

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 avril 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 17 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation professionnelle, ayant notamment travaillé comme magasinier du 1^{er} juillet 2005 au 28 février 2014 auprès de [...], a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 12 novembre 2013, en raison d'un infarctus ayant généré une incapacité de travail dès le 21 mai 2013.

b) Par rapport reçu par l'OAI le 9 décembre 2013, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'infarctus myocardique aigu, de recanalisation de l'IVA [artère interventriculaire antérieure], d'implantation d'un stent actif et de dysfonction ventriculaire gauche avec une fraction d'éjection à 35 %, puis d'hypercholestérolémie sans incidence sur la capacité de travail.

 Dans son rapport du 23 décembre 2013, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de STEMI [Segment Elevation Myocardial Infarction] antérieur (25.05.2013) impliquant la mise en place d'un stent actif sur l'IVA, de thrombus apical et d'embolie rétinienne, de migraine accompagnée, d'uvéite antérieure récidivante de l'œil droit, de cicatrices nodulaires cornéennes de l'œil droit, de maladie de reflux gastro-œsophagien, de maladie de Gilbert (probable) et de cyphose dorso-lombaire avec spondylose dorsale.

 Les médecins s'accordaient sur le fait que le travail de magasinier n'était plus adapté et qu'il fallait envisager une reconversion professionnelle dans une activité adaptée ne comportant pas d'effort.

 Relevant que la fraction d'éjection n'était que de 30 à 35 %, le Dr F._____ a confirmé l'existence d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 5 juin 2014, alors que le Dr M._____ a

indiqué qu'elle était entière dans une activité adaptée dès le 12 juin 2014. Interrogé par le Dr V._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) sur la limitation indiquée, le Dr F._____ a expliqué que celle-ci se justifiait par le mauvais pronostic au plan cardiovasculaire (FEV [fraction d'éjection ventriculaire] basse, coronaropathie, traitement en cours), la FEV basse ne permettant pas des efforts soutenus et engendrant une fatigabilité. Les limitations fonctionnelles consistaient en de la fatigabilité, le port de charges, la position debout prolongée, des déplacements répétés et le stress.

c) Une mesure de reclassement professionnel (art. 17 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) a été octroyée à l'assuré le 16 octobre 2014 qui a rejoint l'atelier d'intégration professionnelle de l'U._____ [U._____] de [...] dès le 10 novembre 2014 avec comme cible celle de vendeur en papeterie.

La formation exigeant une présence à au moins 80 %, le Dr F._____ a confirmé, le 2 février 2015, que l'incapacité de travail pouvait être réduite à 20 % afin que l'assuré puisse bénéficier des possibilités de réorientation professionnelle proposées.

Après des stages, l'assuré a débuté une certification U._____ de gestionnaire de vente à 80 % du 1^{er} août 2015 au 31 juillet 2017, avec notamment un stage auprès de l'entreprise [...] où il a donné entière satisfaction, l'entreprise acceptant même une convention de partenariat pour la poursuite de la formation durant la deuxième année.

Le 28 mars 2017, l'U._____ a indiqué qu'un rendement de 100 % sur 80 % de capacité de travail était exigible, tandis que l'employeur évaluait la capacité de travail réelle à 55 % (cf. bilan de la mesure effectué le 7 juin 2017).

Le cas a été soumis au Dr D._____, médecin auprès du SMR, qui a constaté, dans un avis du 4 juillet 2017, que l'assuré avait été réadapté dans un poste de vendeur de luminaires au sein d'une grande

