

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mai 2020

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, exerçait la profession de serrurier.

b) Le 20 janvier 2006, l'assuré a déposé un première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une coronaropathie à l'origine d'une incapacité de travail depuis août 2004.

Selon un rapport du 25 août 2008 de la Dre C. _____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, l'assuré présentait une cardiopathie ischémique tri-tronculaire avec angor persistant. Sa capacité de travail était réduite de 50 à 70 %.

L'assuré continuait de travailler à 50 % auprès de l'entreprise de serrurerie qui l'employait auparavant, ne s'occupant plus que de l'administratif.

Par décision du 25 septembre 2009, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assuré du 1^{er} août 2005 au 31 octobre 2006, puis une rente entière du 1^{er} novembre 2006 au 31 mars 2007 en raison d'une incapacité totale survenue à la suite d'un accident de la circulation routière dont l'assuré avait été victime le 22 juillet 2006 (status post ostéotomie pour fracture tibiale). A partir du 1^{er} avril 2007, l'assuré s'est vu à nouveau alloué une demi-rente d'invalidité.

c) Dans le cadre de l'instruction d'une procédure de révision de la rente ouverte en 2011, le Dr J. _____, spécialiste en cardiologie, qui suivait l'assuré depuis juillet 2011, a mentionné une situation stable (rapport du 9 septembre 2011).

Selon un rapport du 20 septembre 2011, le Dr H. _____, médecin traitant, a indiqué que la situation sur le plan cardiologique était

stable. La capacité de travail restait exigible à 50 % dans l'activité habituelle.

Par communication du 11 mars 2013, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer son droit à la rente. Il continuait de bénéficier d'une demi-rente d'invalidité.

d) L'assuré a été victime d'un infarctus au mois de mars 2018.

A teneur du rapport du 26 mars 2018 des Drs N._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, et S._____, l'assuré avait été hospitalisé dans le service de cardiologie du Centre W._____ du 15 au 19 mars 2018. Les médecins y avaient posé le diagnostic d'infarctus myocardique aigu de type STEMI [ST elevation myocardial infarction ; infarctus du myocarde avec élévation de segment ST] le 13 mars 2018 avec récurrence le 14 mars 2018 sur maladie coronarienne tritronculaire. Un arrêt de travail a été prescrit jusqu'à la date de la coronarographie prévue le 12 avril 2018. Une réhabilitation cardio-vasculaire à la Clinique Z._____ était prévue par la suite.

D'après un rapport de la Clinique Z._____ du 8 juin 2018, où l'assuré avait séjourné du 2 au 22 mai 2018, ce dernier avait participé à un programme de réadaptation cardio-vasculaire. Cet entraînement avait été bien suivi sans apparition de signes d'insuffisance cardiaque, d'arythmie ou d'angor. La capacité fonctionnelle s'était améliorée comme l'avaient démontré les différents tests effectués. Les autres facteurs de risque cardio-vasculaire étaient dans les normes. Lors des mesures ponctuelles, les valeurs de pression artérielle étaient dans les objectifs thérapeutiques.

Le 18 septembre 2018, l'assuré a déposé une demande de révision de sa rente d'invalidité, invoquant une aggravation de son état de santé. Il a notamment produit un certificat médical du 19 mars 2018 du Dr S._____ confirmant une incapacité totale de travail du 13 mars au 12

avril 2018 et des certificats médicaux du Dr H._____ attestant d'une incapacité de travail totale à partir du 13 avril 2018.

Dans un avis médical du 4 octobre 2018, le Dr H._____ a fait état d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré, lequel présentait une fatigue et une dyspnée en rapport avec la maladie coronarienne récidivante. Le pronostic était défavorable pour la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel, en raison des problèmes cardiovasculaires sévères et récidivants.

Dans un projet de décision du 24 juillet 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de révision du 18 septembre 2018, retenant qu'il avait récupéré à compter du 1^{er} juin 2018 une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle qu'il exerçait à 50 %.

Le 23 août 2019, l'assuré s'est opposé au projet de décision et produit des certificats médicaux supplémentaires du Dr H._____ attestant d'une incapacité de travail totale à partir du 14 mars 2019 et se poursuivant jusqu'en octobre 2019.

Par décision du 25 octobre 2019, l'OAI a confirmé son projet du 24 juillet 2019 et rejeté la demande de révision du 18 septembre 2018, faute de changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente.

B. Par acte du 25 novembre 2019, R._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mars 2019, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il a fait valoir une constatation inexacte et incomplète des faits en invoquant le rapport du 4 octobre 2018 du Dr H._____. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise en cardiologie.

Dans sa réponse du 10 mars 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et transmis un avis du SMR du 20 février 2020, confirmant que la capacité de travail dans une activité adaptée était retrouvée dès le 1^{er} juin 2018.

Répliquant le 1^{er} avril 2020, l'assuré a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige a pour objet le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée - de manière à influencer son droit à la demi-rente - entre le 11 mars 2013, date de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, et le 25 octobre 2019, date à laquelle l'office intimé s'est prononcé sur la demande de révision du droit à la rente.

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est,

d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

b) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

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

l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment

motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) En l'espèce, le recourant présentait une situation médicale stable en 2013 par rapport à celle qui prévalait au moment de la décision initiale par laquelle la rente a été allouée (rapport du Dr J. _____ du 9 septembre 2011). Il continuait à travailler à 50 % pour des raisons cardiaques dans une activité adaptée. L'assuré restait asymptomatique, avec une capacité physique toutefois diminuée à l'effort (rapport du Dr H. _____ du 20 septembre 2011).

b) Au mois de mars 2018, le recourant a été victime d'un infarctus, lequel a été traité par angioplastie par ballon et pose de stents. Depuis cet événement, le Dr H. _____ a signalé une incapacité de travail totale et définitive (certificats médicaux et rapport du 4 octobre 2018). Or, selon l'avis SMR du 20 février 2020, même si le recourant avait eu un nouvel infarctus en mars 2018, c'étaient les répercussions de celui-ci qu'il fallait évaluer. D'après le rapport du 8 juin 2018 de la Clinique Z. _____, le recourant avait probablement eu des activités plutôt sédentaires les dernières années au vu de son atteinte à la santé ; il présentait néanmoins une capacité fonctionnelle de 8,5 MET [metabolic equivalent of task ; équivalent métabolique], valeur attendue pour son âge et qui correspondait concrètement à des activités physiques d'intensité haute. Certes, le médecin traitant décrivait une dyspnée et une fatigue ; ces plaintes étaient toutefois déjà signalées dans ses rapports de 2005 et 2006 (« Fatigue persiste avec gêne rétrosternale à l'effort », « Toujours fatigue » ; rapports des 13 avril, 12 août 2005 et 1^{er} février 2006). Selon le SMR, les performances physiques à deux mois de l'événement étaient optimales et la capacité de travail dans l'activité adaptée retrouvée dès le 1^{er} juin 2018. Au vu de la capacité à l'effort mise en évidence au cours du séjour au sein de la clinique, la situation était rassurante et le recourant disposait de la capacité pour reprendre son activité à un taux de 50 %.

c) L'avis médical rédigé par le Dr H. _____ le 4 octobre 2010 ne permet pas de s'écarter des conclusions du SMR. Ce médecin se limite

à affirmer que son patient n'est plus en mesure de reprendre la moindre activité professionnelle, sans fournir d'explications circonstanciées sur les raisons qui empêcheraient objectivement le recourant de reprendre une activité sédentaire telle que celle qu'il exerçait avant son infarctus. Par ailleurs, le Dr H._____ renvoie pour le surplus aux observations contenues dans le rapport de la Clinique Z._____, dont il ressort un tableau rassurant. Les certificats médicaux produits ne sont pas non plus suffisamment étayés pour remettre en cause l'appréciation du SMR.

d) A la lumière des rapports médicaux versés au dossier, on constate au final que la situation du recourant n'a pas évolué sur la plan de la capacité de travail depuis l'époque où la précédente décision de refus de rente a été rendue, respectivement que le recourant dispose toujours d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La mise en œuvre d'une expertise en cardiologie n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus (appréciation anticipée des preuves ; ATF 141 I 60 consid. 3.3).

6. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 25 octobre 2019 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). 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 du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Charles Guerry (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :