

**200.2016.735.AI**  
N° AVS A. \_\_\_\_\_  
BOA/BEJ

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 3 janvier 2018**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A.-F. Boillat, greffière



**A.** \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

**Office AI Berne**  
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne  
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 20 juin 2016

**En fait:**

**A.**

A.\_\_\_\_\_, né en 1957, marié, père de deux enfants adultes, est mécanicien de précision de formation. Il a complété sa formation par un diplôme en branches commerciales. Spécialisé dans la vente de matériel d'outillage pour les coiffeurs, il travaille comme représentant commercial indépendant depuis 1985.

Suite à deux infarctus du myocarde survenus les 23 juin 2007 et 1<sup>er</sup> mai 2009, l'assuré a sollicité, en juillet 2009, des prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI).

Après avoir nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles (décision du 1<sup>er</sup> octobre 2009), l'Office AI, par décision du 4 mai 2011 (et après un premier préavis du 21 avril 2010 envisageant un refus de rente), lui a alloué rétroactivement, à partir du 1<sup>er</sup> mai 2010 et sur la base d'un degré d'invalidité de 45%, un quart de rente d'invalidité.

**B.**

Au cours d'une procédure de révision de rente initiée en avril 2013 par l'Office AI, l'assuré a fait valoir, en complétant le 10 juin 2013 le questionnaire "Révision de la rente d'invalidité" qui lui était soumis, une aggravation de son état de santé. Après avoir sollicité les avis des médecins traitants de l'assuré et celui d'une médecin généraliste de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI a requis l'établissement d'une expertise bidisciplinaire sur les plans psychiatrique et cardiologique dans un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI [...]). En se fondant sur les conclusions interdisciplinaires des experts communiquées le 24 septembre 2015 et sur le rapport du 4 mars 2016 de son service des enquêtes, l'Office AI, dans un préavis du 22 mars 2016, a informé l'assuré que, sur la base d'un degré d'invalidité de 15%, il envisageait de lui supprimer son quart de rente AI à la fin du mois qui suit

la date de la décision. Nonobstant les objections formulées par une avocate, employée par l'assurance de protection juridique de l'assuré, contre cette préorientation, l'Office AI, par décision formelle du 20 juin 2016, a confirmé le contenu de son préavis.

### **C.**

Par acte daté du 19 août 2016, l'assuré, désormais représenté par un avocat indépendant, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue par l'Office AI le 20 juin 2016, principalement, à l'octroi d'au moins une demi-rente d'invalidité dès le 25 octobre 2013, subsidiairement au maintien de son quart de rente, et, encore plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le 2 septembre 2016, le recourant a complété son recours par l'envoi de documents comptables. Dans son mémoire de réponse du 4 octobre 2016, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Le mandataire du recourant a envoyé sa note d'honoraires le 28 octobre 2016, tout en confirmant ses précédents allégués.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI du 20 juin 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et prononce (avec retrait de l'effet suspensif d'un [éventuel] recours), la suppression du quart de rente AI versé à l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010 avec effet au 1<sup>er</sup> août 2016. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une demi-rente AI, subsidiairement

au maintien du quart de rente et, très subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Sont particulièrement critiquées par le recourant, la force probante de l'expertise du COMAI sur laquelle se fonde la décision pour nier le droit à une rente AI, la comparaison des revenus pratiquée pour déterminer le taux d'invalidité et l'appréciation de l'exigibilité de la continuation d'une activité lucrative du fait de l'âge.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à

l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

**2.2** L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1).

**2.3** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable (ATF 130 V 343 c. 3.5, 117 V 198 c. 3b; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.1). Il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1).

**2.4** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et

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 fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**2.5** En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. S'il est conforme à ces exigences, le rapport d'enquête a entière valeur probante. Le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur

des erreurs manifestes. Cette retenue découle en particulier du fait que la personne chargée du rapport d'enquête bénéficie de connaissances spécialisées et est plus proche des circonstances concrètes du cas d'espèce que le tribunal compétent en cas de recours (ATF 140 V 543 c. 3.2.1, 130 V 61 c. 6.2).

### **3.**

**3.1** Par référence au rapport d'enquête économique du 4 mars 2016, précisé le 2 juin 2016, l'Office AI justifie sa décision de suppression de rente AI datée du 20 juin 2016, en estimant qu'il existe un motif de révision dans le fait que les comptes d'exploitation produits par l'assuré lui-même prouvent que le revenu avec invalidité a augmenté de telle sorte qu'en 2013, année de la révision d'office, le degré d'invalidité est tombé à 15%, ce qui n'ouvre plus le droit à une rente. L'Office AI ajoute que la capacité de travail de 80% dans l'activité exercée (qui est adaptée à l'état de santé), évaluée de façon probante par les experts dans leur rapport de septembre 2015, va entièrement dans le sens du motif de révision et que le lien de causalité (entre l'état de santé et l'augmentation du revenu) est ainsi donné. Dans sa réponse au recours, l'intimé défend la valeur probante des résultats de l'expertise médicale (absence, formellement, de malentendus linguistiques et, matériellement, d'atteinte psychique incapacitante ainsi que de constat objectif d'une détérioration somatique), de même que celle du rapport d'enquête économique (baisse du chiffre d'affaires postérieure à 2013 due à des facteurs économiques, organisationnels et psychosociaux étrangers à l'invalidité). En outre, il réfute l'argument d'une inexigibilité professionnelle à raison de l'âge de l'assuré.

**3.2** Dans le recours, l'assuré ne comprend pas, non seulement la suppression de sa rente, mais encore le fait que l'intimé n'ait pas pris en considération l'aggravation de son état de santé. Il conteste la valeur probante de l'expertise du COMAI, en invoquant des vices tant formels (au niveau de la langue) que matériels (résultats économiques de l'entreprise interprétés sur une base erronée ne prenant pas en considération les dernières années, de même qu'une évaluation de la capacité de travail

incohérente et en contradiction avec l'avis des médecins traitants). Le recourant n'est pas d'accord non plus avec le rapport d'enquête professionnelle qui certes, se fonde, à juste titre selon lui, sur une incapacité de travail de 60% évaluée par le médecin traitant, mais, à tort, admet que l'activité exercée est adaptée et nie le lien de causalité entre l'état de santé et la perte économique. Il avance également que son âge avancé n'a pas suffisamment été pris en considération par l'intimé quant à l'exigibilité de la poursuite de son activité ou d'un nouvel emploi.

#### **4.**

**4.1** Les évaluations médicales réunies après la demande du 3 juillet 2009 pour arriver à la décision initiale de rente AI de mai 2011 peuvent se résumer comme suit.

**4.1.1** Les rapports médicaux émanant des services de cardiologie ayant soigné l'assuré suite à ses deux infarctus du myocarde à fin juin 2007 et début mai 2009, d'une consultation neuropsychologique du 16 juin 2009, de programmes de réadaptation, du cardiologue et du généraliste traitant l'assuré, diagnostiquaient essentiellement une coronaropathie tritronculaire en présence d'un risque cardiovasculaire récidivant accru en raison d'une hypertension artérielle, d'une hypercholestérolémie, d'un stress omniprésent et d'un surpoids, l'exposition à la nicotine ayant été stoppée en 2009. Des troubles gastro-intestinaux étaient aussi évoqués, de même que des problèmes avec les assurances, une grande nervosité et une situation psychosociale difficile. Sur la base de ces diagnostics, le cardiologue et le généraliste traitants évaluaient que l'assuré avait recouvré une capacité de travail stabilisée et durable de 50%, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009, dans son activité actuelle (par ex.: rapports des 21 août et 1<sup>er</sup> décembre 2009 et 30 mars 2010, dossier [dos.] AI 14/1, 4 et 9).

**4.1.2** Le préavis de refus de rente du 21 avril 2010 se fondait sur un avis de synthèse du 19 avril 2010 d'un médecin généraliste du SMR. Ce dernier estimait que la capacité de travail était restée réduite à 50% du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2009, mais que, grâce au programme de réhabilitation et à l'excellente évolution constatée (amélioration des performances de 25%,



sans signes d'arythmie ou d'ischémie), l'hernie hiatale révélée par la gastroscopie étant sans influence sur la capacité de travail, l'assuré était à même de travailler à plein temps dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, en respectant ses limites psychophysiques quelque peu négligées ces dernières années.

**4.1.3** Dans sa prise de position médicale du 8 juin 2010 rédigée à la demande de l'assuré, le cardiologue traitant attestait que la fonction cardiaque de son patient restait altérée de manière significative. En dépit de bonnes valeurs cliniques obtenues après réhabilitation active, le cardiologue insistait sur le fait qu'il existait en l'espèce un risque important de récurrence cardiaque, raison pour laquelle il estimait que l'assuré pouvait travailler à 70% dans une activité d'employé sédentaire (sans voyage de services) ne lui imposant pas de responsabilités, moyennant une perte de rendement (qu'il ne chiffrait pas) et qu'il motivait par le fait que l'assuré éprouvait des angoisses et était envahi d'un sentiment d'insécurité, de sorte qu'il devait avoir la possibilité d'aménager des pauses, voire de disposer d'un local de repos et de pratiquer un entraînement pour maintenir sa résistance, dans la mesure où le processus de vieillissement (prématuré) le permettrait.

**4.1.4** Le 16 juin 2010, le généraliste du SMR avait réagi à cette évaluation en réitérant que tous les examens indiqués avaient été pratiqués et qu'ils avaient mis en exergue une évolution réjouissante des performances cardiaques de l'assuré, avec des valeurs enregistrées (par les médecins traitants) dans les normes, notamment une fréquence d'éjection du ventricule gauche de 60% sans hypertension pulmonaire, une absence de troubles du rythme ou ischémie, un cœur présentant une taille usuelle en présence d'une cicatrice résiduelle. Selon le médecin du SMR, seul l'épisode vécu par l'assuré de grave trouble du rythme survenu avec le deuxième infarctus en 2009 pouvait expliquer une entrave de 20 à 40% de la capacité de travail. Le généraliste du SMR, en rappelant le devoir de diminution du dommage et en signifiant que l'assuré devait repenser son mode de vie, précisait encore qu'il n'était pas à même de juger si l'activité actuelle était en adéquation avec le profil d'exigibilité décrit ou si une autre activité adaptée s'imposait.

**4.1.5** On peut encore relever que dans un avis médical du 22 décembre 2010, le cardiologue traitant n'avait fait que corroborer ses précédentes conclusions en précisant que l'assuré souffrait, selon lui, d'une dépression réactive et d'un sentiment de peur, exacerbé depuis la survenance du deuxième infarctus, en mai 2009. Il avait ramené la capacité de travail de l'assuré à 50% en raison de la nécessité pour ce dernier d'aménager des pauses afin d'évacuer son stress.

**4.2** Pour arrêter le degré d'invalidité de 45% retenu dans sa décision initiale d'octroi de quart de rente AI du 4 mai 2011, l'Office AI s'était fondé sur le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante de son service des enquêtes, daté du 20 août 2010. L'enquêteur, en se référant au profil d'activité médico-théorique à 50% décrit par le cardiologue traitant et à l'activité de représentant commercial indépendant, avait estimé que le taux d'incapacité dans le champ d'activité "Direction/Administration", pondéré à 15%, était de 20%, dans le champ "Travail de production au bureau", pondéré à 60%, était de 50% et dans le champ "Service externe", pondéré à 25% (abandon du service externe régulier depuis 2007, plus que des visites sur demande), était de 80%. Il était ainsi parvenu à une incapacité de travail totale de 53% (3% + 30% + 20%) en relation avec un horaire hebdomadaire de 52,5 heures. Le service des enquêtes avait ensuite fixé la moyenne des revenus annuels des conjoints des années 2005 à 2008 en réintégrant le salaire versé à l'épouse de l'assuré dans les bénéfices d'exploitation. Il avait corrigé la moyenne des revenus en déduisant 3,5% d'intérêt sur les fonds propres investis et en y ajoutant les cotisations personnelles AVS/AI/APG. Pour arriver à un revenu hypothétique sans invalidité de l'assuré de Fr. 88'540.-, il avait déduit une part de 40% pour le travail de l'épouse (comptabilité, travaux administratifs, remplacement de son mari pendant les nombreuses absences de ce dernier). Il avait fixé le revenu d'invalidité à Fr. 47'290.- après avoir déduit, du revenu sans invalidité, une part de 66% du salaire (y compris charges sociales) de l'employée nouvellement engagée, les 66% correspondant à l'incapacité de travail globale de l'assuré de 53% en fonction de 52,5 heures hebdomadaires, soit 27,83 heures, rapportées à un horaire de 42 heures.

## **5.**

**5.1** La situation médicale entre le 4 mai 2011 et le 20 juin 2016 résulte des avis suivants:

**5.1.1** Le rapport médical du 30 juillet 2013 du (nouveau) généraliste traitant de l'assuré décrit une situation stable au niveau des diagnostics et de la capacité de travail, évaluée, dans l'activité habituelle et en raison d'une intolérance à l'effort, à 50%, soit à peu près la part des activités de représentation auprès de la clientèle qu'il conviendrait d'éviter.

**5.1.2** Après avoir, dans un rapport adressé le 12 septembre 2012 au généraliste traitant, constaté une situation d'ensemble stable et réjouissante avec des résultats d'examens médicaux dans la norme et une activité professionnelle stressante compensée par un suivi d'entraînement cardiaque et des loisirs dans le domaine de la musique, le cardiologue traitant, dans son rapport à l'intimé du 8 juillet 2014, rédigé sur la base d'examens pratiqués le 25 octobre 2013 (dont il joint la documentation), fait part d'une situation détériorée et d'une incapacité de travail estimée à 60% à partir du 25 octobre 2013 et jusqu'à la retraite, si possible anticipée. En dépit de résultats ergonométriques dans la norme et sans grande modification et du suivi thérapeutique, le cardiologue mentionne que son patient, atteint d'une dépression latente réactive, en particulier nourrie par la peur d'un nouvel accident cardiaque, souffre d'une fatigue croissante engendrant une diminution de performances, notamment des difficultés de concentration, après environ quatre heures d'activité. Il précise que, par rapport à la profession exercée, les restrictions sont de nature temporelle et non liées au genre d'activités spécifiques et que des mesures professionnelles n'auraient guère de sens au vu de l'âge du patient. Le cardiologue préconise un traitement psychique en plus des autres thérapies et relève aussi que les défis professionnels découlant de la concurrence croissante des achats sur internet et la dépendance à l'alcool de l'épouse ont encore diminué les disponibilités pour les loisirs et l'entraînement (dos. AI 50/2, 7).

**5.1.3** Dans son évaluation du 1<sup>er</sup> septembre 2014, en considération de la détérioration invoquée par l'assuré dans le formulaire de révision complété

le 10 juin 2013 (grande fatigue inhérente à l'insuffisance du quart de rente pour compenser l'incapacité de travail de 50% attestée par les médecins et chute du chiffre d'affaires dès 2011), la généraliste en charge du dossier auprès du SMR constate que la baisse de performance prise en considération par le cardiologue traitant pour étayer une capacité de travail désormais réduite à 40% ne correspond pas aux résultats objectifs, dans la norme, des examens cardiologiques, mais à des données anamnésiques subjectives et une interprétation de la situation dépassant le contexte strictement médical. Elle relève également que l'atteinte dépressive évoquée par le cardiologue, pas traitée, n'apparaît pas très marquée au vu de la description du style de vie mené par l'assuré. Elle arrive à la conclusion qu'il n'existe pas de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, en niant toute aggravation et en renvoyant aux appréciations antérieures de son collègue du SMR.

**5.1.4** A ce stade, l'Office AI a jugé nécessaire la mise en œuvre, dans un COMAI, d'une expertise bidisciplinaire sur les plans cardiologique et psychiatrique. Les examens ont eu lieu le 9 septembre 2015 et le rapport adressé à l'intimé date du 24 septembre 2015. Sous l'angle bidisciplinaire, est retenue, comme diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail, une coronaropathie tritronculaire (I25.90 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) suite à la survenance de deux infarctus du myocarde, le premier datant de juin 2007, avec élévation du segment ST (STEMI) inférieur ayant nécessité la pose d'un stent sur l'artère coronaire droite proximale, le second survenu en mai 2009, avec élévation du segment ST (STEMI) antéroapical ayant généré une fibrillation ventriculaire, exigé une réanimation de l'assuré et la pose d'un stent sur l'artère intraventriculaire droite médiane. Il est précisé que les différents contrôles cardiaques organisés de fin 2009 à mai 2015 en raison de ce status n'ont fait montre notamment d'aucune ischémie ni sténose, mais qu'existent des facteurs de risque: état après abus de nicotine et syndrome métabolique. Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail ont été mentionnés un léger épisode dépressif (CIM-10 F32) et un syndrome métabolique avec les symptômes suivants: obésité (CIM-10 E66.0), hypertension artérielle sous traitement médicamenteux (CIM-10

I10), dyslipidémie sous traitement médicamenteux (CIM-10 E78.2) et hyperuricémie asymptomatique non traitée (CIM-10 E79.0). D'avis que seules des restrictions cardiaques influent sur la capacité de travail, les experts estiment que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans un emploi adapté (activité légère ou au maximum moyennement contraignante pendant une courte durée) moyennant une perte de rendement de 20% en raison d'un besoin accru de pauses. Selon les experts, cette appréciation correspond à une moyenne valable dans le temps, dès mai 2011, et doit être confirmée en tout cas dès septembre 2015.

L'expert en psychiatrie, qui ne retient aucune pathologie ayant des effets sur la capacité de travail, considère que l'assuré (qui, après une tentative peu convaincante, refuse toute médication antidépressive) est à même de travailler à plein temps, sans réduction de rendement.

Du point de vue de sa spécialité, l'expert en cardiologie a mesuré une fréquence d'éjection du ventricule gauche à 43% (échographie). Il part de l'hypothèse que cette fréquence, de 60% à fin 2009, n'a plus augmenté depuis la mesure à 42% selon une IRM réalisée en mai 2011. Il tient compte d'une akinésie apicale et d'une hypo-akinésie inférieure ainsi que d'une dysfonction diastolique, mais aussi des résultats de l'ergométrie à laquelle il a soumis l'assuré (baisse de résistance à l'effort à 150 Watts, au lieu des 170 Watts mesurés encore en novembre 2014, mais test interrompu par l'assuré alors même que, durant l'effort, la fréquence cardiaque, sous bêtabloquant, est restée dans les normes et que des douleurs thoraciques ne sont pas apparues, ni même une tachycardie sinusale). Sur ces bases, l'expert en cardiologie explique les raisons pour lesquelles il ne peut se rallier à l'évaluation du cardiologue traitant. Il estime qu'une incapacité de travail ne peut se justifier que pour des activités physiquement lourdes, mais pas pour le genre de tâches relevant de l'entreprise de l'assuré (qu'il s'est fait décrire; dos. AI 65.1/11). Selon l'expert, dans ces travaux légers, impliquant des efforts moyennement lourds de courte durée, seule une perte de rendement de 20% doit être admise, en raison d'un besoin accru de pauses.

**5.1.5** A l'appui du recours, ont encore été produits trois documents émanant du cardiologue traitant. Les résultats d'une ergométrie pratiquée le 21 novembre 2014 communiqués au généraliste traitant mettent en exergue une situation cardiologique stable, dans les normes, en présence d'une dépression réactive. Un rapport du 8 janvier 2016, établi à l'occasion d'une consultation spontanée de l'assuré en raison de troubles cardiaques, constate que l'examen pratiqué ne révèle rien d'anormal, mais que le patient est dépassé par les pathologies de son épouse (séquelles d'une hémorragie cérébrale et reprise de la consommation d'alcool), devenue incapable d'assumer tant les travaux de bureau dans l'entreprise que la plupart des tâches ménagères. Dans un ultime avis médical du 16 juin 2016, le cardiologue manifeste son désaccord avec les conclusions hâtives des experts, qui, en se limitant à un laps de temps ne dépassant pas celui d'un examen ergométrique de quelques minutes, n'ont pas tenu compte de la perte d'énergie dont fait part son patient, déjà fragilisé par ses deux épisodes surmontés de mort subite, face au surplus de tâches et soucis financiers auxquels ce dernier est confronté en raison de l'état de santé très précaire de son épouse et secrétaire. En présence d'une maladie coronarienne avec tendance à se détériorer, le cardiologue insiste sur la nécessité d'un soutien financier partiel de la part de l'AI pour garantir un environnement propice à la survie de son patient.

**5.2** Dans le rapport dressé le lendemain de l'enquête qu'il a effectuée le 3 mars 2016, le collaborateur de l'Office AI prend d'abord note des modifications que lui a communiquées l'assuré, qui travaille désormais seul, à la limite de ses forces selon la description de ce dernier: plus d'employée depuis 2011 et incapacité totale de travail de l'épouse depuis mi-janvier 2015, rupture partielle d'un des deux contrats d'importation générale et concurrence d'internet pour l'autre marque. L'enquêteur, en se référant aux évaluations de la capacité de travail du cardiologue traitant et des experts et aux déclarations de l'assuré, dans sa comparaison des activités, parvient à une incapacité de travail totale, non plus de 53% mais de 35% (3% et 20% repris pour les champs "Direction/Administration" et "Service externe", mais 12% au lieu de 30% pour le champ "Travail de production au bureau", en ne tenant plus compte de la moitié du travail reprise par une employée, mais en abaissant le taux d'incapacité de 50% à

20%). Selon la comptabilité, il constate que la moyenne des revenus du couple de 2011 à 2013 était de Fr. 140'324.-, ce qui représente un revenu d'assuré, une fois déduite la part de 40% de l'épouse, de Fr. 84'195.-. Il en déduit que le déclin des affaires décrit depuis 2010 est uniquement conjoncturel et pas du tout lié à l'état de santé de l'assuré. Comme revenu hypothétique sans invalidité, il indexe le revenu découlant de sa précédente enquête de 2010 (Fr. 85'540.-) à 2013 pour arriver à un montant de Fr. 87'648.-. Il calcule le revenu avec invalidité en arrêtant le gain des conjoints, y compris salaire de l'épouse, à Fr. 116'458.- selon le boucllement de 2013 (ne comprenant pas de revenus subsidiaires tels que des indemnités journalières ou des rentes). De ce montant, il soustrait l'intérêt sur les fonds propres investis, rajoute les cotisations sociales personnelles et enlève la part de 40% de l'épouse pour aboutir à un revenu avec invalidité de l'assuré de Fr. 74'179.-, soit une perte de gain de Fr. 13'469.- par rapport à Fr. 87'648.-, correspondant à un taux de 15%. L'enquêteur déduit de ce résultat une augmentation du revenu d'invalidé (Fr. 74'179.- au lieu de Fr. 47'290.- en 2010) qui, selon lui, représente un motif de révision conduisant à la suppression du quart de rente, puisque l'invalidité n'est plus que de 15%. L'enquêteur ajoute encore que la capacité de travail de 80% estimée par les experts médicaux justifie pleinement son motif de révision et que le lien de causalité est donné.

## 6.

**6.1** Sur le plan formel, la valeur probante de l'expertise du COMAI, en particulier celle de son volet psychiatrique, est contestée dans le recours (et l'était déjà dans les observations du 10 mai 2016) au motif que l'assuré, de langue maternelle française, avait émis la demande de pouvoir s'exprimer en français. Or, cette prétendue requête n'est en rien étayée par les pièces au dossier. En effet, à réception de l'annonce du 5 mai 2015, qui précisait expressément que l'expertise aurait lieu en langue allemande, l'assuré a pris contact avec l'intimé uniquement pour qu'il communique au COMAI d'organiser les deux examens le même jour, en raison de la maladie de son épouse (dos. AI 58/1). Il n'a aucunement requis une traduction, telle que suggérée dans l'annonce d'expertise. L'expert en

psychiatrie a décrit qu'il avait laissé la liberté de s'exprimer en français ou en allemand à l'assuré, mais qu'il était apparu que ce dernier dispose d'excellentes connaissances en allemand et que l'entretien avait été mené dans cette langue (dos. AI 65.1/9). L'ensemble du dossier montre également que le recourant, ne serait-ce que par son lieu de domicile et sa profession, comprend l'allemand et sait se faire comprendre dans cette langue (voir aussi dos. AI 8/8: constat lors de l'examen neuropsychologique du 16 juin 2009). Les rapports médicaux de ses médecins et spécialistes traitants, dans leur grande majorité, ont, jusqu'au recours, aussi été rédigés en allemand. Le grief de la langue de l'examen psychiatrique n'a été soulevé que lors de l'enquête dans l'entreprise, le 3 mars 2016 (après que les médecins traitants s'étaient procuré un exemplaire de l'expertise, dos. AI 68 et 69), puis dans les observations, sans établir, du reste, aucun malentendu linguistique concret qui aurait conduit à une erreur dans les constats des experts. Comme le recourant a donné suite sans réserve à la convocation à l'expertise, il doit se laisser opposer le déroulement des examens de l'expertise en allemand bien qu'il prétende mieux maîtriser le français. De plus, il faut relever que, sur demande du 21 mars 2016 de l'assuré, l'intimé, dans une interprétation large de la pratique en la matière, lui a fourni une traduction du rapport d'expertise (comparer à TF 9C\_7/2014 du 27 mars 2014 c. 4.1.1).

**6.2** Sur le plan matériel, les critiques du recourant sont également injustifiées. Certes les experts ont-ils décrit, à l'appui de l'anamnèse sociale et professionnelle, la progression, surtout depuis 2000, des revenus réalisés dans l'activité indépendante commencée en 1985 et établis par l'extrait du compte individuel de cotisations sociales. Ils ont précisé que c'est en 2010 que le revenu le plus haut est enregistré (Fr. 190'000.-). Il s'agit de chiffres qui ressortaient du dossier au moment où les experts l'avaient en mains et on ne peut le leur reprocher. Il découle du reste de leur tentative d'explication (éventualité de prestations d'assurance qui auraient pu être incluses dans la comptabilité) qu'ils n'en ont tiré aucune conclusion sur le plan médical. De même, ils ont simplement constaté qu'en tout cas, l'Office AI avait calculé une perte de gain de 45% le 20 août 2010 (date du 1<sup>er</sup> rapport d'enquête professionnelle). Ce passage (dos. AI 65.1/4) est à comparer avec celui par lequel les experts, dans l'exposé



des motifs ayant conduit à l'expertise, prennent note que le premier préavis du 21 avril 2010 refusait toute rente sur la base d'une évaluation du SMR, mais que dans la procédure d'observations, l'enquête administrative technique pour assuré indépendant avait abouti à une invalidité de 45%-47% (dos. AI 65.1/3). Pour le surplus, la critique matérielle de l'expertise du COMAI par le recourant se fonde sur les divergences d'évaluation de la capacité de travail entre les experts d'une part et le cardiologue et le généraliste traitants d'autre part. Ces arguments ne convainquent pas non plus. Il est en effet évident que les estimations du cardiologue traitant, reprises en majeure partie par le généraliste, résultent d'une appréciation bio-sociale de l'ensemble de la situation du recourant, qui vont bien au-delà de l'analyse médico-théorique qui, selon le droit de l'AI, doit servir de base au calcul (de nature juridique) de l'invalidité (ATF 140 V 193 c. 3.2). Le cardiologue traitant, eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, en voulant soutenir ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4), dépasse les limites de sa spécialité lorsqu'il pose un diagnostic de dépression incapacitante trouvant son origine dans le contexte de vie et l'anxiété face à l'éventualité d'un nouvel accident cardiaque. En connaissance de cet avis, l'expert psychiatre, en expliquant son point de vue (absence de symptômes psychopathologiques, capacité de surpasser une certaine labilité affective et les sentiments de tristesse par l'évocation de sujets plaisants, fatigabilité accrue et humeur amortie en partie aussi explicables de par les soucis familiaux et professionnels) est arrivé à la conclusion que le léger trouble dépressif développé en réaction à la situation n'avait pas de répercussions sur la capacité de travail. Cette évaluation spécialisée l'emporte sur celle du cardiologue traitant. En outre, ce dernier dépasse les limites non seulement de sa spécialité, mais aussi celles de son rôle spécifiquement médical, lorsqu'il inclut dans son appréciation l'ensemble de la situation de son patient (en particulier: caractère de l'activité indépendante exercée dépassant nettement les contraintes d'un emploi dépendant habituel, incertitudes conjoncturelles et financières, maladie de l'épouse et secrétaire, importance de la conservation des loisirs). L'AI ne pourrait prendre en considération les facteurs bio-psychosociaux que dans la mesure où ils entretiendraient une maladie psychique autonome incapacitante (ATF 139 V 547 c. 3.2.2; SVR 2010 IV n° 19 c. 5.2), ce qui a

précisément été nié par l'expert en psychiatrie. La notion de maladie psychiatrique autonome telle que comprise en AI est nettement plus restrictive que les concepts du modèle bio-psychosocial, souvent défendu par la médecine moderne (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2). Or, c'est à ce modèle qu'a manifestement adhéré le cardiologue (contrairement aux experts) lorsqu'en dépit des résultats des examens cardiaques stables et restant dans la norme depuis 2010-début 2011, il a tenu compte des soucis personnels, familiaux et professionnels du recourant pour lui attester une diminution de capacité de travail susceptible de lui permettre, financièrement, de garder certains loisirs, en plus du temps nécessaire pour entretenir sa condition physique.

**6.3** Il en résulte que l'expertise bidisciplinaire datée du 24 septembre 2015 prend en considération les avis médicaux antérieurs, comporte une anamnèse précise sur les plans personnel, social et professionnel, a été élaborée sur la base d'une étude approfondie du dossier, d'examens personnels de l'assuré en psychiatrie et en cardiologie et formule des conclusions motivées. Rien au dossier ne permet d'envisager que des modifications déterminantes de l'état de santé du recourant seraient intervenues entre le moment de la réalisation de l'expertise et celui de la décision attaquée. De surcroît, l'expertise met en relief de manière suffisamment étayée (voir notamment dos. AI 65.1/11, 13 et 15) les aspects concrets de l'évolution de la maladie et de l'incapacité de travail dans le contexte de la procédure de révision de rente (SVR 2013 IV n° 44 c. 6.1.2 [TF 8C\_44/2012 du 25 juin 2013]). L'expertise du COMAI complète et convaincante satisfait par conséquent aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.4). D'autres investigations médicales sont superflues.

## 7.

**7.1** En l'espèce, s'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 LPGA, il convient d'examiner, dans un premier stade, si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la date de la décision d'octroi, le 4 mai 2011 (dernière fixation de la rente fondée sur un examen complet de

l'état de santé du recourant: ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2), et la décision litigieuse du 20 juin 2016 (voir aussi c. 2.3 ci-avant).

## **7.2**

**7.2.1** Sur le plan médical, le recourant (recours ad art. 7 p. 9) fait valoir une péjoration de sa santé cardiovasculaire et psychique. L'intimé, quant à lui, estime implicitement que l'état de santé s'est amélioré par référence au rapport d'enquête économique du 4 mars 2016, en déduisant qu'il existe un lien de causalité entre la capacité de travail de 80% résultant de l'expertise et l'augmentation du revenu avec invalidité prouvée par le biais des comptes d'exploitation.

**7.2.2** Comme les experts l'expliquent en introduction de leur rapport, il est vrai que l'expertise a été mise en œuvre notamment en raison de nouveaux diagnostics de nature psychique (fatigue, vertiges occasionnels, difficulté de concentration dans la durée, trouble anxio-dépressif) s'ajoutant aux atteintes cardiaques (dont les diagnostics n'ont eux pas évolué). Il est vrai aussi que l'expert cardiologue, dans ses examens, a retenu une baisse de la fréquence d'éjection du ventricule gauche à partir de mai 2011 (60% à fin 2009, 42% en mai 2011 et 43% lors de son examen le 9 septembre 2015) et, bien qu'il les ait relativisés, s'est quand même basé sur des résultats d'ergométrie (interrompue) montrant une diminution de résistance à l'effort qui avait passé de 170 (encore mesurés en 2014) à 150 Watts. Face à ces indices de détérioration, les experts ont toutefois exclu toute influence du trouble dépressif léger diagnostiqué sur la capacité de travail et considéré que l'état cardiaque, même en considération de la (légère) détérioration résultant des examens pratiqués, était encore suffisant pour assumer le genre d'activités qu'impliquait le métier pratiqué par l'assuré avec une diminution de rendement limitée à 20%. Ils ont précisé que cette évaluation valait en moyenne depuis mai 2011 (date de la décision allouant le quart de rente) et en tout cas depuis septembre 2015 (date de leurs propres examens).

**7.2.3** Cette absence de changement dans la capacité de travail du recourant à la date de la dernière décision et au moment de leurs examens, constatée par les experts, est du reste corroborée d'abord par le

fait qu'une fragilité psychique (angoisses, manque de confiance dans son bon fonctionnement cardio-vasculaire comme "Grundproblem") était déjà à l'origine en tout cas d'une partie (essentielle) de l'incapacité de travail attestée par le cardiologue traitant avant la décision allouant le quart de rente (voir ses rapports médicaux de juin et décembre 2010). En outre, parle aussi pour une stabilité des aptitudes du recourant le fait que le cardiologue traitant (et les généralistes traitants successifs), bien que leurs évaluations comprennent des éléments étrangers à la notion légale d'invalidité, sont aussi restés relativement constants dans leurs estimations de la capacité de travail (taux de 50% attesté dès juillet 2009 par le cardiologue traitant, repris par les généralistes traitants successifs, abaissé à 40% dès le 25 octobre 2013, dans le contexte, expliqué ci-dessus, de la détérioration de la situation familiale et professionnelle). Dans le même sens, il faut encore relever que déjà à la date de la décision de quart de rente, le généraliste du SMR chargé du dossier partait d'une capacité de travail à plein temps dès début 2010 (rapport du 19 avril 2010), concédant, en se référant à la doctrine médicale, tout au plus une incapacité de 20-40% en raison des graves troubles du rythme cardiaque vécus dans le passé. Il précisait cependant que du point de vue de l'assurance, le fait de devoir adopter un mode de vie compatible avec une maladie cardiaque faisait partie de l'obligation de diminution du dommage de l'assuré. Il ajoutait qu'en l'absence de plus de renseignements sur les spécificités de l'activité exercée, il ne pouvait apprécier si celle-ci était conciliable avec cette obligation de diminution du dommage ou s'il fallait tabler sur une autre activité correspondant au profil décrit par le cardiologue (rapport du 16 juin 2010).

Dès lors, ainsi que cela a été constaté par les experts, il apparaît que l'état de santé de l'assuré n'a pas évolué dans une mesure susceptible d'influer sur la capacité de travail (et le degré d'invalidité). A tout le moins, il découle manifestement de l'expertise probante, et de l'ensemble des autres avis médicaux, que l'état de l'assuré ne s'est pas amélioré (comme le déduit l'intimé de l'enquête professionnelle). En constatant que l'évaluation d'une diminution de rendement de 20% valait en moyenne depuis mai 2011 et en tout cas depuis la date de leurs examens en septembre 2015, les experts n'excluent pas entièrement l'éventualité de dégradations passagères ni (par

comparaison par exemple à la première évaluation du SMR) une légère détérioration moyenne, mais, à leurs yeux, cette dernière reste dans les normes et n'influe pas concrètement sur la capacité de travail médico-théorique. Aucun des avis des parties ne convainc donc et la Cour arrive au résultat qu'il n'existe pas de motif de révision sur le plan médical.

### **7.3**

**7.3.1** Une rente d'invalidité peut aussi être révisée si l'état de santé est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable (voir c. 2.3 ci-dessus). C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5).

En l'espèce, l'Office AI admet (implicitement) un tel motif de révision sur la base de l'augmentation du revenu avec invalidité qu'il déduit de l'enquête professionnelle pour activité indépendante qu'il a organisée. Le recourant conteste entièrement les résultats de cette enquête en soutenant que la dégradation de son état de santé est à l'origine de la diminution drastique des résultats de l'entreprise du fait notamment qu'il n'est plus apte à visiter sa clientèle.

**7.3.2** D'emblée, force est de constater que le raisonnement par lequel le rapport d'enquête veut déduire des comptes d'exploitation une augmentation sensible du revenu avec invalidité ne convainc pas du tout.

En effet, la différence d'incapacité de travail pondérée dans la comparaison des champs d'activité entre les deux rapports d'enquête (20 août 2010 et 4 mars 2015) provient uniquement du choix du taux d'incapacité de travail pour le champ "Travail de production au bureau" (pondéré les deux fois à 60%) opéré par l'enquêteur, à savoir une réduction de 50% à 20%. Il apparaît que pour le premier rapport, l'enquêteur, sans l'expliquer, avait calqué son appréciation concrète sur la capacité de travail de 50% et le profil définis par le cardiologue traitant (en ignorant totalement les avis du

SMR qui misaient sur une activité à plein temps avec tout au plus une réduction de 20 à 40% avec le même profil en raison de spécificités du genre d'activité). Pour le deuxième rapport, l'enquêteur a revu son estimation pour ce champ selon toute apparence en fonction de l'évaluation des experts (20% de perte de rendement) et en ignorant totalement l'estimation du cardiologue traitant d'une capacité de travail désormais limitée à 40%. Or, ainsi que constaté ci-dessus, la situation médicale ne s'est en tout cas pas améliorée et ses répercussions médico-théoriques sur la capacité de travail sont restées semblables. Le changement de données inexplicable effectué pour les besoins de la deuxième enquête ne débouche donc pas sur un résultat utilisable. L'amélioration de l'incapacité de travail qui en est déduite n'a pas de caractère probant.

S'avère encore moins convaincant l'argument essentiel par lequel l'intimé affirme une augmentation sensible du revenu avec invalidité au moment de la décision de suppression de rente par rapport à la situation qui justifiait l'octroi du quart de rente. Même si la perte de gain a dans les deux cas été soustraite d'une moyenne des revenus des années 2005, 2006 et 2008 en tant que revenu sans invalidité (indexé en 2016), il faut manifestement constater que les deux revenus avec invalidité de Fr. 47'290.- et de Fr. 74'179.- ont été calculés de façon complètement différente et ne peuvent sérieusement être comparés (cpr. c. 4.2 et 5.2 ci-dessus). Le revenu avec invalidité de l'enquête de 2010, dont l'évaluation n'a pas été contestée, repose sur un calcul hypothétique de perte de gain censée équivaloir aux coûts salariaux d'une employée engagée pour compenser les 53% d'incapacité de travail pondérée du recourant (travaillant selon un pensum de 52,5 heures par semaine). Le revenu avec invalidité de l'enquête de 2016, quant à lui, consiste en la part effective du bénéfice d'exploitation de 2013 revenant au recourant (après corrections pratiquées par l'enquêteur portant essentiellement sur une répartition du bénéfice entre époux, corrections aussi effectuées en 2010). Le revenu avec invalidité calculé dans l'enquête de 2016 manque de consistance. Tout d'abord, la comparaison entre les deux revenus est déjà faussée par le fait que l'hypothèse de l'engagement d'une employée ne s'est vérifiée que jusqu'à mi-2011, donc peu après la décision d'octroi du quart de rente en mai 2011 (voir dos. AI 73/3). Cet abandon d'un poste d'employé(e) a été

justifié pour des raisons étrangères à l'invalidité, à savoir de mauvaises expériences avec les deux personnes qui se sont succédé (doc. AI 65.1/7 ABI). A ce sujet, il faut aussi noter, par rapport au calcul hypothétique de l'enquête 2010 arrivant à un salaire de 13 fois 66% de Fr. 4'200.- pour l'employée, que la comptabilité fait tout au plus montre d'une augmentation annuel d'environ Fr. 7'000.- dans le poste "salaires" pour les années 2009 et 2010 par rapport aux années précédentes (passage d'un poste total "salaires" d'environ Fr. 20'000.- à Fr. 27'000.-, y compris le salaire de l'épouse), puis une baisse à Fr. 18'000.- (salaire annuel de l'épouse de 2012 à 2014; en 2015, alors que l'épouse était en incapacité totale de travail dès mi-janvier, poste comptable "salaires" de Fr. 5'000.-). Ensuite, l'évaluation du prétendu motif de révision avancé par l'intimé se fonde sur la comptabilité de la seule année 2013 au prétexte qu'il s'agit de l'année où a été commencée la procédure de révision d'office (alors que le moment décisif de la décision est le 20 juin 2016; ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). La thèse de l'intimé selon laquelle l'augmentation du revenu avec invalidité représente un motif de révision ne tient donc pas.

**7.3.3** L'argument par lequel le recourant veut expliquer une baisse de son revenu par le fait que sa maladie ne lui permet plus de visiter sa clientèle ne peut pas non plus être suivi. Déjà lors de l'enquête de 2010, le recourant a déclaré que depuis 2007, il n'effectuait plus de service externe régulier remplaçant ses visites par des entretiens téléphoniques et ne se déplaçant plus que sur demande. A l'occasion de l'enquête de 2016, le recourant a confirmé ne plus faire de voyages, parce qu'il n'en avait plus le temps et parce que le comportement des acheteurs avait changé (dos. AI 26/5 et 73/4). Les meilleurs revenus réalisés par les époux (après réintégration du salaire de l'épouse dans les résultats, selon le mode de calcul non contesté déjà de l'enquête de 2010) l'ont été de 2008 à 2011 (Fr. 141'665.- en 2006, année où des voyages ont encore été effectués, puis Fr. 138'487.- en 2007 [1<sup>er</sup> infarctus], Fr. 152'328.- en 2008, Fr. 157'121.- en 2009 [2<sup>e</sup> infarctus], Fr. 174'819.- en 2010 et Fr. 166'184.- en 2011, pour retomber à Fr. 138'331.- en 2012). Si l'on peut admettre que les voyages de début 2007 ont encore pu influencer favorablement les ventes fin 2007, voire début 2008, l'absence de visites chez les clients n'a à tout le moins pas empêché une progression sensible des résultats sur plusieurs années. En

outre, il n'a jamais été invoqué, pour expliquer les bons résultats encore obtenus après la survenance de l'invalidité, que l'épouse ait remplacé son mari pour ce champ d'activité spécifique.

**7.3.4** Les revenus des conjoints (toujours selon le mode de calcul non contesté de l'enquête de 2010), par rapport à la moyenne de Fr. 134'100.- (2005, 2006 et 2008) qui a servi de base pour le revenu sans invalidité fondant la décision de 2011 (non contestée et entrée en force), ont évolué comme suit depuis l'année de naissance du droit au quart de rente: Fr. 174'819.- en 2010, Fr. 166'184.- en 2011, Fr. 138'331.- en 2012, Fr. 116'458.- en 2013 et Fr. 101'990.- en 2014. La moyenne (Fr. 139'556.-) de ces cinq années de revenus des conjoints dès 2010, l'année de la survenance de l'invalidité, reste dans l'ordre de grandeur de celle à la base du calcul du revenu sans invalidité. Si l'on effectuait le même genre de calcul que celui effectué en 2010 (déduction d'un salaire fictif d'une personne déchargeant le recourant selon une incapacité pondérée évaluée lors de l'enquête en se fondant essentiellement sur le profil défini par le cardiologue traitant), on arriverait donc à un résultat semblable à celui de 2010 débouchant sur l'octroi d'un quart de rente. Or, indépendamment de l'engagement ou non de personnel, il n'est absolument pas tenu compte de la flexibilité du poste de travail de l'épouse qui a assumé le remplacement du recourant lors de ses absences (dos. AI 26/3), donc aussi celles impliquées par la maladie, pas seulement les voyages de plus en plus rares, tant qu'elle l'a pu. La rémunération de ce poste étant fixe (dos. AI 26/4 et 73/3), l'horaire effectif de l'épouse ne diminuait pas le bénéfice. Dans un tel contexte, la continuation de la progression des résultats de l'entreprise les premières années après la survenance de l'invalidité ne peut être interprétée comme une accoutumance ou une adaptation de l'assuré à ses handicaps. Dès mi-janvier 2015, l'épouse a subi une incapacité de travail complète; le bouclage de 2015 aboutit à un bénéfice de Fr. 63'391.-. Ce changement de situation, en l'état, puisque, jusqu'à la date de la décision ici contestée, il n'a pas été invoqué que l'entreprise n'était plus viable et allait être liquidée, ne remet pas en cause le mode de calcul de l'invalidité (assuré restant indépendant). L'analyse des résultats de l'entreprise (qui ne sont tombés à un niveau inférieur à celui admis pour le calcul de la situation sans invalidité qu'à partir de 2013) démontre



d'importantes fluctuations, dont une bonne part ne peut pas s'expliquer par l'atteinte à la santé du recourant. Le résultat de 2015 de Fr. 63'391.- est même plus élevé que la part de 60% du recourant au résultat de 2014 de Fr. 101'990.- (part de Fr. 61'194.-). L'incapacité de travail (et de gain) de l'épouse ne saurait être indemnisée par une augmentation de la rente du recourant.

**7.3.5** Sur le plan économique dès lors, jusqu'à la date de la décision ici contestée à tout le moins, il n'est ainsi pas possible non plus de discerner une modification notable de nature à fonder un motif de révision. Cela vaut que ce soit dans le sens d'une suppression du quart de rente (le changement artificiel des bases du calcul de l'intimé n'est pas apte à expliquer une accoutumance ou une adaptation du recourant à ses handicaps susceptible de fonder un tel motif), ou dans celui d'une augmentation de cette dernière (les fluctuations des résultats de l'entreprise depuis la survenance de l'invalidité ne peuvent s'expliquer par des modifications de l'état de santé du recourant, stable dans son ensemble).

## **8.**

Il est vrai que l'octroi du quart de rente dès mai 2010 apparaît en soi généreux. D'une part, il procède d'une évaluation de la capacité de travail émanant du cardiologue traitant allant, déjà à l'époque, au-delà de la spécialisation de ce dernier et d'une appréciation strictement médico-théorique. D'autre part, le calcul du taux d'invalidité effectué dans l'enquête de 2010, en partant d'une hypothèse de coûts salariaux induits par l'incapacité de travail attestée par le cardiologue, ne correspondait pas véritablement à la situation concrète, ni même au mode extraordinaire de calcul usuel applicable aux assurés indépendants pour lesquels même une évaluation hypothétique du revenu provenant d'une activité lucrative n'est pas possible (ATF 128 V 29 c. 1 et 4 a à c). La décision de mai 2011 ne peut pourtant pas être qualifiée de manifestation erronée. L'appréciation de l'enquête repose quand même sur un profil médical qui n'était pas nettement aberrant - même le SMR ne le démentait pas nettement face aux

spécificités du cas - et était sous-tendue par l'idée que l'on peut soutenir, vu le cadre très spécifique de l'activité indépendante exercée depuis 1985, d'un maintien de l'assuré dans son cadre professionnel. Le Tribunal ne peut donc pas, en l'absence des conditions énoncées à l'art. 17 al. 1 LPGA, procéder à une substitution de motifs (par une reconsidération de la décision d'octroi d'origine entrée en force), pour justifier la suppression de rente voulue par l'intimé (ATF 140 V 85 c. 4.2, 125 V 368 c. 2).

## **9.**

**9.1** Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, au sens de sa première conclusion subsidiaire, et la décision de suppression de rente AI datée du 20 juin 2016 est annulée. Le droit du recourant à un quart de rente de l'AI doit continuer à lui être reconnu au-delà du 31 juillet 2016 (date au lendemain de laquelle la suppression de la prestation statuée dans la décision litigieuse était effective; pour être plus précis que la formulation utilisée dans la décision: premier jour du 2<sup>ème</sup> mois qui suit la notification de la décision attaquée selon l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Il appartiendra à l'Office AI d'exécuter la continuation du versement de la rente. Pour le surplus, le recours est rejeté.

**9.2** Le recourant n'a pas à subir de conséquences négatives, du fait de sa conclusion principale exagérée, sur la répartition des frais et dépens. En effet, le recourant obtient tout de même gain de cause sur le principe de la continuation du droit à la prestation (le quart de rente) et seul le niveau de la rente allouée s'avère inférieur à la conclusion principale tendant à l'octroi d'une demi-rente (ATF 117 V 401 c. 2c; SVR 2016 IV n° 12 c. 5).

**9.2.1** Les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, sont ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup>LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**9.2.2** Vu l'issue de la cause, le recourant, représenté par un avocat, a aussi droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 28 octobre 2016, qui ne prête pas à discussion, compte tenu de

l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, sont fixés à un montant de Fr. 3'451.55 (honoraires: Fr. 3'015.90; débours: Fr. 180.-; TVA: Fr. 255.65).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est partiellement admis et la décision attaquée de suppression de rente est annulée. Le quart de rente octroyé au recourant depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010 continuera à l'être au-delà du 31 juillet 2016. Le dossier est retourné à l'intimé afin qu'il procède à l'exécution de la continuation du versement. Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 3'451.55 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).