surface spécialisée dans l'ameublement et que la description du poste n'était pas en ligne avec les limitations fonctionnelles car il nécessitait le port et le soulèvement de charges relativement lourdes et la position statique pouvait être nécessaire. Néanmoins, il a observé que l'état de l'assuré s'était amélioré et qu'il avait atteint un taux de présence de 80 % qui était exigible. Il a estimé qu'une capacité de travail de 80 % était un niveau parfaitement adapté car l'assuré présentait une certaine fatigabilité. Dans ce domaine, le SMR préconisait clairement une répartition de ces 80 % sur les 5 jours de la semaine pour diminuer la charge de travail quotidienne et laisser plus de temps de récupération chaque jour. Il a relevé que l'entreprise avait proposé une embauche fixe à 80 % mais avec un salaire de 55 %, en prétendant que le rendement était réduit de 25 % en raison de la dyslexie de l'assuré notamment. Or, la dyslexie n'avait pas empêché l'assuré de travailler à plein temps auparavant et la baisse de rendement liée au port de charges ne pouvait être prise en compte dès lors que cette activité ne respectait pas les limitations fonctionnelles de l'assuré. Le Dr D. _____ a conclu à une capacité de travail de 80 % dans une activité respectant parfaitement ses limitations fonctionnelles, exigible sur 5 jours de la semaine.

Après que l'assuré avait estimé avoir la capacité pour maintenir le rythme sur le long terme plutôt à 60 %, le Dr F. _____ a confirmé, par rapport du 20 septembre 2017, que l'assuré présentait une situation cardiologique sévèrement atteinte à la suite de l'infarctus présenté en mai 2013 et que la reprise du travail à 80 % s'était avérée difficile. Il a ajouté qu'il lui semblait qu'une activité à 50 % adaptée à sa situation cardiaque se justifiait et a requis la reconsidération du cas en vue de l'octroi d'une rente correspondant à ce taux. Dans un précédent courrier du 15 mars 2017 à l'attention du médecin traitant, le Dr F. _____ avait relevé que malgré une dysfonction ventriculaire gauche sévère, la situation clinique était restée stable avec une tolérance à l'effort normale, sans douleurs thoraciques évoquant un angor, palpitations ou symptômes d'insuffisance cardiaque. Il notait que la fraction d'éjection n'était plus que de 20 à 25 %.

La Dre K._____, médecin auprès du SMR, a constaté, le 2 février 2018, que les limitations étaient liées aux efforts physiques et à une fatigabilité inhérente à une fraction d'éjection basse. Dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail pouvait être de 80 %, au mieux répartie sur 5 jours de la semaine afin de préserver la fatigabilité. Elle a ajouté que la baisse de rendement observée durant le stage comprenant de la manutention n'était probablement pas liée à une dyslexie, qui jusqu'ici n'avait jamais empêché l'assuré de fonctionner, mais au non-respect des limitations fonctionnelles majorant la fatigabilité. Dans une telle activité, tel que l'indiquait le cardiologue, la capacité de travail n'était exigible qu'à 50 %.

Par projet de décision du 25 mai 2018, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2017, sous réserve des indemnités journalières déjà versées, basé sur un degré d'invalidité de 100 %. Il a considéré que l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail résiduelle de 80 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} août 2017, conférant un degré d'invalidité de 13,62 %, de sorte que le droit à la rente s'éteignait le 1^{er} novembre 2017.

Malgré la contestation de ce projet par l'assuré, lequel invoquait une capacité de travail résiduelle de 50 %, l'OAI a, par décision du 11 mars 2019, confirmé la teneur de son projet.

Dans son arrêt rendu le 1^{er} juillet 2020 dans la cause AI 140/19 - 221/2020, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a considéré que l'assuré n'apportait aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions des médecins du SMR. C'était donc à juste titre que l'OAI avait supprimé le droit à la rente trois mois après la date à laquelle l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 80 %, soit au 1^{er} novembre 2017 (trois mois après la fin de la formation).

B. Entretemps, le 4 juin 2019, l'assuré a subi l'implantation d'un défibrillateur cardiaque.

Le 14 mars 2021, la Dre W._____, médecin traitant de l'assuré, a relevé la modification de l'état de santé de l'assuré en lien avec la pose du défibrillateur en juin 2019. Dans ces conditions, elle a sollicité de l'OAI une nouvelle expertise médicale. Elle joignait à sa requête une missive du 15 décembre 2020 du Dr F._____ à [...], laquelle faisait également état de sa volonté de reprise du dossier par l'OAI et de la mise en œuvre d'une expertise médicale pour réévaluer la capacité professionnelle de l'assuré.

Une nouvelle demande de droit à des mesures professionnelles et à une rente a été déposée le 31 mars 2021 par l'assuré auprès de l'OAI.

Par rapport du 9 juin 2021, le Dr F._____ a estimé la capacité de travail de l'assuré à 50 %, ce qu'a également confirmé la Dre W._____ (cf. questionnaire du 15 juin 2021).

Par avis médical du 28 juin 2021, la Dre Z._____, médecin auprès du SMR, a retenu que depuis la pose du défibrillateur, s'ajoutaient aux limitations fonctionnelles déjà retenues des restrictions en rapport avec le défibrillateur (proximité d'un champs électrique, magnétique, etc., certaines conduites professionnelles), à voir en fonction du défibrillateur. L'ensemble de ces limitations fonctionnelles justifiaient une baisse de la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée, depuis le 4 juin 2019. La situation cardiologique était actuellement stabilisée d'après le cardiologue, néanmoins en cas d'une évolution défavorable (greffe), la situation devrait faire l'objet d'une nouvelle évaluation.

Par projet du 16 septembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'elle entendait lui reconnaître le droit à un quart de rente pour un taux d'invalidité correspondant à 47 % dès le 1^{er} septembre 2021.

A la suite des objections de l'assuré quant à ce projet, lequel invoquait une baisse de son moral et demeurer dans l'attente d'un rendez-vous chez un psychiatre, l'OAI a, par courrier du 8 novembre 2021, informé ce dernier qu'il lui appartenait de fournir tous les éléments, en

particulier des rapports médicaux détaillés, susceptibles de lui permettre de revoir sa position, un délai lui étant imparti au 8 décembre 2021 pour ce faire.

Selon le rapport du 2 décembre 2021 de la Dre W._____, à la suite de l'aggravation de l'anxiété et l'apparition des symptômes pouvant évoquer une dépression, elle avait demandé à l'assuré de prendre rendez-vous auprès de la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour une prise en charge et un suivi de ses symptômes, priant l'OAI de lui laisser un peu de temps pour apporter de plus amples informations sur son état.

Après un ultime délai accordé au 20 janvier 2022, constatant que plusieurs délais avaient été donnés à l'assuré pour faire parvenir un rapport médical complet de la Dre B._____ et sans nouvelles de sa part, l'OAI a, le 1^{er} février 2022, maintenu sa position, à défaut d'éléments susceptibles de mettre en doute son bien-fondé.

Dans son rapport du 5 février 2022, la Dre W._____ a indiqué que l'assuré, à la suite d'un bilan rhumatologique, présentait une spondylarthropathie confirmée avec inflammation digestive associée. Un traitement par biothérapie était en cours de demande. Compte tenu des uvéites à répétition, une cardiopathie ischémique avec défibrillateur, une spondylarthropathie avec inflammation digestive chronique, elle demandait une nouvelle expertise afin de constater l'incapacité de travail de 100 %, ceci sans compter le retentissement psychologique en cours d'évaluation.

Par décision du 7 février 2022, l'OAI a accordé à l'assuré un quart de rente à partir du 1^{er} mars 2022.

Questionnée par l'OAI sur le nouveau rapport de la Dre W._____, la Dre Z._____ a affirmé, par courriel du 21 février 2022, qu'il s'agissait d'une nouvelle pathologie et que le médecin traitant n'apportait aucun élément médical, pour attester une répercussion de

cette pathologie sur la capacité de travail (avis rhumatologue, limitations fonctionnelles, etc.). La pathologie étant postérieure à la demande précédente, elle maintenait son avis en ajoutant que toute aggravation devrait faire l'objet d'une nouvelle demande, en faisant préciser par le médecin traitant depuis quand il y avait aggravation.

Le 25 février 2022, l'OAI a expliqué à l'assuré que les nouveaux éléments médicaux faisaient apparaître nouvelle pathologie. De ce fait, si l'assuré souhaitait un réexamen, il devait déposer une nouvelle demande.

