préopératoire. Cette granulomatose atteint chez Monsieur V._____ les poumons, le foie, la rate ainsi que le cœur. Bien que non traité actuellement, une recrudescence a été mise en évidence probablement dans le contexte de l'immunosuppression secondaire à la chimiothérapie. Cette condition associée a très certainement influencé de manière négative les capacités pulmonaires et cardiaques du patient et donc, sur sa capacité physique et son aptitude au travail.

Bien que n'ayant pas effectué personnellement le suivi de Monsieur V._____, j'atteste par ce rapport, en qualité d'expert dans le domaine, que le traitement que le patient a subi pour son cancer de l'œsophage a très fortement réduit sa capacité physique dès le début du traitement (c'est-à-dire bien avant la chirurgie) et ce de manière malheureusement durable, jusqu'à présent. Ce type de traitement agressif n'a pour l'heure actuelle, pas d'alternative et constitue la seule possibilité curative pour ce type de cancer très agressifs. Le prix à payer est malheureusement une diminution drastique des capacités physiques des patients. Malgré de nombreuses avancées dans le domaine, le taux de survies après cancers localement avancés de l'œsophage et après traitement tel que décrit précédemment, ne dépasse rarement les 50 à 60% à 5 ans. Dans le cas de Monsieur V._____, celui-ci a encore dû subir

une cure d'événtration par la suite, seconde intervention qui a bien entendu à nouveau réduit sa capacité de travail et, a par ailleurs encore réduit son état nutritionnel déjà précaire. »

Se déterminant en date du 14 février 2018, l'OAI a confirmé ses précédentes écritures et renvoyé à un avis médical du SMR du 13 février 2018 établi par la Dresse H._____, cette dernière retenant les éléments suivants :

Conclusion : Le rapport du médical du Dr Y._____ n'apporte aucun élément nouveau et est en contradiction avec les éléments du dossier à savoir :
Indice ECOG de 1, signifiant qu'une activité légère est possible.
Pas de dysphagie, poids stable.
Pas de trouble de la fonction pulmonaire (mise à part la crise d'asthme de décembre 15), pas de dyspnée, si ce n'est l'asthme à l'effort connu depuis l'enfance.
Pas de trouble de la fonction cardiaque objectivée, pas d'angor.
Pas de péjoration de la granulomatose objectivée par le Dr [...].
L'éosinophilie (un résultat de laboratoire) est restée sans étiologie (RM Dr [...] 19.10.16) et n'a dès lors aucun effet sur l'état de santé.
Conclusion : Les hospitalisations dans le cadre des douleurs abdominales sur iléus mécanique et pour la cure de la hernie ombilicale n'entraînent pas d'atteinte durable à la santé et ne modifient nullement la CT de l'assuré. La cure de la hernie ombilicale du 1.6.17 a entraîné une IT ponctuelle avec reprise à 100% dès le 1.7.17 (retour au status de 1997).

Dans ses déterminations supplémentaires du 7 mars 2018, l'assuré a détaillé ses limitations résultant de sa perte de poids, de la granulomatose pulmonaire, de l'asthme dont il souffre et des limitations physiques dans ses activités de loisir.

C. Par acte du 12 mars 2018, le magistrat instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (oncologie, chirurgie viscérale et médecine interne) à confier au [...] ([...]) à [...].

Aucune des parties n'ayant soulevé d'objections quant à l'établissement d'une telle expertise, cette dernière a été réalisée le 27 novembre 2018 par les Drs P._____, spécialiste en médecine générale, J._____, spécialiste en chirurgie viscérale et L._____, spécialiste en oncologie médicale et gastro-intestinale. Les experts ont retenu les

diagnostics d'adénocarcinome peu différencié de l'œsophage, de granulomatose avec hyperéosinophilie multisystémique paranéoplasique, de trois iléus digestifs mécanique de mars à mai 2017 ainsi qu'une éventration sus-ombilicale et hernie ombilicale 01.06.2017 avec cure d'éventration et pose de filet sublay Dynamesch. Les experts ont retenu une incapacité de travail totale du recourante depuis le mois d'octobre 2014, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. A l'appui de leurs conclusions, les experts ont mentionné les éléments suivants :

« 4.3. Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

L'asthénie, la dénutrition, le fractionnement nécessaire des repas, les douleurs abdominales, les crises d'asthme ont des répercussions majeures sur la capacité de travail de l'expertisé.

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Les experts n'ont pas relevé chez l'expertisé de trouble du comportement ou relationnel. La documentation médicale n'apporte pas non plus d'élément suggérant un trouble de la personnalité.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les ressources de l'expertisé sont totalement mobilisées par la lutte contre la maladie cancéreuse. L'expertisé est relativement isolé disposant essentiellement du soutien de sa compagne et de sa petite fille. Le réseau amical est décrit comme très restreint, et Monsieur V. _____ n'a que très peu de contact avec sa fratrie.

4.6. Contrôle de cohérence

Il n'est pas noté d'incohérence, l'ensemble des activités de l'expertisé est restreint de manière uniforme par la maladie.

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail est estimée nulle dans l'activité habituelle depuis octobre 2014.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail est estimée nulle dans toute activité depuis octobre 2014.

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Monsieur V. _____ a été en incapacité de travail totale à partir d'octobre 2014 pour la prise en charge thérapeutique de son cancer de l'œsophage. Ce traitement a induit une rémission partielle de la maladie et a permis à l'expertisé de s'alimenter et de reprendre du poids. Il n'est cependant pas asymptomatique puisque subsiste une asthénie d'origine multifactorielle (néoplasique, indice de masse corporelle toujours inférieur à la normale, reflux gastro-œsophagien et problème de vidange gastrique occasionnant des troubles du sommeil). Il doit par ailleurs fractionner ses repas. Nous considérons ainsi que l'état général et nutritionnel de Monsieur V. _____ n'a jamais permis la reprise d'une activité professionnelle depuis la découverte du cancer. Le Dr R. _____, chirurgien viscéral, dans son rapport médical d'avril 2015, imputait la non reprise de poids par l'expertisé à une activité physique jugée excessive. Monsieur V. _____ mentionne n'avoir jamais depuis sa maladie été en mesure de marcher ou nager plus de 30 min/j. On peut alors s'étonner de cette conclusion en termes de calories dépensées et du conseil donné de réduire l'activité physique au vu du bénéfice moral et physique d'une telle activité chez un patient cancéreux. L'ECOG (indice d'état général) n'a jamais été à 0 comme indiqué dans le rapport du Dr Q. _____ d'août 2015, l'expertisé n'a jamais été en mesure d'exercer son activité normale sans restriction. Le Dr N. _____ estime l'indice de Karnofsky à 90% et l'index OMS à 1. Nous nous distançons de cette appréciation qui à notre avis a sous-évalué les répercussions, des lourds traitements du cancer, des conséquences de la chirurgie digestive effectuée (importants troubles du sommeil du fait du reflux et des troubles de la vidange gastrique) et de la maladie néoplasique toujours présente (asthénie, hypercatabolisme, bronchospasme).

4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Les experts n'ont pas de proposition thérapeutique. »

L'OAI s'est déterminée le 14 janvier 2019 sur l'expertise judiciaire précitée en confirmant ses conclusions consistant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il retenait que l'expertise effectuée par la [...] était floue s'agissant de l'anamnèse dans les trois spécialités susmentionnées. A l'appui de ses déterminations, l'OAI a produit un avis médical du SMR du 20 décembre 2018, sous la plume de la Dresse H. _____, dont les conclusions sont les suivantes :

« Alors que l'assuré sort d'une radiothérapie pour métastases cérébrales, une expertise pluridisciplinaire est faite à la [...] en septembre 18 et octobre 18, chez un assuré qui achoppe souvent sur les mots, répète plusieurs fois la même chose, dont la

déambulation est mal assurée et la compréhension et l'élocution du français sont dites satisfaisantes. Cette expertise porte sur la période antérieure à septembre 2017, soit une année et plus antérieure à la situation actuelle. Aucune anamnèse tierce n'a été faite pour corroborer les dires de l'assuré qui diffèrent de l'anamnèse faite le 15.12.16, rapport de l'expertise du 19 janvier du 19.1.17.

L'expert en médecine interne écrit que la vie quotidienne actuelle a peu été modifiée par la découverte de l'évolution de la maladie en septembre 17. Le descriptif est très sommaire et ne comporte pas en particulier les déplacements - voyages, or l'assuré déclarait en décembre 16 retourner régulièrement au Portugal pour voir ses enfants et dans le rapport de la nutritionniste de février 18, l'assuré rentrait du Maroc. Ni la dénutrition protéino-calorique énergétique sévère en février 18, ni le traitement de chimiothérapie en cours n'ont empêché l'assuré de voyager au Maroc ce qui ne corrobore pas avec l'appréciation du chirurgien selon lequel les patients sont occupés plus ou moins toute la journée à s'alimenter et ne peuvent pas faire une activité pendant plus de 20-30 minutes. Si l'assuré a été à même de voyager au Maroc en 2018, il n'y a pas lieu de remettre en doute ses déplacements au Portugal durant la période litigieuse.

Les incongruences dans l'expertise de la [...] ont été relevées dans les différentes rubriques. »

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une

appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. a) Sur la base des différents avis médicaux établis par la Dresse H._____, l'intimé conteste l'expertise judiciaire au motif d'une anamnèse floue, respectivement incomplète, et de déclarations ou comportements contradictoires de l'assuré quant à sa capacité de voyager.

b) À la lecture des trois rapports médicaux établis par trois spécialistes en médecine générale, en chirurgie viscérale et en oncologie médicale et gastro-intestinale constituant le rapport d'expertise judiciaire, on observe que chacun a dressé une anamnèse focalisée sur la problématique de sa spécialité. Par ailleurs, un compte rendu détaillé de l'ensemble des pièces médicales déterminantes a été effectué, les avis contraires ont été discutés et l'approche du cas fut en définitive globale, consensuelle, rendue au terme d'un colloque. Cette manière de procéder diffère passablement de l'expertise médicale réalisée par le Dr N._____, laquelle fut uniquement rendue en médecine interne, au contraire de l'approche pluridisciplinaire privilégiée par les médecins spécialistes de la [...]. D'excellente facture, l'expertise judiciaire intègre au demeurant une anamnèse complète et se fonde sur un examen clinique et circonstancié de l'assuré, les experts ayant clairement motivé leur appréciation du cas.

c) N'apportant aucun élément médical susceptible de mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts, le raisonnement du SMR ne saurait être suivi. Que le recourant ait rencontré quelques difficultés à poser certains souvenirs lors de l'examen clinique - confusion au demeurant relevée par les experts - n'ôte rien au fait qu'il est rendu compte de manière suffisamment claire de sa situation personnelle. Le fait d'observer que l'état de santé retenu serait en contradiction avec le fait d'avoir entrepris des voyages ne constitue qu'un autre avis posé par le médecin du SMR, sans examen clinique, et somme toute d'une importance très relative dès lors que la capacité de travailler, déterminante en AI, ne se confond pas uniquement avec celle de se mouvoir. Les experts P._____, J._____ et L._____ indiquent également de manière pertinente les raisons pour lesquelles ils s'écartent des résultats du recourant au test Karnofsky (coté à 90%, soit le résultat

pour un patient en mesure de poursuivre une activité normale, avec signes ou symptômes mineurs de maladie) et de l'index OMS à 1 (soit un patient symptomatique (gêné pour les activités physiques soutenues mais capable de se déplacer seul et d'assurer un travail léger ou sédentaire, par exemple un travail de bureau ou le ménage), retenant que différents aspects inhérents à la pathologie cancéreuse de l'intéressé avaient été sous-évalués. Cette appréciation rejoint les conclusions du rapport médical du 24 novembre 2017 établi par la Dresse X. _____ ainsi que la position du Dr Y. _____ (rapport médical du 15 décembre 2017). A l'instar des experts de la [...], ces deux médecins mentionnent les graves répercussions du cancer du recourant sur sa capacité de travail, notamment en raison des difficultés rencontrées par l'intéressé à s'alimenter de manière suffisante. Ces considérations ont d'ailleurs également mené la Dresse X. _____ à conclure à l'incapacité de travail totale du recourant, dont les ressources ont été totalement mobilisées par la lutte contre sa maladie.

d) Compte tenu de ce qui précède, l'expertise judiciaire pluridisciplinaire du 27 novembre 2018 répond manifestement aux réquisits de la jurisprudence afin de se voir reconnaître pleine valeur probante. Une pleine incapacité de travail ininterrompue dès le 14 octobre 2014 peut ainsi être retenue.

6. Des considérations qui précèdent, il résulte que le recours doit être admis et la décision réformée en ce sens que le recourant est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière telle qu'allouée à compter du 1^{er} octobre 2015, et non limitée dans le temps.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 25 juillet 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que V._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2015.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- V._____,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :