

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 janvier 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Piguet, juge, et M. Gutmann, assesseur,
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 LPGA ; art. 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis août 1992 en qualité de concierge auprès de Z._____. Auparavant, il a également exercé l'activité de plâtrier-peintre. Atteint d'insuffisance rénale terminale en hémodialyse, il s'est retrouvé en totale incapacité de travail dès le 8 mai 2000, et n'a plus repris son activité depuis lors. Le 28 mai 2001, il a bénéficié d'une greffe rénale, suivie d'un rejet vasculaire du greffon, en novembre 2001.

Par décision du 5 septembre 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a statué sur une demande de prestations de l'assuré du 3 juillet 2000 et l'a mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, à compter du 1^{er} mai 2001, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%.

b) Le 19 avril 2005, l'OAI a entrepris une première révision d'office, à l'issue de laquelle il a confirmé le droit à une rente entière d'invalidité, par communication du 22 février 2006.

Les rapports médicaux réunis par l'office ont permis de constater que l'assuré présentait une nécrose de la tête fémorale des deux côtés. Les médecins ont également constaté une dyspnée d'effort de stade II, ainsi qu'une boiterie à la marche, secondaire à la nécrose des hanches, nécessitant l'utilisation de cannes pour se déplacer. La corticothérapie avait induit une prise pondérale de 10kg en un an. Sur le plan rénal, la fonction était stable depuis le premier rejet, avec une créatininémie stabilisée autour de 220umol/l.

c) Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision initiée le 19 février 2009, l'OAI est entré en possession d'un rapport du 18 mars 2009 du Dr D._____, médecin assistant au Service de néphrologie du J._____ (ci-après : J._____), lequel a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de nécrose aseptique des deux têtes fémorales, avec

pose d'une prothèse totale de la hanche gauche en 2006. Au titre des atteintes sans incidence sur la capacité de travail, le Dr D._____ a retenu une obésité de stade OMS (Organisation Mondiale de la Santé) I, une insuffisance rénale terminale avec transplantation rénale en 2001, une RCUH (rectocolite ulcéro-hémorragique) depuis 1984 en rémission, un diabète transitoire post greffe, un status après cures d'événtration ombilicale en 2002 et 2004 et une ostéoporose. Le médecin a précisé que la fonction rénale était stable depuis environ 7 ans, avec une créatinine à environ 200-240. La greffe rénale ne représentait plus une limitation fonctionnelle depuis longtemps de sorte que, sur le plan néphrologique, rien ne s'opposait à la reprise d'un travail adapté. Cependant, compte tenu des atteintes orthopédiques, le Dr D._____ a estimé la capacité résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée à 50%.

L'OAI a mis en œuvre un examen rhumatologique auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR). Dans son rapport du 13 juillet 2010, le Dr W._____, rhumatologue, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de coxarthrose droite dans le cadre d'un status après nécrose aseptique de la hanche droite (M16), de status après pose d'une prothèse totale de la hanche gauche (en 2006) dans le cadre d'un status après nécrose aseptique de la hanche gauche (M16), d'insuffisance rénale modérée après transplantation rénale et rejet vasculaire aigu en 2001 (N19), d'ostéoporose et de status après cure d'événtration. Par contre, le Dr W._____ a estimé que l'obésité dont souffrait l'assuré n'était pas incapacitante. Au chapitre de l'appréciation du cas, il s'est exprimé en ces termes :

« En 1999, l'assuré a développé des douleurs aux pieds suite à une hyperparathyroïdie secondaire et à une insuffisance rénale terminale avec créatininémie à 1200 suite à une maladie de reflux et à une néphrite interstitielle. Dans cette situation, l'assuré a bénéficié, le 28.05.2001, d'une transplantation rénale, mais il a fait un rejet vasculaire aigu, le 24.11.2001. Cependant, depuis lors, la situation est stable et la créatininémie est toujours entre 200 et 300. L'assuré a cependant fait une nécrose aseptique des deux hanches sous importante corticothérapie et a présenté un diabète transitoire sous cette corticothérapie qui a actuellement disparu. En 2006, il a bénéficié de la pose d'une prothèse de la hanche G [gauche]. Actuellement, il a toujours mal à la hanche D [droite] à sa face externe, ainsi qu'à la fesse D [droite], il ne se plaint pas à proprement parler d'inguinalgies D

[droites]. L'assuré signale également des douleurs abdominales au niveau du bas ventre suite à deux cures d'éventration en 2002 et 2004. On lui aurait posé lors de la deuxième opération un filet. Pour ce qui est des douleurs des pieds, elles ont actuellement disparu après parathyroïdectomie. L'assuré n'a pas de douleurs ailleurs qu'à la hanche D [droite] et à la région abdominale. Les douleurs de la hanche D [droite] ont un caractère essentiellement mécanique. Elles s'accompagnent cependant de réveils posturo-dépendants. L'assuré se plaint également d'être toujours fatigué, parfois déjà dès le matin.

Au status actuel, on note un assuré en bon état général, il présente une hypertension artérielle à 140/110mmHg (valeurs tensionnelles à reconstrôler par le médecin-traitant). Il présente un discret status variqueux des membres inférieurs avec oedèmes des membres inférieurs à prédominance périmalloolaire et à prédominance D [droite]. Il présente également des douleurs abdominales à la palpation de la région sus-pubienne et des deux fosses iliaques, sans défense, ni détente, ni hépatosplénomégalie ou masse palpable. Le status ostéoarticulaire met en évidence des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée. La mobilité cervicale est bien conservée. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part celle des deux hanches qui est limitée, surtout à D [droite] avec flexum de la hanche D [droite] de 5°. Il n'y a par ailleurs pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Le status neurologique est sp [sans problème].

Les radiographies mettent en évidence un status satisfaisant après pose d'une PTH [prothèse totale de la hanche] G [gauche] et une coxarthrose D [droite] dans le cadre d'un status après nécrose aseptique de la tête fémorale D [droite]. Une densitométrie met en évidence une ostéopénie à la hanche D [droite] et une ostéoporose lombaire.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics mentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité de plâtrier-peintre ou de concierge professionnel. Ainsi, dans ces deux activités, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 70% en raison d'une certaine fatigue explicable par le traitement immunosuppresseur. Comme le relève le service de néphrologie, la fonction rénale est stable depuis environ 7 ans avec créatinine entre 200 et 240. La fonction du greffon est ainsi modérément altérée, mais stable. Le pronostic est favorable à moyen terme en tout cas. Comme le relève le service de néphrologie, la greffe rénale en elle-même ne représente plus depuis longtemps une limitation fonctionnelle et les limitations fonctionnelles sont surtout occasionnées par les problèmes de hanches.