Le 22 mars 2022, l'OAI a rendu une décision octroyant à l'assuré un quart de rente pour la période du 1^{er} septembre 2021 au 28 février 2022.

C. L'assuré a déposé une nouvelle demande de droit à des mesures professionnelles et à une rente le 14 mars 2022 auprès de l'OAI, invoquant une spondylarthropathie ankylosante depuis 2022.

Dans son rapport du 25 mars 2022, la Dre W. _____ a indiqué l'existence d'une rigidité lombaire impressionnante constatée par le Dr H. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, tant antérieure que latérale avec perte de l'amplitude thoracique. Etaient également apparues des douleurs au niveau de la colonne mal calmées par les antalgiques nécessitant un avis rhumatologique. La praticienne estimait le taux d'incapacité de l'assuré à 100 %, en posant les limitations fonctionnelles suivantes : importante restriction de sa capacité de demeurer dans des positions statiques et à porter des charges de plus de 5 kg avec baisse de rendement liée à son rhumatisme.

Le 12 mai 2022, l'assuré a subi une opération de la vésicule biliaire et a été en incapacité totale de travail pour un peu plus d'un mois.

Par rapport du 23 mai 2022 concernant la révision du droit à la rente, la Dre W. _____ a soutenu que le taux de capacité de travail de l'assuré était nul tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Dans le cadre de l'instruction de cette révision, un rapport du 1^{er} février 2022 du Dr H. _____ a été produit. Il ressort notamment de ce dernier que l'assuré souffrait d'une très probable spondylarthrite ankylosante HLA-B27 selon critères ASAS 2009 (HLA-B27 positif, sacro-illite sur un CT-scan, uvéite à répétition, possible maladie inflammatoire digestive) dans le cadre de rachialgies mixtes à la fois mécaniques et inflammatoires évoluant de longue date (dans le cadre de troubles statiques congénitaux sous forme d'une hypercyphose dorsale) ainsi que d'un status après infarctus du myocarde en 2013 traité par implantation de stent sur l'IVA avec implantation d'un défibrillateur en 2019 sous anticoagulation à vie. Dans le contexte d'uvéite et de troubles digestifs mal systématisés récents, l'assuré avait fait part d'une intensification de ses rachialgies habituelles avec des douleurs également présentes la nuit, accompagnées d'une raideur matinale transitoire. L'assuré présentait clairement une importante restriction de sa capacité de demeurer dans des positions statiques et à porter des charges de plus de 5 kg avec également une baisse de rendement liée à son rhumatisme inflammatoire. Selon ce médecin, il était judicieux que l'OAI convoque l'assuré pour une expertise compte tenu également de ses problèmes cardiaques significatifs.

Dans son avis du 19 juillet 2022, la Dre Z. _____ a retenu, sur la base du rapport précité, un probable diagnostic d'une spondylarthrite ankylosante entraînant des uvéites dans le passé et une iléite en 2014, ainsi que des troubles statiques du rachis connus depuis l'enfance. Ces pathologies existaient de longue date et n'avaient pas empêché l'assuré de travailler dans le passé. Les limitations fonctionnelles retenues correspondaient à une activité physique avec le port de charges lourdes. Ces limitations fonctionnelles existaient déjà dans le cadre de l'atteinte cardiologique et justifiaient une capacité de travail dans une activité

adaptée de 50 %. Cette praticienne notait que l'assuré ne s'était pas présenté à une consultation ultérieure en rhumatologie et ne disposait pas de traitement à visée rhumatologique. Le rhumatologue ne se prononçait d'ailleurs pas sur la capacité de travail, mais demandait une expertise. Le médecin traitant attestait une incapacité de travail totale, mais sans limitations fonctionnelles justifiant une capacité de travail nulle et dans toute activité. Elle proposait notamment de réinterroger le médecin traitant afin de connaître l'évolution de l'état de santé.

Le 19 juillet 2022, l'assuré a indiqué ne pas être suivi par un psychiatre (cf. questionnaire du 19 juillet 2022).

Interrogée par l'OAI, la Dre W. _____ a confirmé une capacité de travail nulle dans une activité adaptée et toujours les mêmes limitations fonctionnelles (cf. rapport du 10 septembre 2022). A cette occasion, elle a transmis un rapport du 7 juin 2022 du Dr T. _____, spécialiste en chirurgie, lequel faisait état d'une cholécystectomie par laparoscopie et tentative de cholangiographie le 12 mai 2022 pour cholécystolithiase symptomatique (microlithiases) avec probable épisode de migration de calcul avec US [ultrason] abdomen du 25 janvier 2022 (microlithiases et sludge biliaire non compliqués). Les suites opératoires étaient tout à fait favorables et l'assuré était très satisfait de l'évolution et de la prise en charge. L'examen anatomo-pathologique avait confirmé une cholécystite chronique lithiasique sans autre anomalie. L'assuré pouvait vivre normalement sans restriction spécifique à la suite de la cholécystectomie. Le médecin traitant a également transmis un rapport du 28 juin 2022 de la Dre X. _____, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale, laquelle avait vu l'assuré pour un contrôle de son défibrillateur monocaméral qui était correct.

Le 20 septembre 2022, le Dr T. _____ a indiqué à l'OAI que du point de vue chirurgical viscéral, après la cholécystectomie réalisée le 12 mai 2022, l'assuré était guéri. Il n'avait aucun traitement ciblé et aucune limitation fonctionnelle d'ordre médical liée à cette cholécystectomie. L'intervention chirurgicale de cholécystectomie n'avait

aucun impact sur la situation générale de l'assuré et son état était inchangé par rapport au préopérateur.

Par avis médical du 18 octobre 2022, la Dre Z._____ a retenu qu'en dehors de l'atteinte cardiologique qui restait stable, elle ne constatait pas une nouvelle atteinte à la santé durable justifiant un traitement au long cours que ce soit au plan rhumatologique, digestif et psychique. Il n'y avait dès lors pas de raison de modifier sa position, maintenant ses conclusions du 28 juin 2021.

Par projet de décision du 19 janvier 2023, l'OAI a informé l'assuré de son refus d'augmenter la rente d'invalidité.

L'assuré a contesté ce projet par courriel du 14 février 2023.

Dans son rapport du 14 mars 2023, la Dre W._____ a derechef confirmé que la capacité de travail de l'assuré était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée depuis janvier 2022 en raison du volet cardiaque (fragilité), de la spondylarthropathie et de l'uvéite. Elle a joint à son avis médical un rapport du 1^{er} décembre 2022 du Dr F._____, lequel a observé que l'assuré présentait une dysfonction ventriculaire gauche très sévère au maximum à 20 % de fraction d'éjection, peut-être en discrète progression par rapport aux examens antérieurs. Cliniquement, l'assuré restait assez stable sans insuffisance cardiaque significative, même en présence d'une fatigabilité globale et d'une tolérance à l'effort limitée, lesquelles étaient certainement en relation avec l'ensemble de la situation hémodynamique très fragile. La Dre W._____ a également transmis un rapport du 9 janvier 2023 du Dr J._____ concernant les uvéites, et un rapport du 23 décembre 2022 du Dr H._____. Selon ce dernier rapport, l'assuré signalait avoir extrêmement bien répondu à des séances de physiothérapie et ne plus présenter de plainte ostéoarticulaire hormis les troubles liés à ses problèmes statiques sous forme d'une cyphose scoliosée (depuis son adolescence). En revanche, l'assuré a annoncé avoir présenté plusieurs épisodes d'uvéites. Du point de vue rhumatologique seul, il n'y

avait pas d'indication à lui prescrire une biothérapie. L'examen clinique révélait l'absence de syndrome rachidien avec des troubles statiques qui étaient identiques à ceux qui avaient été observés en janvier 2022. Le praticien notait que l'assuré n'avait pas d'atteinte articulaire périphérique (enthésites ou synovites). Du point de vue digestif, la situation était en cours de bilan chez la Dre P._____, spécialiste en gastroentérologie, selon les dires de l'assuré.

Par avis médical du 18 avril 2023, la Dre Z._____ a constaté qu'au plan cardiologique, le tableau clinique restait inchangé avec un dysfonctionnement ventriculaire sévère justifiant la pose d'un défibrillateur et une capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % depuis le rapport du 9 juin 2021 du Dr F._____. Au plan rhumatologique, elle relevait la présence d'une spondylarthrite HLA B27 +, sans syndrome rachidien, ni atteintes articulaires périphérique, sans indication d'un traitement par la biothérapie. L'assuré souffrait également d'épisodes d'uvéite sans atteinte de l'acuité visuelle à l'examen ophtalmologique, inactif et donc sans indication d'un traitement. Sur la base des derniers éléments médicaux au dossier, il n'y avait pas de nouvelle atteinte à la santé durable justifiant un traitement au long cours. Il n'y avait dès lors pas de raison de modifier sa position. En cas d'évolution défavorable, la situation devrait faire l'objet d'une nouvelle évaluation.

Par décision du 2 mai 2023, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré.

D. Par courrier du 24 mai 2023, l'OAI a transmis les objections formulées par l'assuré par courriel du 23 mai 2023 à l'encontre de cette décision à la Cour de céans, comme un recours, objet de sa compétence. A l'appui de ses objections, l'assuré a notamment produit un rapport du 9 juin 2023 de la Dre W._____, laquelle explique que l'assuré présente une dysfonction ventriculaire gauche sévère séquellaire avec une fraction éjection autour des 15 %. Depuis peu, son état cardiaque s'était encore aggravé malgré un traitement optimum.: passage en tachycardie, hypotension, décompensation. Une consultation au L._____ (ci-après :

L._____) avait été programmée en été pour envisager une greffe cardiaque. S'ajoutait à ce tableau une maladie articulaire inflammatoire avec des poussées inflammatoires oculaires suivie par le service ophtalmologique. Cette praticienne notait que le cardiologue jugeait l'assuré inapte à travailler. Toute situation de stress ou d'effort inapproprié pouvait le faire décompenser.

Dans le cadre de sa réponse du 21 septembre 2023, l'OAI a transmis les pièces produites par l'assuré au SMR, lequel s'est prononcé le 17 août 2023 et constaté que la Dre W._____, soulignait encore une fois l'atteinte articulaire inflammatoire et l'atteinte ophtalmologique associée. Or, le SMR avait interrogé aussi bien le rhumatologue que l'ophtalmologue concernant les deux atteintes et un tableau clinique calme et stable avait été retenu ne justifiant pas un traitement médicamenteux. Pour ce qui était de l'atteinte cardiologique, le Dr F._____, dans son rapport du 1^{er} décembre 2022, exposait un état stable depuis la pose du défibrillateur, d'une absence de symptômes en lien avec une insuffisance cardiaque, la fraction d'éjection était évaluée à 20 %. Dans son avis du 28 juin 2021, le SMR avait retenu une capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % sur l'évaluation clinique du cardiologue. L'état clinique étant inchangé jusqu'à la fin 2022 sur le plan cardiologique, le SMR avait maintenu ses conclusions. Néanmoins, en présence d'une évolution cardiologique défavorable (fraction d'éjection inférieure à 15 %) et de l'inscription sur la liste pour une greffe cardiaque, l'OAI a proposé d'interroger le Dr F._____ pour documenter l'évolution de la situation médicale depuis le 1^{er} décembre 2022. Il pourrait ensuite examiner si la décision du 2 mai 2023 devait ou non être maintenue.

Invité par la juge instructrice à se déterminer sur l'état de santé du recourant, le Dr F._____ a, par rapport du 4 octobre 2023, retenu que l'évolution du recourant avait été caractérisée au printemps par une aggravation de son intolérance à l'effort qui avait conduit à une hospitalisation de courte durée en juillet afin d'évaluer la possibilité de mise en liste pour une greffe cardiaque. Les différents examens avaient conduit à une surveillance clinique mais l'aggravation manifeste de sa

tolérance à l'effort avec une fraction d'éjection extrêmement basse rendait sa situation hémodynamiquement très instable. La fraction d'éjection était de 10-15 % par rapport aux 20 % précédents. Aucune activité professionnelle ne semblait envisageable dans ces conditions. Cette situation le conduisait à penser qu'une invalidité à 100 % devait être retenue depuis le mois d'avril en tout cas. A cette occasion, ce praticien a joint un rapport du 17 juillet 2023 des Drs G._____, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale, et C._____, spécialiste en médecine interne générale, tous deux médecins auprès du L._____, lesquels indiquaient que le recourant présentait une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection sévèrement réduite, avec certains paramètres inquiétants tels que l'asthénie en progression malgré une dyspnée NYHA 2, le NT-proBNP élevé à 2500 ng/l, ainsi que la dilatation sévère et la fraction d'éjection massivement réduite à échocardiographie. Le récent épisode infectieux léger menant à une décompensation cardiaque était également marqueur de fragilité. A la lumière du bilan, ainsi que de l'âge du recourant, un projet de greffe cardiaque semblait inévitable.

Après avoir pris connaissance de ce nouvel élément, l'intimé s'est déterminé le 26 octobre 2023 et a soumis le dossier au SMR, lequel a rendu son avis le 16 octobre 2023. En se fondant sur le rapport du 4 octobre 2023 du Dr F._____, le SMR n'avait pas de raison médicale pour s'écarter de l'évaluation du cardiologue, qui était concordante également avec les bilans réalisés par le L._____ le 17 juillet 2023. En l'occurrence, l'assuré présentait une aggravation au plan cardiologique, avec une diminution de la FEVG, une asthénie marquée du fait de l'atteinte cardiologique et un passage de la dyspnée d'un stade NYHA I au NYHA II, ainsi qu'une inscription sur la liste de greffe cardiaque. L'ensemble de ces éléments médicaux justifiaient une aggravation depuis le 1^{er} avril 2023 d'une façon durable et tant qu'une greffe cardiaque n'était pas effective. Il ressort de cet avis qu'une incapacité de travail totale dans toute activité doit être admise dès le 1^{er} avril 2023. L'augmentation du degré de rente ne pouvant se faire que trois mois après la date de l'aggravation de la situation sur le plan cardiaque,

l'intimé proposait le rejet du recours et la confirmation de la décision du 2 mai 2023, par laquelle il avait refusé d'augmenter le quart de rente, en cours depuis le 1^{er} septembre 2021. Cette décision se justifiait au moment où elle avait été prise.

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, le recours a été déposé en temps utile compte tenu du principe d'observation du délai en cas de saisine d'une autorité incompétente (art. 39 al. 2 cum 60 al. 1 et 2 LPGA). Le recours a été présenté devant le tribunal compétent, après transmission par l'intimé (art. 30 LPGA et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est péjoré au point de modifier son droit à la rente depuis la décision du 7 février 2022 lui octroyant un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2022.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au

1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

En l'occurrence, la péjoration de l'état de santé du recourant ayant duré au moins trois mois au sens de l'art. 88a al. 2 RAI est postérieure au 1^{er} janvier 2022, de sorte que ce sont les dispositions de la LAI, du RAI et de la LPGA en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui s'appliquent.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

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). 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) 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, réduite ou encore supprimée lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (art. 17 al. 1 LPGA). 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. 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

c) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, 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) Pour 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. a) En l'occurrence, l'intimé a, par décision du 7 février 2022, alloué au recourant un quart de rente dès le 1^{er} mars 2022, étant précisé que le recourant s'est également vu alloué un quart de rente pour la période du 1^{er} septembre 2021 au 28 février 2022 (cf. décision du 22 mars 2022), fondée sur un taux d'invalidité de 47 %. Pour ce faire, l'intimé s'est basé sur les rapports du Dr F._____.

b) Lors de l'instruction de la demande de révision, le SMR a notamment forgé son avis sur les rapports des 9 juin 2021 et 1^{er} décembre 2022 du Dr F._____ pour constater que sur le plan cardiologique le tableau clinique du recourant restait inchangé.

Dans le cadre de la présente procédure, l'intimé a cependant proposé d'interroger le cardiologue afin de documenter l'évolution de la situation médicale depuis le 1^{er} décembre 2022 et a indiqué qu'il « pourrait ensuite examiner si la décision du 2 mai 2023 devait ou non être maintenue » (cf. réponse du 21 septembre 2023).

Or, il faut constater que le rapport du 4 octobre 2023 du Dr F._____ met en avant une aggravation de l'état de santé du recourant concernant notamment sa tolérance à l'effort avec une fraction d'éjection extrêmement basse (de 10-15 % par rapport aux 20 % précédents), ce qui rend la situation hémodynamique très instable. Le Dr F._____ a ainsi estimé la capacité de travail du recourant comme nulle, une invalidité à 100 % devant être retenue depuis avril 2023. Son avis est corroboré par le rapport du 17 juillet 2023 des Drs G._____ et C._____, lesquels font notamment état qu'à la lumière du bilan, ainsi que de l'âge du recourant, un projet de greffe cardiaque semble inévitable.

À la suite de ces nouveaux documents médicaux, le SMR a retenu une aggravation depuis le 1^{er} avril 2023 avec une incapacité totale de travail dès cette date (cf. avis du 16 octobre 2023). Néanmoins, l'intimé a estimé que l'augmentation du degré de la rente ne pouvait se faire que trois mois après la date de l'aggravation de la situation cardiaque

(art. 88a al. 2 RAI), proposant le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée car cette décision se justifiait au moment où elle avait été prise.

A ce stade, il sied de relever qu'une aggravation a été rendue vraisemblable dès avril 2023, soit avant que la décision ne soit rendue. Cette péjoration aboutit au constat d'une incapacité de travail totale en toute activité dès le 1^{er} avril 2023. Il importe peu que la décision ait été rendue avant l'échéance du délai de trois mois permettant de confirmer la durabilité de la péjoration dès lors qu'il y a lieu de constater qu'il s'agit effectivement d'une aggravation durable et que l'intimé aurait dû constater l'existence de cette péjoration qui s'annonçait comme vraisemblablement durable et attendre l'échéance de ce délai avant de rendre sa décision s'il avait pris la mesure de cette aggravation avant le 2 mai 2023. Le fait que les arguments médicaux n'aient été présentés qu'après la décision ne permet pas de conclure différemment. On rappelle que les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse doivent être prises en compte. L'intimé l'avait d'ailleurs admis lorsqu'il a indiqué, dans sa réponse, qu'il examinerait si la décision du 2 mai 2023 devait ou non être maintenue à la suite de la réactualisation du dossier médical sur le plan cardiologique. Dès lors que l'existence d'une incapacité de travail totale et durable est admise dès le 1^{er} avril 2023, il y a lieu de se prononcer sur ses conséquences, quand bien même l'échéance du délai de trois mois pour constater la durabilité de la péjoration est échu après la décision attaquée.

c) Vu ce qui précède, il y a lieu de retenir qu'une aggravation de l'état de santé du recourant, propre à modifier son taux d'invalidité établi dans la décision du 7 février 2022, s'est produit depuis le 1^{er} avril 2023, ce qui ouvre le droit à une rente entière dès le 1^{er} juillet 2023 (art. 88a al. 2 RAI).

6. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2023.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige, étant précisé que l'intimé a eu connaissance des pièces médicales pertinentes après avoir rendu sa décision et qu'il lui était loisible de procéder par voie de reconsidération dans le délai de réponse, ce qu'il n'a pas fait.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 2 mai 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que R._____ a droit à une rente entière à partir du 1^{er} juillet 2023.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six 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 :

- 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 :