

VD_GERICHTE ZD16.019043 vom 22. Dezember 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.019043

FR: VD_GERICHTE ZD16.019043 du 22 décembre 2016

IT: VD_GERICHTE ZD16.019043 del 22 dicembre 2016

Erwägungen

E. 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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Déposé en temps utile compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. LPGA) auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA- VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions

- 28 - formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, en particulier sur la suppression, par voie de révision, de la demi-rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé d'admettre que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA étaient remplies en l'espèce. Cela étant, la question se pose de savoir si, ainsi que le recourant l'allègue dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée par l'intimé en juillet 2009, son état de santé s'est péjoré depuis 2009, justifiant une augmentation du droit à la rente et non une suppression de la demi-rente d'invalidité.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas

- 29 - objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. b) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, 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 l'art. 17 LPGA. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a ; voir également TF I 367/04 du 14 février 2005 consid. 2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; ATF 125 V 368 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2b ; cf. TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

- 30 - Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de l'augmentation ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1 ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; cf. Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la référence). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant.

- 31 - Cependant, 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 ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., et les références). d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références). e) En assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent

- 32 - être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. également TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1).

E. 4

a) En l'espèce, il ressort du dossier que l'octroi de la rente entière d'invalidité avec effet au 1er janvier 1997 l'a été en raison d'une atteinte psychique. En effet, il est indiqué sur la décision du 21 août 1997 le numéro d'infirmité 644 et le numéro de d'atteinte fonctionnelle 91, qui correspondent à des atteintes psychotiques (« autres psychoses ») ou dépressions involutives, et à des atteintes fonctionnelles combinées d'ordre mental, psychique et physique. Cette décision repose sur le rapport médical des Drs F. _____ et Z. _____, lesquels ont retenu à l'époque, sur le plan psychiatrique, les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de troubles schizotypiques. Par la suite, le recourant a repris une activité lucrative à un taux oscillant entre 40 % et 50 %, en qualité de chauffeur-livreur auprès de l'entreprise K. _____, ce qui a motivé une révision d'office du droit à la rente, respectivement une réduction de la rente entière d'invalidité à une demi-rente avec effet au 1er octobre 2003 (cf. décision du 8 septembre 2003). C'est sur la base de cette dernière décision qu'il y a lieu de procéder à la comparaison des situations déterminantes pour la révision du droit à la rente du recourant initiée le 20 juillet 2009, la rente

- 33 - ayant depuis 2003 été reconduite sans nouvelle décision jusqu'à la décision attaquée. Il sied de constater préliminairement que les considérations de l'intimé pour justifier la diminution de la rente d'invalidité, respectivement l'octroi d'une demi-rente d'invalidité sont pour le moins succinctes. La décision du 8 septembre 2003 se fondait en effet sur un rapport médical du 14 juillet 2003 du Dr O. _____, lequel ne mentionnait alors plus de diagnostic psychiatrique. La demi-rente d'invalidité a été par la suite reconduite suite à l'avis médical du Dr C. _____ du 9 octobre 2003, lequel concluait que « les antécédents psychiatriques [n'étaient] pas négligeables et qu'une surstimulation pou[v]ait provoquer une décompensation ». Le Dr C. _____ avait toutefois précisé avoir téléphoné au médecin traitant qui lui avait indiqué que la situation actuelle était stable et que l'assuré arrivait à travailler à 50 %, avec quelques absences pour somatisations, ajoutant « qu'il estim[ait] également qu'une surstimulation pou[v]ait compromettre l'évolution ». Ce n'est que 11 ans plus tard, soit en 2014, et à la demande du conseil du recourant que l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique, laquelle était nécessaire pour connaître l'évolution de la pathologie psychiatrique depuis le 25 mars 1997 ■ date correspondant au seul rapport établi par un médecin psychiatre et contenu dans le dossier ■ respectivement pour déterminer la présence d'une amélioration ou d'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant. b) La décision querellée est, pour sa part, fondée sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr R. _____ du 22 octobre 2014. Cet expert ne retrouve pas les diagnostics que les Drs F. _____ et Z. _____ avaient posés en 1997. Le rapport du Dr R. _____ remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3c). En effet, l'expert a étudié de manière circonstanciée les points litigieux, en connaissance de toutes les pièces médicales au dossier. Ses examens sont complets. Il a pris en compte l'anamnèse et les plaintes du recourant et, contrairement à ce que soutient ce dernier, il explique de

- 34 - manière approfondie pour quelles raisons il écarte les diagnostics pouvant entrer en considération, et en particulier pour quels motifs son appréciation diverge de celle des Drs F. _____ et Z. _____, plus précisément en ce qui concerne un éventuel trouble schizotypique. L'expert ne nie pas qu'une atteinte d'ordre psychiatrique a existé à un moment donné. En tenant compte du ralentissement psychomoteur modéré et des troubles de la concentration existants par le passé, il a retenu une capacité de travail fluctuante entre

2011 et 2014. Il explique de manière claire et circonstanciée pourquoi il ne retient plus les atteintes ayant existé. On observe que le fait que le Dr R. _____ estime qu'une réévaluation de l'état psychiatrique du recourant à une année, de même qu'un suivi sur ce plan, sont nécessaires, ne permet pas de remettre en question son analyse, contrairement à ce qu'avance le recourant. En effet, la nécessité d'un suivi psychiatrique n'implique pas nécessairement une incapacité de travail, si ce suivi permet justement au recourant de conserver une telle capacité. De même, s'il devait être établi par la suite une évaluation défavorable de l'état de santé de l'intéressé sur ce plan, il n'en reste pas moins que sa capacité de travail a été considérée comme entière depuis le 1er septembre 2014, sur la base d'éléments cliniques et de l'anamnèse complète. Une éventuelle aggravation ou rechute devra alors faire l'objet d'une nouvelle demande. Les rapports médicaux du Dr R. _____ ne viennent pas remettre en cause l'analyse du Dr R. _____. En effet, le médecin traitant a retenu en 1994 un état anxio-dépressif, ceci jusqu'en 2002. Il n'a toutefois jamais expliqué son diagnostic par des constatations médicales objectives, ni adressé son patient à des spécialistes. Dans son rapport du 14 juillet 2003, il ne retenait plus de diagnostic sur le plan psychiatrique. Il a mentionné un état anxieux dans son rapport du 9 novembre 2009, sans en préciser la gravité, ni si ce dernier avait ou non une influence sur la capacité de travail du recourant. Dans son rapport de 23 mai 2011, il s'est limité à mentionner une certaine tristesse et de l'anxiété chez son patient, sans plus de précisions. Le Dr O. _____ a cité à nouveau le diagnostic d'état anxio-dépressif dans son rapport du 18 mai 2013, sans expliquer ce qui l'amenait à retenir à nouveau cette atteinte, ni adresser

- 35 - son patient à un spécialiste. Il est en outre relevé que l'expert R. _____ a dûment tenu compte des rapports médicaux du Dr O. _____. Le rapport médical établi par ce dernier par la suite, le 2 juillet 2015, relève certes une évaluation défavorable de l'état de santé du recourant, mais rapporte toutefois des problèmes d'ordre somatique. Ainsi, les constatations de ce médecin ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation du Dr R. _____. On apprend à l'occasion de l'expertise, que le recourant a recommencé un suivi psychiatrique auprès de la Dresse M. _____. Il est relevé que ce suivi a été pris en compte par l'expert, dès lors qu'il a eu un entretien téléphonique avec la Dresse M. _____. Ce n'est toutefois que le 29 juin 2015 que la psychiatre traitante a rendu un rapport médical. Elle y a décrit les plaintes du recourant, ainsi qu'une série de symptômes. Elle ne pose toutefois aucun diagnostic, ne dit pas avoir procédé à des tests, et n'explique pas ce qui l'amène à retenir une incapacité totale de travail. Son appréciation, insuffisamment étayée, ne permet pas de mettre en doute l'expertise du Dr R. _____. D'éventuels symptômes d'un trouble sur le plan psychiatrique n'ont pas non plus été observés par les autres médecins ayant examiné le recourant, ni par le personnel d'A. _____, qui se contente de mentionner une certaine amertume du recourant en rapport avec son avenir professionnel, mais pas de tristesse, d'anxiété ou de retrait social.

c) Dans ces conditions, force est d'admettre que, sur le plan psychiatrique, les conclusions de l'expert R. _____ sont convaincantes, qu'aucun motif pertinent ne permet de les remettre en cause et qu'elles répondent ainsi aux exigences requises pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3c supra ; cf. également ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Sur cette base, on retiendra donc que le recourant ne présente plus aucune atteinte du registre psychiatrique susceptible de réduire sa capacité de travail et ce, à compter du 1er septembre 2014. Dès lors que l'expert R. _____ a reconnu une capacité de travail entière dès le 1er septembre 2014, confirmée par le Dr G. _____ du SMR (avis médical du 6

- 36 - novembre 2014) ■ à laquelle s'est rallié l'intimé ■, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant la motivation des variations du degré de capacité de travail entre 2011 et 2014 retenue par l'expert.

E. 5

Autre est la question de savoir si le recourant présente une pathologie somatique incapacitante du point de vue de l'assurance- invalidité. a) En 1997, les Drs F. _____ et Z. _____ mentionnaient un certain nombre de diagnostics somatiques, soit un status après gastrectomie des deux tiers pour adénocarcinome gastrique en 1992, un status après libération de bride volvulus du grêle en 1994 et un status après accident du membre supérieur droit avec lésions neurologiques séquellaires en 1994, atteintes qu'ils n'ont pas examinées eux- mêmes, puisque hors de leur domaine de compétences. Le Dr O. _____ retenait en outre les diagnostics d'anémie normocytaire normochrome et de syndrome de Barrett probable. Ces atteintes n'ont toutefois pas fait l'objet de plus amples investigations et n'ont pas motivé l'octroi de la rente. Les atteintes somatiques du recourant n'ont pas été analysées lors de la procédure de révision qui a abouti à la réduction de la rente entière à une demi-rente d'invalidité. La décision du 8 septembre 2003 se fonde uniquement sur les rapports du Dr O. _____ des 30 janvier 2002 et 14 janvier 2003, qui mentionnaient les diagnostics somatiques comme sans influence sur la capacité de travail, tout en maintenant une incapacité de travail de 50 %. Il en va de même de la procédure de révision initiée en novembre 2004, durant laquelle la question des atteintes somatiques ne s'est apparemment pas posée. En 2004, le Dr O. _____ mentionnait les diagnostics somatiques incapacitants de lombalgies et de céphalées tensionnelles. Les diagnostics d'hypotension orthostatique, de status après opération pour un volvulus du grêle, de status après gastrectomie subtotale pour adénocarcinome superficiel à l'estomac et d'opération de la

- 37 - main droite, étaient mentionnés dans la catégorie des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr O. _____ relevait toutefois des brûlures abdominales, accompagnées de nausées, sans vomissement. La capacité de travail était toujours de 50 %. Le SMR retenait que les affections somatiques ne constituaient pas une affection invalidante au sens de l'assurance-invalidité, mais témoignaient d'une situation limite sur le plan psychiatrique. Ainsi, avant la procédure de révision initiée d'office en juillet 2009, le dossier ne contient aucun rapport médical émanant d'un médecin autre que le Dr O. _____ et qui aurait examiné le recourant sur le plan somatique. Dans son rapport du 9 novembre 2009 à l'OAI, le Dr O. _____ retenait les diagnostics de céphalées tensionnelles, lombosacralgies, anémie avec ferritine effondrée ainsi qu'une hypovitaminose B12, une gonalgie droite, ainsi que les diagnostics somatiques précédemment retenus. Il mentionnait une série de symptômes, tels que pâleur, dyspnée, palpitations, tachycardie, anorexie, vomissements et diarrhée. S'y ajoutaient une faiblesse extrême, des vertiges, des céphalées, des bourdonnements d'oreille et une tendance aux syncopes. Le pronostic était réservé. Le recourant avait présenté une incapacité de travail du 1er avril 2008 au 31 mai 2008. Depuis le 1er août 2009, il n'arrivait plus à exercer le métier de marchand en raison de vertiges et syncopes. L'activité exercée était exigible au maximum à 30 % depuis janvier 2010. Le recourant ne pouvait pas exercer des activités uniquement en position debout, dans différentes positions, ou exercées principalement en marchant. Il ne pouvait se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, s'accroupir, effectuer des rotations en position assise ou debout, soulever/porter, ou encore monter sur une échelle ou un échafaudage. Sa capacité de résistance était limitée. Le Dr O. _____

décrivait un état stationnaire dans un rapport ultérieur, soit celui du 23 mai 2011. b) La décision litigieuse date du 17 mars 2016 et se fonde, sur le plan somatique, sur le rapport d'expertise du Dr H._____ du 14

- 38 - décembre 2011. Si la prise en charge d'une mesure d'entraînement progressif (art. 14a LAI) à un taux de 40 à 50 %, puis d'un reclassement professionnel dans le cadre des mesures de nouvelle réadaptation (art. 17 LAI) au Centre A._____ respectivement en 2012 - 2013 et 2015 ont mis en évidence un état de santé fragile sous forme d'étourdissements, de faiblesse physique et d'une grande fatigue, la Cour de céans considère toutefois que ces éléments ne sauraient constituer une aggravation de l'état de santé de l'intéressé depuis l'expertise mise en œuvre en 2011 dans le cadre de la procédure de révision de rente. Il convient tout d'abord de rappeler que le Dr O._____ expliquait dans son rapport médical du 4 février 2005 que l'hypotension orthostatique (diminution de la pression artérielle lors du passage de la position allongée ou assise, à la position debout) en était la source, pathologie pour laquelle le médicament Effortil était prescrit à l'intéressé. Lors de l'examen clinique réalisé par l'expert H._____, l'assuré a également fait état de malaises postprandiaux caractérisés par la survenue déjà en cours de repas ou tout de suite après d'un sentiment de faiblesse, d'épuisement avec irritabilité, vertiges, céphalées, sudations, nausées et besoin impérieux d'adopter immédiatement une position semi-assise. Le malaise sans choc et sans perte de connaissance disparaissait après 20 à 30 minutes. Le questionnaire de Sigstad donnait un score de 17, ce qui était suggestif d'un dumping syndrome précoce, lequel était apparu dès 1992, soit peu après l'intervention Billroth II. L'expert a toutefois exposé que cette pathologie ne pouvait être considérée comme handicapante même si elle pouvait altérer la qualité de vie. Les seules limitations fonctionnelles qui en résultaient étaient constituées par la nécessité de respecter une pause suffisante lors des repas principaux (minimum de 30 minutes) suivie d'une pause postprandiale de 30 minutes (rapport d'expertise du 14 décembre 2011, p. 12 § 3.4, p. 20 § 6.1, p. 21 § 6.2). Le recourant a été en outre soumis en novembre et décembre 2012 à des OGD (Oeso-Gastro- Duodéoscopie) effectuées au Service de gastro-entérologie et d'hépatologie du CHUV qui ont mis en évidence un reflux gastro-oesophagien en amélioration. Le recourant se plaint également d'un manque de force au niveau de la main droite et de difficultés avec les deux pieds. Cette atteinte a non seulement été examinée par l'expert

- 39 - H._____ qui n'a pas retenu de limitation fonctionnelle au vu de l'absence de difficultés annoncées par l'intéressé dans la vie quotidienne, mais n'a plus été mentionnée par le Dr O._____ (rapport médical du 18 mai 2013 à l'OAI, courrier du 2 juillet 2015 au conseil du recourant). Finalement, il y a lieu de relever que le médecin traitant s'est limité à rappeler dans son rapport du 2 juillet 2015, les plaintes de son patient et les problèmes somatiques connus de longue date. Dans ce contexte, il sied de retenir que le rapport d'expertise du Dr H._____ a pleine valeur probante et qu'il demeure actuel, même s'il a été établi plusieurs années auparavant. Par conséquent, la position du SMR (cf. notamment avis médicaux du Dr G._____ des 17 mars et 7 juillet 2015) et, corollairement, de l'OAI échappe donc à la critique. Contrairement à l'opinion du recourant, il n'appartient pas à A._____ d'évaluer sa capacité de travail, respectivement de se substituer aux appréciations des experts, l'intéressé soutenant que « c'est A._____ qui doit se prononcer sur ce qu'ils ont observé » (note d'entretien de la REA du 12 juin 2015). En effet, les informations des organes d'observation professionnelle ont pour

fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). Faute d'atteinte à la santé au sens de la LAI, demeure la question de savoir si l'assuré applique régulièrement les règles diététiques préconisées après gastrectomie. Ainsi, si lors de la première mesure, il est

- 40 - précisé que « sa vision de « régime alimentaire équilibré » ne correspond pas entièrement à ce qu'on pourrait préconiser de manière générale (par exemple, consommation régulière de pains à la vanille durant la pause du matin) » (rapport intermédiaire du 19 avril 2013), il est relevé que durant la deuxième mesure, l'intéressé ne mange pas sur son lieu de travail et manque de force dès 9 h 30 (rapport intermédiaire du 17 juin 2015). Or, l'expert H. _____ a rappelé que le dumping syndrome précoce pouvait s'améliorer significativement par des mesures diététiques et par une éducation alimentaire. c) Dès lors, la Cour de céans considère que le recourant dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et qu'il ne présente en outre plus aucune atteinte psychiatrique ayant un effet sur sa capacité de travail. Les mesures d'instruction complémentaires requises (audition des parties et des responsables d'A. _____) n'est pas de nature à permettre de modifier ce constat. Le recourant a pu préciser ses allégations par écrit et a été soumis de manière précise et probante à deux expertises, raison pour laquelle on ne saurait attendre des auditions requises une même valeur probante ni une même précision. En tout état de cause, le juge peut mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

E. 6

Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant compte tenu du fait qu'il présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. a) 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

- 41 - raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2). En

règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C_725/2015 précité consid. 4.1). Le revenu d'invalidité doit également être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les

- 42 - données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et références citées ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération (cf. par exemple TF 8C_311/2015 du 22 janvier 2016 consid. 4.3). b) Il ressort du dossier que le recourant, sans activité lucrative lors de la révision d'office du droit à la rente, a exercé diverses activités au cours de sa vie, notamment livreur à 50 % auprès de K. _____ jusqu'en 2006, puis vendeur indépendant de denrées alimentaires. Dans ces circonstances, la manière de procéder de l'office intimé ne prête pas flanc à la critique. Ainsi, en l'absence de revenu effectivement réalisé, c'est à bon droit que l'OAI s'est référé aux données statistiques et s'est demandé s'il se justifiait d'opérer un abattement afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Le fait que le revenu sans invalidité ait lui-même été fixé sur la base des mêmes données statistiques importe à cet égard peu, car le choix d'opérer ou non un abattement est indépendant de la manière dont le revenu sans invalidité a été fixé. En l'état, le recourant ne conteste pas les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, singulièrement le bien-fondé et l'étendue de l'abattement opéré sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. Précisons à cet égard que l'OAI

- 43 - retient un abattement de 10 % sur le salaire statistique eu égard aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie somatique, abattement dont le taux n'est au demeurant pas critiquable (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b). Ainsi, il résulte de la comparaison des revenus une incapacité de gain arrondi à 10 %, insuffisante pour maintenir le droit à une

rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). c) Par conséquent, il n'y a pas lieu de s'écarter du résultat retenu par l'intimé dans le cadre de la comparaison des revenus. En définitive, il y a lieu de retenir qu'à la suite de l'amélioration de l'état de santé psychique, le taux d'invalidité du recourant s'élève désormais à 10 %, ce qui justifie la suppression, par voie de révision, de la demi-rente d'invalidité dont ce dernier bénéficiait depuis le 1er octobre 2003. La décision querellée du 17 mars 2016 doit être confirmée dans son résultat en tant qu'elle supprime le droit à la rente dès le premier jour du deuxième mois à compter de sa notification (cf. art. 88bis al. 2 let. a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

E. 7

La Cour n'entend pas minimiser le parcours du recourant, confronté dès 1992 à des problèmes de santé dont on ne saurait nier la gravité. Cela dit, il n'en demeure pas moins que le droit aux prestations de l'AI est régi par des exigences légales strictes (exposées plus haut), dont il n'est pas possible de déroger pour des raisons d'opportunité liées à des circonstances personnelles particulières. Or, il appert en définitive que la décision litigieuse s'avère conforme à ces mêmes exigences. Dite décision n'est donc pas critiquable dans son résultat. Cela étant, il convient encore de souligner que la décision susdite ne constitue pas une prise de position immuable de l'AI à l'égard du recourant. Ce dernier conserve en effet la faculté, en cas de modification notable de la situation, de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'office.

E. 8

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

- 44 - b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Invitée à produire sa liste des opérations (cf. art. 3 al. 1 RAJ), cette dernière s'en est remise à la juridiction de céans pour la fixation de son indemnité dans la présente affaire (cf. courrier 25 novembre 2016). Dès lors, vu l'étendue des opérations nécessaires à la conduite du procès (cf. art. 2 al. 1 et art. 3 al. 2 RAJ), il y a lieu d'arrêter équitablement le défraiement à 1'944 fr., TVA comprise (soit 1'800 fr. de prestations d'avocat [10 h x 180 fr.]

+ 144 fr. de TVA), auquel il convient d'ajouter 108 fr. pour les débours, TVA incluse (cf. art. 3 al. 3 RAJ).

- 45 - L'indemnité d'office de Me Bourqui s'élève donc à 2'052 francs. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.