Limitations fonctionnelles

Membres inférieurs : pas de position debout ou de marche supérieure à 1/4 heure. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de

généflexions répétées. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de franchissement d'échelles ou d'escabeaux. Pas de lever de charges de plus de 10 kg.

Status après cure d'éventration et ostéoporose lombaire : pas de lever de charges de plus de 6 kg.

Fatigue : pas de travail à plus de 70% en raison d'une certaine fatigabilité due aux immunosuppresseurs.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Il y a une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle de plâtrier-peintre ou de concierge professionnel depuis le 01.05.2000. Dans cette situation, l'assuré est au bénéfice d'une rente AI entière depuis le 01.05.2001.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

L'incapacité de travail est restée totale dans l'activité habituelle de concierge professionnel depuis le 01.05.2000 ainsi que dans l'activité de plâtrier-peintre. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 70% depuis le 18.03.2009, date du rapport du service de néphrologie du J._____. Effectivement, selon ce rapport, la greffe rénale ne représente plus depuis longtemps une limitation fonctionnelle. Cependant, ce service retient une capacité de travail à 50% dans un poste adapté, bien qu'il concède que les seules limitations fonctionnelles sont d'origine ostéoarticulaire. Or, il n'y a aucune indication biomécanique et ostéoarticulaire pour attester une incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ostéoarticulaires. Effectivement, l'incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée du point de vue ostéoarticulaire est retenue surtout en raison de la fatigue et de la probable fatigabilité liées au traitement immunosuppresseur ».

L'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle auprès de [...]. Prévues initialement du 28 février au 27 mai 2011, la mesure a été interrompue le 2 mars 2011, en raison d'une incapacité de travail attestée le 7 mars 2011 par le Dr A._____, médecin généraliste et médecin traitant. Le 8 mars 2011, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a certifié une incapacité de travail de durée indéterminée, précisant qu'une opération de la hanche droite était prévue.

L'assuré a bénéficié de l'implantation d'une prothèse totale de la hanche droite le 7 septembre 2011.

Par communication du 12 octobre 2011, l'OAI a signifié à l'assuré la poursuite du versement de sa rente d'invalidité, sans modification du droit.

d) Le 9 octobre 2012, l'OAI a mis en œuvre une troisième révision.

Dans un rapport du 27 novembre 2012 à l'OAI, le Dr A. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post greffe rénale en 2001 pour insuffisance rénale terminale, d'ostéoporose multifactorielle secondaire avec ostéonécrose de la tête fémorale gauche puis droite, de status après prothèse totale de la hanche bilatérale en 2006 et 2011 et d'obésité. Au titre des atteintes sans incidence sur la capacité de travail, le médecin traitant a mentionné un épisode inaugural de fibrillation auriculaire en avril 2012 et une hypertension artérielle. Le Dr A. _____ a indiqué que l'insuffisance rénale de son patient était stable et qu'il n'était pas apparu d'éléments majeurs durant les derniers mois. L'assuré se plaignait essentiellement de fatigue et de dyspnée d'effort de stade III (sur l'échelle NYHA [New-York Heart Association]). Il n'y avait par contre pas de douleurs articulaires, hormis des lombalgies communes. La mobilité des hanches était indolore. Le Dr A. _____ a estimé que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de concierge, en raison de sa fatigabilité et de la dyspnée à l'effort, ainsi que d'un risque fracturaire augmenté, dû à l'ostéoporose. Par contre, une activité occupationnelle à temps partiel dans un secteur léger était possible, avec une baisse de rendement.

Dans un rapport du 13 mars 2013, la Dresse S. _____, médecin assistante au Centre de transplantation d'organes du J. _____, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de nécrose aseptique des deux têtes fémorales, avec prothèse totale de la hanche gauche en 2006 et de la hanche droite en 2011. Elle a relevé que l'assuré souffrait d'obésité de stade OMS I (BMI [Body Mass Index] 30), d'insuffisance rénale terminale avec transplantation, de RCUH en rémission, de diabète transitoire post-greffe et d'ostéoporose, mais que

ces pathologies restaient sans incidence sur sa capacité de travail. La DresseS. _____ a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de concierge. Par contre, elle a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Au cours d'un entretien au Service de réadaptation de l'AI le 27 juin 2013, l'assuré a indiqué qu'il avait un petit travail à la Commune G. _____. Il s'occupait de la location du [...] ainsi que du contrôle des clés, à raison de quelques heures par mois, réparties tous les quinze jours. Il estimait qu'une capacité de 50% n'était pas réaliste, compte tenu de ses multiples douleurs, notamment à la hanche droite, sur laquelle il appliquait des patchs en cas de besoin.

Selon une note d'entretien téléphonique du 14 mai 2014 au dossier de l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il poursuivait son activité de concierge pour la Commune G. _____, à raison d'une dizaine d'heures par semaine, pour un salaire mensuel d'environ 1'400 francs. Le même jour, il a transmis à l'office son contrat de travail du 22 juin 2012, en expliquant que si le document faisait état de 20 heures de travail par semaine, il s'agissait en réalité d'une occupation effective de 10 heures par semaine, car il partageait le poste avec un collègue, chacun travaillant une semaine sur deux.

Dans un avis du SMR du 26 mai 2014, le Dr T. _____ a fait les constatations suivantes :

« (...)

- La situation médicale est stabilisée et meilleure qu'en 2010/2011, avant la pose de la PTH [prothèse totale de la hanche] à D [droite]. Preuve en est que plus aucun symptôme concernant les hanches n'est signalé et l'absence de contre-douleurs.
- La situation rénale est stabilisée.
- Une dyspnée est signalée, mais ne devrait pas se répercuter négativement sur une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans efforts physiques.
- Globalement la situation ne s'est pas dégradée par rapport à ce qu'elle était au moment de l'examen clinique au SMR en juillet 2010 et qui avait conclu à l'exigibilité d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée.
- La diminution de la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée comme mentionnée dans le rapport du 18.04.2013 du Centre de transplantation d'Organes du J. _____ n'est pas

compréhensible. Mais je mentionne que c'est déjà ce taux qui avait été retenu en 2010, avant l'examen du SMR.

- Dans cette situation nous sommes face à une capacité de travail d'au moins 50% dans une activité adaptée, voire de 70%.

Dès lors il faut voir ce qu'on peut mettre en place comme mesure de réinsertion, à un taux de présence élevé, minimum 50% au début, puis à 70% voire 100% si c'est possible.

En cas d'impossibilité de procéder à de telles mesures, il faudrait faire une expertise pour déterminer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, étant donné qu'il y a encore 14 ans jusqu'à l'âge de la retraite ».

Aux termes d'un rapport final du 9 octobre 2014, le Service de réadaptation de l'OAI a estimé qu'il ne se justifiait pas de mettre en œuvre des mesures professionnelles, dès lors que l'activité exercée par l'assuré auprès de la Commune G._____ à environ 50% représentait « le maximum de ce qu'il [pouvait] réaliser ». Comparant les revenus avec et sans invalidité, respectivement sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et des informations fournies par Z._____, l'office a retenu un degré d'invalidité de 65,66%.

Dans un projet de décision du 15 octobre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait réduire la rente entière d'invalidité à trois-quarts de rente.

Le 21 octobre 2014, l'assuré a fait part de ses objections au projet, invoquant une détérioration de son état de santé depuis 2011. Il souffrait toujours de douleurs liées à l'ostéoporose. En 2012, puis en juin 2014, il avait en outre été hospitalisé en raison d'alertes cardiaques. La semaine précédente, il avait également dû consulter son cardiologue en urgence, en raison de fortes douleurs dans la zone du cœur, faisant craindre une embolie pulmonaire. Il présentait en outre un gros anévrisme au bras gauche, pour lequel il restait dans l'attente d'une intervention du J._____.

Dans un rapport du 13 janvier 2015 à l'OAI, le Dr M._____ a indiqué que la pose de la prothèse totale de la hanche droite en 2011 avait connu une évolution favorable. Il estimait toutefois que, compte tenu de la longue évolution d'une nécrose aseptique de la tête fémorale de

mauvaise posture ainsi qu'une arthrose rachidienne, l'assuré rencontrait des limitations fonctionnelles significatives pour toutes les activités physiques. Au vu de ces éléments, le Dr M._____ considérait que l'activité professionnelle à 20% auprès de la Commune G._____ était adaptée à l'état de santé de l'assuré et que toute augmentation du taux de travail semblait illusoire, au vu des nombreuses pathologies et comorbidités constatées.

Interpellé par l'OAI, le Dr H._____, cardiologue, a relevé le 20 janvier 2015 que l'assuré avait présenté deux accès de fibrillation auriculaire paroxystique en 2012 et 2014, mais que la fonction cardiaque biventriculaire était normale, une embolie pulmonaire ayant récemment pu être exclue. Il n'existait selon lui aucune restriction au niveau cardiologique. Sur le plan objectif, le cœur était cliniquement compensé, par une prise médicamenteuse, l'auscultation cardiaque et l'échocardiographie s'étant révélées normales lors du dernier examen d'octobre 2014, sous réserve d'une cardiopathie hypertensive compensée. Il existait toutefois le risque de récurrence de fibrillation auriculaire.

Renseignant à son tour l'OAI le 26 janvier 2015, le Dr I._____, médecin au Service de médecine du J._____, a posé les diagnostics de nécrose aseptique des deux têtes fémorales, avec prothèse totale de la hanche gauche en 2006 et droite en 2011. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré n'avait pas connu d'amélioration. Il présentait une fatigabilité ainsi que des douleurs chroniques aux articulations de la hanche à la suite de la nécrose aseptique des deux hanches. La pose d'une prothèse totale (bilatérale) n'avait pas permis d'amélioration au niveau des douleurs. La capacité de travail était limitée à 20%, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. La fonction rénale était stable depuis environ 10 ans, avec une créatinémie de 200-240umol/l. Le Dr I._____ renvoyait au surplus au Dr A._____ s'agissant des nouvelles douleurs au niveau des membres supérieurs.

Dans un rapport du 27 février 2015 à l'OAI, le Dr A._____ a observé un état stationnaire depuis l'octroi de la rente, le greffon

demeurant stable sous immunodépression. Par contre, l'assuré présentait des douleurs articulaires essentiellement marquées au niveau des hanches, de la nuque et des épaules. Le médecin traitant signalait également un état de fatigue persistant et chronique, malgré une bonne qualité de sommeil, qui l'obligeait à se reposer tout l'après-midi lorsqu'il avait travaillé le matin. Le Dr A. _____ a indiqué que l'assuré pouvait travailler à concurrence d'une demi-journée par jour, estimant qu'il existait peu d'espoir d'augmenter son aptitude au travail. Un traitement de Fluoxétine avait été prescrit, essentiellement pour limiter une alimentation parfois compulsive. Au niveau des limitations fonctionnelles, le Dr A. _____ a mentionné une fatigabilité, une dyspnée d'effort décrite de stade III ainsi que des douleurs aux hanches lors de marches prolongées.

Dans un avis du SMR du 17 mars 2015, les Drs X. _____ et C. _____ ont estimé qu'à la suite de la pose de la seconde prothèse de la hanche, la situation orthopédique de l'assuré pouvait être jugée améliorée. Sa greffe rénale était fonctionnelle et la dyspnée signalée ne devait pas avoir de répercussion dans une activité légère. Se prononçant sur les différentes pièces médicales produites au cours de la procédure d'audition, les médecins ont fait les observations suivantes :

« (...)

- Lettre du Dr M. _____, orthopédiste à la clinique de [...] du 13.1.2015 : l'activité à 20% exercée à la commune du G. _____ ne peut être dépassée, mais « en raison des nombreuses pathologies et comorbidités du patient ». Il s'agit là d'une allusion à un domaine situé en dehors de la spécialité orthopédique, d'autant que l'évolution post PTH [prothèse totale de la hanche] à droite est décrite comme favorable. (...).
- Rapport AI du cardiologue H. _____ du 20.1.2015 : si l'assuré n'est pas à l'abri d'une récurrence de fibrillation auriculaire, il n'existe aucune limitation fonctionnelle cardiologique.
- Rapport du Dr I. _____, du service de médecine du J. _____ du 26.1.2015 : la fonction rénale du greffon est stable avec une créatinémie entre 200-240umol/l et le pronostic est favorable à long terme. On ne peut accepter une telle réduction de la CT [capacité de travail] telle que proposée à 20%, basée sur aucune limitation fonctionnelle. Les symptômes avancés ne sont pas soutenus par des atteintes objectivables. La fatigabilité n'apparaît pas être en relation avec une anémie que l'on peut voir dans une insuffisance rénale terminale, ce qui n'est plus le cas et les douleurs des hanches arthrosiques ne peuvent persister en raison de la mise en place des

prothèses, supprimant l'arthrose. Dans ces conditions, on ne comprend pas le taux de CT de 20% admis.

- Rapport du Dr A. _____ du 27.2.2014 : la fatigue est associée à l'obésité qui s'améliore avec une perte de 6kg. Une dyspnée d'effort de stade III est décrite. Elle ne peut être due à une problématique cardiaque et est probablement le résultat de son obésité. Un syndrome d'apnée du sommeil (SAS) devrait être exclu. L'adjonction de Fluoxétine n'est pas le reflet d'un épisode dépressif mais a été prescrit pour diminuer une compulsion alimentaire.

Une activité adaptée, telle que décrite par l'examen SMR du 13.7.2010, prend en compte les modifications apportées par la mise en place de la seconde PTH [prothèse totale de la hanche] à droite. En ce qui concerne la fatigue, elle n'a pas été complètement investiguée, un SAS [syndrome d'apnées du sommeil] restant possible d'une part et d'autre part n'étant pas incapacitant si traité légers.

Nous adressons au MT [médecin traitant] une lettre pour savoir si cette éventualité a été explorée et s'il existe une anémie.

(...) »

Interpellé par le SMR, le Dr A. _____ a indiqué le 6 mars 2015 que son patient souffrait d'une anémie normochromocytaire liée à son insuffisance rénale, expliquée par aucune carence. Il présentait également une obésité tronculaire importante et une amyotrophie généralisée certainement en rapport avec la corticothérapie suivie dans le cadre de sa greffe rénale. Le médecin traitant avait exclu l'hypothèse d'apnées du sommeil.

Dans un avis du SMR du 19 mai 2015, les Drs X. _____ et C. _____ ont estimé qu'au vu des précisions fournies par le Dr A. _____, il n'y avait pas d'élément susceptible de s'opposer à la réinsertion proposée par le SMR le 26 mai 2014.

Aux termes d'un avis du 4 juin 2015, le Service juridique de l'OAI a préconisé le renvoi du dossier au Service de réadaptation, afin qu'il examine la question de la mise en œuvre de mesures de réinsertion telles que proposées par le SMR le 26 mai 2014, qu'il interroge l'assuré et l'employeur afin de déterminer si une augmentation du taux de travail, ou l'exercice d'une autre activité au sein de la Commune, pouvait être

envisagée, et qu'il examine si une autre activité pourrait être proposée à l'assuré en complément de celle qu'il déployait déjà.

Le 17 août 2015, l'assuré a subi un pontage radio-radial gauche excluant un anévrisme partiellement trombosé (secondaire à une fistule d'hémodiase). Dans un rapport du 3 septembre 2015, le Dr V._____ du Service d'angiologie du J._____, a constaté un succès précoce de la cure d'anévrisme. Il a cependant signalé que, compte tenu du surpoids de l'assuré et de son passé de diabète cortico-induit, il fallait craindre une évolution à moyen ou long terme vers un diabète de type 2.

Selon une note du Service de réadaptation de l'AI du 2 septembre 2015, l'assuré a déclaré qu'il travaillait trois heures le matin, une semaine sur deux, et qu'il était rémunéré à l'heure, à hauteur de 1'200 fr. par mois. Un collègue se chargeait des deux autres semaines du mois. L'assuré a précisé que son revenu dépendait du temps travaillé chaque mois et qu'il remettait à l'employeur un décompte de ses heures effectives en vue de leur rémunération.

Selon l'extrait de son compte individuel AVS, l'assuré a réalisé un revenu de 11'418 fr. en 2012, de 20'136 fr. en 2013 et de 24'005 fr. en 2014.

Renseignant l'OAI par le biais d'un questionnaire du 22 septembre 2015, le Commune G._____ a indiqué que l'assuré avait débuté son activité d'intendant au Service des bâtiments le 1^{er} juillet 2012, à raison d'environ 20 heures par semaine. L'employeur a précisé qu'il n'existait pas de possibilité de placement à l'interne ; il a également fourni les décomptes de salaires des années 2013 à 2015.

Dans un avis du 3 décembre 2015, le Service juridique de l'OAI a pris les conclusions suivantes :

« Merci de bien vouloir obtenir les éléments suivants :

1° De la part de l'employeur :

Lui demander le décompte horaire et/ou le montant du salaire par heure de l'assuré pour les années 2013, 2014 et 2015 (je ne l'ai pas

trouvé sur le rapport employeur & ses annexes, qui ne donnent qu'un chiffre mensuel global) ;

2° Une fois ces informations reçues, il conviendra de solliciter à nouveau la Réa :

À la lumière des divers compléments d'information reçus (en particulier rapport médical rassurant du J. _____ du 14.09.2015 et éléments fournis par l'employeur), merci à elle de revoir ses précédentes conclusions (note Réa du 02.09.2015) sur l'absence de mesure à entreprendre et de réexaminer la question ; en cas de maintien ou modification de ses conclusions, il sera important d'en expliquer les motivations. Pour mémoire, il s'agit en effet aux yeux du SMR (avis des 19.05.2015 et 26.05.2014) de d'abord éclaircir la question de la CT [capacité de travail] résiduelle dans une activité adaptée en examinant *ce que l'on peut mettre en place comme mesure de réinsertion*, et en cas d'impossibilité - ce qui n'est actuellement pas établi - il faudrait alors envisager une expertise (...) ».

Dans un avis du SMR du 15 février 2016, le Dr T. _____ a préconisé le maintien du projet de décision du 15 octobre 2014, basée sur une « capacité de travail incontestable de 50% et réalisée au quotidien par l'assuré ». Il a relevé qu'une telle exigibilité était difficilement contestable, dès lors que l'assuré la mettait à profit de manière effective. Le Dr T. _____ a en outre estimé qu'il n'était pas indiqué de procéder à une mesure d'évaluation, car l'assuré valorisait déjà au mieux sa capacité de travail résiduelle, compte tenu de la bonne rémunération offerte par l'employeur.

Dans une communication interne du 8 avril 2016, le service de réadaptation de l'OAI a indiqué qu'une mesure d'évaluation n'était pas pertinente, car aucune mesure professionnelle ne permettrait de réduire le préjudice économique résiduel de l'assuré, compte tenu de son âge, de ses faibles capacités d'adaptation et de son potentiel d'apprentissage limité.

Par décision du 19 avril 2016, l'OAI a confirmé son projet du 15 octobre 2014 et a réduit la rente de l'assuré à trois-quarts de rente, sur la base d'un taux d'invalidité de 65,66%.

B. Par acte du 22 avril 2016, L. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 19

avril 2016, dont il conclut implicitement à l'annulation, dans le sens du maintien de la rente entière d'invalidité. Il fait valoir qu'il n'est pas en mesure de reprendre une quelconque activité à plus de 10 à 20%, en raison de son manque de souffle et d'une fatigue prononcée. Il explique également être sujet à des fibrillations cardiaques depuis 2012, dont la dernière en date a eu lieu le 17 avril 2016, et a conduit à une hospitalisation, toujours en cours.

Par courrier du 26 mai 2016 à l'OAI, dont copie à la Cour de céans, le Dr A. _____ a signalé une péjoration de l'état de santé de son patient, en raison d'une pathologie cardiaque.

Dans une réponse du 16 juin 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Il a toutefois proposé d'attendre un rapport du Service de cardiologie du J. _____ pour évaluer les suites de la fibrillation du 17 avril 2016.

A la demande de la juge instructeur du 20 juin 2016, l'assuré a produit le 12 juillet 2016 les documents médicaux suivants :

- un rapport du 13 mai 2016 des Dresses K. _____ et Q. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante au Service de médecine interne du J. _____, posant le diagnostic principal de fibrillation auriculaire à réponse ventriculaire rapide (CHADS-VASC score à 2 points), ayant nécessité une hospitalisation du 17 au 26 avril 2016, durant laquelle une dyspnée de stade II à III avait été constatée,
- un rapport du 23 mai 2016 des Drs F. _____ et B. _____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant auprès de la Consultation de cardiologie du J. _____, posant le diagnostic principal de fibrillation auriculaire paroxystique, et les diagnostics secondaires d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, d'hyperthyroïdie infra-clinique et d'insuffisance rénale,
- un rapport du 6 juillet 2016 du Dr O. _____, médecin associé au Service de cardiologie du J. _____,
- une attestation médicale du 11 juillet 2016 du Dr A. _____.

Dans une écriture du 30 septembre 2016, se fondant sur un avis du SMR du 5 septembre 2016 au sujet des documents médicaux précités, l'OAI a indiqué que des renseignements complémentaires étaient nécessaires quant à la durée et l'étendue de l'incapacité de travail liée à l'événement du 17 avril 2016, afin de déterminer si elle remettait en cause la diminution de rente prononcée avec effet au 1^{er} juin 2016.

Le 1^{er} décembre 2016, l'OAI a transmis au tribunal les réponses du 13 octobre 2016 du Dr A._____ aux questions posées directement par le SMR, ainsi qu'un rapport du 29 septembre 2016 du Service de cardiologie du J._____, concluant à une insuffisance cardiaque.

Par écriture du 15 décembre 2016, la juge instructeur a requis de l'OAI qu'il transmette l'avis du SMR sur les réponses fournies par le Dr A._____ le 13 octobre 2016, ainsi que les réponses aux questions posées par le service juridique le 3 décembre 2015.

Dans un courrier du 19 décembre 2016 à la Cour de céans, se fondant sur les avis du SMR des 7 et 14 décembre 2016, l'OAI a estimé qu'il subsistait des doutes quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée depuis début 2016, et a suggéré à la Cour de solliciter une prise de position motivée de la part du Dr A._____. Le 22 décembre 2016, l'intimé a ajouté qu'il n'y avait pas au dossier de document listant les réponses aux questions du Service juridique du 3 décembre 2015, mais que le résultat des démarches entreprises à la suite de cet avis figurait dans les pièces versées au dossier entre décembre 2015 et avril 2016.

Le 26 janvier 2017, le Dr A._____ a fait savoir au Tribunal qu'une évaluation complémentaire effectuée en juillet 2016 par le Service de cardiologie du J._____ avait conclu à une capacité cardiaque fonctionnelle altérée de façon sévère avec une nette limitation de l'aptitude physique à une capacité d'effort normale. Selon le médecin traitant, il existait ainsi une très bonne corrélation entre ces constatations

cardiologiques et les limitations physiques décrites par son patient dans sa vie quotidienne. Le Dr A._____ estimait que l'activité exercée actuellement par l'assuré, à 20%, correspondait au maximum exigible et qu'aucune augmentation n'était envisageable, compte tenu de la « faiblesse » cardiaque.

C. Par courrier du 23 mars 2017, la juge instructeur en charge du dossier a demandé au Dr H._____ de renseigner sur l'évolution de l'état de santé du recourant au plan cardiaque et son incidence sur la capacité de travail, notamment par rapport à l'incident cardiaque ayant nécessité une hospitalisation du 17 au 26 avril 2017.

Sur indication du recourant, la même mesure d'instruction a été adressée au Dr O._____, nouveau cardiologue traitant.

Le 5 juillet 2017, le tribunal est entré en possession d'un rapport médical non daté du Dr O._____, qui en a adressé un nouvel exemplaire de son évaluation, daté du 4 août 2017.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, devant le tribunal compétent et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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 les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; TF 8C_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2).

b) Le litige porte sur la réduction, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité du recourant à trois quarts de rente, dès le 1^{er} juin 2016. Se pose plus singulièrement la question de savoir si son état de santé a connu une amélioration conduisant à une modification notable du taux d'invalidité et fondant une révision des prestations accordées jusque-là.

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). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine

d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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) D'une manière générale, les décisions de rente ou celles concernant d'autres prestations durables ne sont valables que pour l'état de fait qui prévaut au moment où elles ont été rendues. Si le taux d'invalidité subit une modification notable ou si les circonstances dont dépendait le droit à la rente ont notablement changé, elles sont d'office ou sur demande, révisées pour l'avenir, à savoir augmentée, réduites ou supprimées (art. 17 al. 1 et 2 LPGA). Dans les deux cas, la révision tend donc à l'adaptation d'une décision de prestations à des circonstances qui se sont modifiées (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Schulthess 2011, p. 831 n° 3056). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable est sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

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 (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). La rente peut 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, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a ; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une

simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

Le point de savoir si un changement 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 repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1). Une simple communication peut également constituer ce point de départ temporel lorsque l'assuré n'a pas requis une décision (art. 74 quater RAI) suite à une prolongation de la rente au sens de l'art. 73ter let. f RAI (cf. Michel Valterio, loc. cit., p. 833 , n° 3068), comme c'est le cas en l'espèce. En l'occurrence, il s'agit donc de comparer les faits tels qu'ils prévalaient au moment de la précédente révision, à l'issue de laquelle le droit à une rente entière avait été maintenu sur la base d'un taux d'invalidité inchangé (cf. communication du 12 octobre 2011), et la situation existant lors de la décision du 19 avril 2016.

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux ou des documents d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 9C_519/2008 du 10 mars

2009, consid. 2.1 ; I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur

probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (cf. TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

5. En l'occurrence, l'intimé estime que la situation médicale du recourant a connu une amélioration et qu'il peut dorénavant mettre en valeur une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée. Il retient que, depuis la précédente révision, l'assuré a bénéficié de l'implantation d'une deuxième prothèse de la hanche, à droite, qui a permis de diminuer les limitations fonctionnelles liées à la coxarthrose. Il estime également qu'il n'existe de limitations fonctionnelles ni au niveau rénal ni au niveau cardiaque.

De son côté, le recourant soutient que son état se trouve au contraire aggravé, en raison de troubles cardiaques apparus en 2012, de dyspnée et d'une fatigue prononcée. Il fait en outre valoir qu'il ne travaille en moyenne que dix heures par semaine et qu'il n'est pas en mesure de reprendre une quelconque activité à plus de 10 ou 20%.

6. Il s'agit ici de comparer les faits tels qu'ils prévalaient au moment de la précédente révision, à l'issue de laquelle le droit à une rente entière avait été maintenu sur la base d'un taux d'invalidité inchangé (cf. communication du 12 octobre 2011), et ceux existant au moment de la décision du 19 avril 2016, afin de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité du recourant est survenu dans l'intervalle.

a) Au terme de l'examen rhumatologique mis en œuvre lors de la précédente révision, en juillet 2010, le Dr W._____ avait retenu les diagnostics incapacitants de coxarthrose droite dans le cadre d'un status après nécrose aseptique de la hanche droite, de status après pose d'une prothèse totale de la hanche gauche dans le cadre d'un status après nécrose aseptique de la hanche gauche, d'insuffisance rénale modérée après transplantation rénale et rejet vasculaire aigu, d'ostéoporose et de

status après cure d'éventration. Le rhumatologue a par contre estimé que l'obésité dont souffrait l'assuré restait sans incidence sur sa capacité de travail. Au vu de ces atteintes, le Dr W._____ a conclu que l'activité habituelle de plâtrier-peintre ou de concierge professionnel n'était plus exigible. Par contre, il était d'avis que l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 70% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles induites par sa pathologie ostéoarticulaire, depuis le 18 mars 2009, date à laquelle le Dr D._____ avait affirmé que les suites de la greffe rénale ne constituaient plus depuis longtemps une limitation fonctionnelle. Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr W._____ a retenu que l'assuré devait éviter les activités exigeant la position debout ou la marche pour une durée supérieure à un quart d'heure, la marche sur terrain irrégulier, les genuflexions répétées, les franchissements réguliers d'escaliers, les franchissements d'échelles ou d'escabeaux, ainsi que le lever de charges de plus de 6 kg. Le Dr W._____ a précisé que la limitation de la capacité de travail à hauteur de 70% dans une activité adaptée du point de vue ostéoarticulaire était justifiée par la fatigue et de la probable fatigabilité liées au traitement immunosuppresseur.

Par communication du 12 octobre 2011, malgré l'amélioration constatée par le Dr W._____, l'OAI a maintenu le droit à une rente entière dès lors qu'entre temps, le Dr M._____ avait annoncé l'imminence de la pose d'une prothèse totale de la hanche à droite et avait prononcé une incapacité de travail de 100% depuis le 8 mars 2011, dans l'attente de l'intervention (cf. également avis du Dr T._____ du 26 mai 2014). Cette incapacité de travail a notamment eu pour conséquence que la mesure d'observation professionnelle entreprise auprès de l'Orif a été interrompue après quelques jours.

b) Au cours de la révision entreprise en octobre 2012, il a été constaté que la situation de l'assuré avait connu une certaine évolution depuis la dernière révision, puisqu'il avait bénéficié de l'implant d'une prothèse totale de la hanche à droite, qu'il avait connu un épisode de fibrillation auriculaire, en avril 2012, et qu'il avait repris une activité lucrative depuis juillet 2012.

aa) Au plan ostéoarticulaire, l'assuré s'est en effet vu implanter une prothèse totale de la hanche à droite, en septembre 2011, par le Dr M._____. Force est de constater, à l'instar du SMR (cf. avis des 26 mai 2014 et 17 mars 2015), que cette intervention chirurgicale a permis une amélioration.

Dans son rapport du 27 novembre 2012, le Dr A._____ a en effet observé une nette amélioration au plan ostéoarticulaire. Il a notamment indiqué que son patient ne souffrait plus de douleurs articulaires, hormis des lombalgies communes, et que la mobilité des hanches était indolore. Sans se prononcer précisément sur la capacité de travail de son patient, le Dr A._____ a estimé que si l'activité habituelle n'était plus exigible, une activité à temps partiel dans un secteur léger était possible. Cette évaluation de la capacité de travail est certes très vague, mais elle permet néanmoins de retenir que, de l'avis du Dr A._____, le recourant était à nouveau capable de travailler, ce qui n'était pas le cas à l'issue de la précédente révision.

Certes, au cours de la procédure d'audition, le Dr A._____ a fait état de douleurs articulaires, essentiellement marquées au niveau des hanches, de la nuque et des épaules (cf. rapport du 27 février 2015). Ces douleurs n'ont cependant pas été objectivées. Le dossier ne contient aucun rapport d'examen indiquant que des investigations auraient été entreprises sur ce plan. Or, la simple évocation de douleurs ne suffit pas pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2 ; TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2, 9C_911/2011 du 13 juin 2012 consid. 3.2). En outre, malgré ces douleurs, le Dr A._____ évalue la capacité résiduelle à une demi-journée par jour, soit 50 %. Il ne s'éloigne dès lors pas de la solution retenue par l'intimé.

Toujours de l'avis du médecin traitant, les douleurs à la hanche interviennent lors de marches prolongées. On peut en déduire que, même si elles avaient été objectivées, elles n'auraient pas induit une réduction de la capacité de travail supérieure à celle retenue par le SMR, dès lors qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré exclut les marches dépassant un quart d'heure. Dans ses rapports ultérieurs, le Dr A._____ n'invoque plus d'éléments en lien avec des troubles articulaires.

Dans son rapport du 13 mars 2013, la Dresse S._____ a également estimé que la nécrose aseptique des deux têtes fémorales, avec pose de prothèse totale de la hanche gauche en 2006 et de la hanche droite en 2011 n'empêchait pas l'assuré de travailler dans une activité adaptée au taux de 50%.

Le 13 janvier 2015, le Dr M._____ a aussi fait état d'une évolution favorable des suites de la pose de la prothèse de la hanche droite le 7 septembre 2011. Le chirurgien ne saurait cependant être suivi lorsqu'il évalue la capacité de travail de son patient à 20%, en référence à l'activité exercée pour le compte de la Commune G._____, et indique que toute augmentation de taux de travail lui semble illusoire. Son appréciation de la capacité de travail reste très sommaire, insuffisamment motivée et en contradiction avec sa propre évaluation de l'évolution post opératoire. Le Dr M._____ ne justifie cette importante limitation de la capacité de travail que par « les nombreuses pathologies et comorbidités de ce patient », sans plus de détails. Comme le relève à juste titre les Drs X._____ et C._____, le chirurgien fait ainsi manifestement référence à des pathologies sortant de son domaine de spécialité orthopédique, de sorte que son avis ne saurait être déterminant. On notera encore que le Dr M._____ ne fait état de limitations fonctionnelles que dans les activités physiques, qui ne sont pas celles préconisées par le SMR au titre d'activité adaptée.

Quant au Dr I._____, il affirme que la pose des prothèses totales de hanches n'a pas permis d'amélioration des douleurs. Outre le

fait que son avis est isolé, les autres médecins ayant constaté une amélioration, en tous les cas dans un premier temps, il ne fournit lui non plus d'éléments concrets permettant d'objectiver ces douleurs. On relèvera d'ailleurs qu'à l'instar des autres médecins intervenus auprès du recourant, le Dr I._____ ne fait état d'aucun médicament antalgique dans son descriptif du traitement (cf. également rapports du Dr A._____ des 27 novembre 2012 et 27 février 2015 [et son annexe du centre de transplantation d'organe du J._____ du 11 juillet 2014], rapport de la Dresse S._____ du 13 mars 2013). Seul le Dr V._____ fait état d'un traitement anti-douleurs ; celui-ci n'a toutefois été prescrit qu'à titre transitoire, dans le cadre des suites opératoires d'une cure d'anévrisme au bras gauche. De son côté, le recourant n'a fait état que de l'utilisation de patchs, en cas de besoin, ce qui reste somme tout un traitement antalgique très léger. Quant à la fatigabilité invoquée par le Dr I._____, elle ne suffit pas, sans plus de précisions, à motiver une diminution de la capacité de travail de 80%.

En définitive, il ne se trouve au dossier aucun élément remettant en cause les conclusions de l'intimé au plan ostéoarticulaire, à savoir que dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles arrêtée par le SMR, l'assuré disposerait d'une capacité de travail résiduelle inférieure à 50%.

On relèvera d'ailleurs à ce propos que dans son acte de recours, L._____ ne fait pas valoir de grief à l'encontre des conclusions prises par l'intimé au plan ostéoarticulaire, se limitant à arguer de complications au plan cardiaque, d'une grande fatigue et de difficultés respiratoires.

bb) Dans son acte de recours, l'assuré a par contre fait valoir une aggravation au plan cardiaque, expliquant qu'il a connu une nouvelle fibrillation cardiaque le 17 avril 2016, et qu'il n'est pas en mesure de reprendre une quelconque activité à plus de 10 à 20%, en raison de son manque de souffle et d'une fatigue prononcée.

Il a certes produit des rapports médicaux du J._____ des 13 mai et 23 mai 2016, attestant un nouvel épisode de fibrillation auriculaire suivi d'une hospitalisation du 17 au 26 avril 2016. Il a également remis un rapport d'examen du 6 juillet 2016 du Dr O._____ qui conclut à une épreuve d'effort maximale sur le plan métabolique, interrompue par une fatigue musculaire significative et d'une capacité aérobique altérée de façon quasi sévère, y compris après correction compte tenu de son indice de masse corporelle. Le cardiologue a précisé que trois éléments limitaient la capacité d'effort, le plus important étant vraisemblablement le cœur, les deux autres facteurs étant le poids, à titre mineur, et le déconditionnement.

Force est toutefois de noter qu'aucun de ces rapports ne renseigne sur les incidences de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assuré.

Seul le Dr H._____ avait en son temps attesté que malgré les deux accès de fibrillation auriculaire en 2012 et 2014, et malgré le risque de récurrence, il n'existait aucune restriction au niveau cardiologique, le cœur étant cliniquement compensé par une prise médicamenteuse. Cette appréciation remonte toutefois au 20 janvier 2015 et ne prend en conséquence pas en compte l'épisode du 17 avril 2016.

Estimant le dossier insuffisamment instruit au plan cardiaque, la Cour de céans a procédé à une mesure d'instruction complémentaire auprès du Dr O._____, après que le recourant lui ait fait savoir qu'il n'était plus suivi par le Dr H._____.

Dans son rapport du 4 août 2017, le Dr O._____ a indiqué que l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée constatée chez le recourant provoquait des symptômes lors d'un effort léger déjà. Le cardiologue a précisé qu'il n'avait pas observé de nouvelle limitation fonctionnelle depuis le début de sa prise en charge, en juillet 2016. Il a également indiqué que la dyspnée et la fatigue étaient indissociables de l'insuffisance cardiaque, une certaine fatigue étant inhérente à la

pathologie. Il n'avait toutefois objectivé aucune évolution défavorable à ce niveau, la fatigue et la dyspnée étant stables et présentes depuis le début de sa prise en charge. Il a attesté une capacité de travail de 25% dans une activité nécessitant des efforts, et d'une capacité de 50% dans une activité sédentaire.

En sa qualité de cardiologue traitant, le Dr O._____ procède à des examens réguliers de l'assuré, dont il connaît pleinement l'anamnèse et dont il prend en considération les plaintes. Ses conclusions sont claires et motivées, de sorte que son avis peut être retenu. Seul le Dr A._____ affirme dans son rapport du 27 janvier 2017 que la « faiblesse cardiaque » de son patient l'empêche de travailler à plus de 20%. Outre le fait que, contrairement au Dr O._____, il n'est pas spécialiste, son avis est trop sommaire pour remettre sérieusement en question les conclusions du Dr O._____.

Il sied donc de retenir que l'affection cardiaque, même compte tenu de ses derniers développements d'avril 2016, n'empêche pas l'assuré de mettre à profit une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée, de type sédentaire. Elles ne conduisent ainsi pas à une réduction de la capacité de travail plus importante que celle retenue par le SMR.

cc) Il n'existe aucun autre motif de réduction de la capacité résiduelle de travail. Notamment au niveau rénal, il ressort à l'unanimité que la greffe est stabilisée de longue date, qu'elle n'induit plus une réduction de la capacité de travail. Aucun élément au dossier ne fait état d'une péjoration à ce niveau.

c) En définitive, aucun élément au dossier ne s'oppose aux conclusions du SMR selon lesquelles les améliorations constatées dans l'état de santé du recourant lui ont permis de recouvrer une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, respectant strictement les limitations fonctionnelles arrêtées par le Dr W._____ en 2010 et confirmées le 17 mars 2015 par les Drs X._____ et C._____.

cadre de son recours, l'assuré n'a pas démontré par une argumentation précise et étayée, qu'il existerait au dossier une appréciation médicale objective mieux fondée que les éléments retenus par l'intimé qui justifierait de conclure à une capacité de travail dans une activité adaptée inférieure à 50%. Il n'y a dès lors pas lieu de s'éloigner des conclusions prises par l'intimée au plan médical. On peut ainsi retenir que l'assuré dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, qui tiennent compte de manière appropriée de ses restrictions ostéoarticulaires et cardiaques.

7. Si les conclusions de l'intimé au plan médical peuvent être suivies, tel n'est pas le cas de son appréciation au plan économique.

Selon un principe général en assurance-invalidité, la réadaptation prime le droit à la rente. Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^e révision de l'AI] ; FF 2005 4215, spéc. 4223 ch. 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles - fonctionnelles et/ou intellectuelles - de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée).

Or, force est de constater que le dossier de l'intimé est insuffisamment instruit s'agissant de la possibilité de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel. C'est ainsi de manière prématurée qu'elle a procédé à la comparaison des revenus en vue de fixer le degré d'invalidité.

Dans un avis du 26 mai 2014, confirmé le 19 mai 2015, le SMR a préconisé de « voir ce qu'on [pouvait] mettre en place comme mesure de réinsertion, à un taux de présence élevé, minimum 50% au début, puis à 70% voire 100% si c'est possible ». Par deux fois, le Service juridique a également rendu l'intimé attentif au fait que les éléments au dossier ne suffisaient pas à renoncer à des mesures de réinsertion (cf. avis des 4 juin et 3 décembre 2015).

L'intimé a renoncé à agir dans ce sens, au motif que, selon lui, l'assuré exerçait déjà une activité à 50% auprès de la Commune G. _____ et valorisait au mieux sa capacité de travail résiduelle (cf. rapport final du Service de réadaptation du 9 octobre 2014). De l'avis de l'OAI, une mesure professionnelle ne serait dès lors pas susceptible de réduire le préjudice économique. Or, cette prémisse est erronée. L'assuré a toujours fait valoir qu'il travaillait à un taux inférieur à 50%. Le 14 mai 2014, il a indiqué qu'il travaillait environ 20 heures une semaine sur deux, soit 10 heures par semaine en moyenne, pour un salaire mensuel d'environ 1'400 fr., un autre collègue s'occupant des mêmes tâches les deux autres semaines du mois. Le 2 septembre 2015, il a déclaré qu'il travaillait 3 heures le matin, une semaine sur deux, et qu'il était rémunéré à l'heure, à hauteur d'environ 1'200 fr. par mois. Si l'on se fie aux informations fournies par l'assuré, son taux d'occupation avoisinerait les 25%. Certes, l'employeur a indiqué que l'assuré travaillait à hauteur de 20 heures par semaine, sans faire état d'une alternance une semaine sur deux (cf. questionnaire de l'employeur du 22 septembre 2015). Les mêmes éléments ressortent du contrat de travail du 22 juin 2012, qui prévoit un horaire hebdomadaire de 20 heures, rémunérées à 31 fr. 05 bruts (indemnité de vacances, jours fériés et 13^{ème} salaire inclus). Or, si l'assuré avait travaillé en moyenne 20 heures par semaine pour un salaire horaire de 31 fr. 05 de l'heure, il aurait réalisé un revenu annuel dépassant 32'000 fr. (20h. x 31fr. 05 x 4,33 semaines par mois x 12 mois). Or, son compte individuel AVS fait état d'un revenu de 11'418 fr. pour les 6 derniers mois de 2012, de 20'136 fr. pour 2013 et de 24'005 fr. en 2014, ces chiffres allant dans le sens d'un taux d'activité inférieur à 50%. Le

salaire maximal réalisé par l'assuré étant inférieur au revenu de référence ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), de l'ordre de 30'000 fr., on ne peut valablement conclure qu'il valorise au mieux sa capacité résiduelle de travail.

Certes, le Dr T. _____ est revenu sur sa position le 15 février 2016, en indiquant qu'il n'était finalement pas indiqué de procéder à une mesure d'évaluation, dès lors que l'assuré valorisait au mieux sa capacité de travail, compte tenu de la bonne rémunération versée par son employeur. Son avis ne saurait toutefois être retenu. La tâche du médecin consiste en effet à évaluer l'état de santé d'un assuré et d'indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités il est encore capable de travailler (cf. consid. 3 supra), et non à se déterminer sur des considérations économiques.

Le fait que le Service de réadaptation ait finalement indiqué le 8 avril 2016 que c'était en raison de l'âge de l'assuré, de ses faibles capacités d'adaptation et de son potentiel d'apprentissage limité qu'aucune mesure d'évaluation n'était pertinente et qu'aucune mesure professionnelle ne permettrait de réduire le dommage ne suffit pas non plus. Cet avis tombe brusquement à la veille de la décision attaquée, à la suite des demandes d'explications réitérées du Service juridique de l'intimé, avec des motifs de refus jamais évoqués antérieurement. A aucun moment auparavant, le Service de réadaptation n'avait constaté que les capacités d'adaptation et d'apprentissage de l'assuré étaient trop limitées pour permettre des mesures professionnelles. Au contraire, en 2011, il avait mis en œuvre une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'Orif, dans le secteur informatique. Cette mesure avait été interrompue après trois jours seulement, compte tenu de l'imminence de l'implant d'une prothèse à la hanche droite et de l'incapacité de travail prononcée par le Dr [...] dans l'attente de l'intervention (cf. rapport du Dr T. _____ du 26 mai 2014). Quant à l'âge de l'assuré, de 53 ans, il n'est pas rédhibitoire non plus. La communication interne du 8 avril 2016 est dès lors trop vague, insuffisamment motivée, et contradictoire à ses positions précédentes pour permettre la fermeture du dossier de réadaptation.

Il appartient ainsi à l'intimé de reprendre l'instruction du dossier au niveau de la réadaptation et d'examiner dans quelle mesure le recourant peut tirer profit de sa capacité résiduelle de travail. L'office prendra, cas échéant, et sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation et de la collaboration de l'intéressé (cf. art. 21 al. 4 LPGA), les mesures nécessaires à la réintégration de celui-ci dans le circuit économique. Ce n'est qu'à l'issue de cet examen que l'intimé pourra statuer définitivement sur la révision de la rente d'invalidité.

8. a) Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision attaquée est annulée en ce qu'elle prononce la réduction de la rente à un trois-quarts de rente. Elle est par contre confirmée en ce qu'elle prononce une capacité de travail résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction sur le plan des mesures de réadaptation.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant a agi sans l'aide d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 19 avril 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- L._____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :