

## VD\_FINDINFO AI 184/12 - 68/2015 vom 11. März 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-03-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_184\\_12\\_-\\_68\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_184_12_-_68_2015)

FR: VD\_FINDINFO AI 184/12 - 68/2015 du 11 mars 2015

IT: VD\_FINDINFO AI 184/12 - 68/2015 del 11 marzo 2015

### Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 17 al. 1 LAI, 29 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA, 88a al. 1 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 11.03.2015 AI 184/12 - 68/2015

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 17 al. 1 LAI, 29 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA, 88a al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 184/12 - 68/2015 ZD12.034081 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 11 mars 2015 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Röthenbacher ,  
présidente Mme Dessaux, juge, et M. Bonard, juge assesseur Greffier : M. Cloux  
\*\*\*\*\* Cause pendante entre : H. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Stefano  
Fabbro, avocat à Lausanne et Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud , à  
Vevey, intimé \_\_\_\_\_ Art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1, 17 al. 1 et 29 al. 1 LAI ;  
art. 88a al. 1 RAI E n f a i t : A. H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en  
1960, a déposé le 12 septembre 2002 une demande de prestations auprès de l'Office de  
l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), requérant l'octroi d'une  
rente après un infarctus et une opération en août 2001. L'assuré était directeur et vendeur de  
la société [...] SA, pour laquelle il dispose seul du pouvoir de représentation par signature  
individuelle. Dans un rapport du 9 décembre 2002, la Dresse I. \_\_\_\_\_, médecin  
praticienne, a posé le diagnostic de status post 4 vascularisations coronariennes et de  
syndrome anxio-dépressif réactionnel, relevant une incapacité de travail de 25 % depuis le 1  
er mai 2002. Elle y a joint un rapport établi le 28 novembre 2002 par le Dr Z. \_\_\_\_\_,  
spécialiste en neurologie, selon lequel l'assuré ne présentait pas d'affection neurologique  
significative mais était visiblement anxieux, tendu et épuisé. Dans un rapport du 15 juillet  
2003, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de  
troubles de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive chez une personnalité  
émotionnellement labile, type borderline et narcissique. Selon ce praticien, ces troubles sont  
apparus au grand jour au début de l'été 2002. L'incapacité de travail a été totale du 7 août  
2001 au 31 janvier 2002, nulle du 1 er février 2002 au 30 avril 2002, de 25 % du 1 er mai au  
30 juin 2002 et de 50 % dès le 1 er juillet 2002. Dans un rapport du 8 mars 2004, le  
Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale, n'a posé aucun  
diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Comme diagnostics sans  
répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un status après quadruple revascularisation  
coronarienne chirurgicale le 29 août 2001, une absence d'ischémie de stress résiduelle selon  
échocardiographie sous Dobbutamine de juillet 2002, un ancien tabagisme chronique et une  
hypercholestérolémie traitée. Selon lui, l'activité exercée jusqu'alors pouvait l'être avec une

diminution de rendement en raison d'un état de fatigue chronique et d'un probable état anxieux dépressif sous-jacent. Dans un courrier du 12 mai 2004, la Dresse I. \_\_\_\_\_ écrit à l'OAI que depuis quelques mois, l'assuré se plaignait de douleurs dorsales sur le bord spinal de l'omoplate droite. Une consultation dans le service d'orthopédie du [...] avait montré une pseudarthrose de la sixième côte au niveau de son insertion à droite. Une intervention avait été écartée. L'assuré a été en incapacité de travail à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 2004. La médecin a joint un rapport du 25 mars 2004 établi par le Drs V. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) et Q. \_\_\_\_\_ (médecin-assistant), tous deux du service d'orthopédie du [...]. Selon ces derniers, il y avait une présomption de pseudarthrose de la sixième côte au niveau de son insertion à droite. Dans une expertise du 3 décembre 2004 à l'intention de l'assurance perte de gain, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a posé les diagnostics de cervico-dorso scapulalgies droites chroniques, d'état anxieux dépressif réactionnel à des problèmes de santé, de suspicion d'état de stress post-traumatique, de status après infarctus antéro-septal en août 2001 et revascularisation chirurgicale le 29 août 2001, d'obésité, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie traitées et lombalgies chroniques. Selon l'expert, en l'absence d'amélioration des douleurs et en raison d'un état anxio-dépressif réactionnel, la poursuite d'une incapacité de travail à 50 % était justifiée pour une période indéterminée. Dans un nouveau rapport du 24 août 2005, le Dr P. \_\_\_\_\_ a écrit que depuis le mois de juillet 2003, l'évolution clinique de l'assuré avait fait remarquer une amélioration globale du point de vue psychiatrique malgré la fragilité psychologique de base et une aggravation en ce qui concernait les cervico dorso-scapulalgies surtout à droite. Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail était de 25 % depuis le début de l'année 2005. Dans un rapport d'examen du 1<sup>er</sup> novembre 2005, le Dr B. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est prononcé sur la situation de l'assuré, concluant que l'assuré ne présentait ni n'avait présenté aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Par décision du 4 novembre 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. L'assuré, par l'intermédiaire de son précédent conseil, a formé opposition à cette décision le 8 décembre 2005. Le Dr B. \_\_\_\_\_ s'est à nouveau prononcé dans un avis médical du 4 septembre 2007, relevant que le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ ne mettait pas en évidence une cause organique expliquant le diagnostic de cervico-dorsoscapulalgies droites chroniques et qu'il a exclu le diagnostic de pseudarthrose de la sixième côte après des examens radiologiques. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a conclu que du point de vue somatique, il était difficile de justifier une incapacité de travail de 50 % dans une activité non physique de directeur commercial sur la base des atteintes objectives à la santé. Sur le plan psychiatrique, il était d'avis qu'aucune atteinte psychique ne justifiait une incapacité de travail de longue durée chez cet assuré. Il a relevé que le suivi psychiatrique avait pris fin le 13 octobre 2003 et que dans son rapport du 24 août 2005, le Dr P. \_\_\_\_\_ avait relevé une amélioration globale du point de vue psychiatrique. Compte tenu du peu d'éléments médicaux objectifs tant somatiques que psychiatriques et compte tenu des délais écoulés depuis les derniers rapports, le Dr B. \_\_\_\_\_ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par la [...]. L'assuré a séjourné à la [...] du 26 au 28 novembre 2007 et a été expertisé sur les plans psychiatrique (Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), cardiologique (Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale) et rhumatologique (Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale), l'expert principal étant le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Les

capacités fonctionnelles de l'assuré ont également été évaluées. Le rapport de la [...], établi le 10 décembre 2007, se termine comme suit : "(...) Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : § Cervico-dorsalgies sur troubles statiques et lésions de discopathies étagées (M 47.8). § Lombalgies communes (M 54.5). § Status après pontage coronarien pour infarctus en 2001 (Z 95.1). Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : § Aucun. APPRECIATION J'ai résumé ci-dessus le parcours professionnel de cet assuré. Depuis 10 ans, il est directeur d'une société d'importation de produits italiens. Son travail se répartit entre des activités administratives et des activités de représentation à l'extérieur. Actuellement et depuis plus de trois ans, une incapacité de travail de 50% lui est reconnue dans son travail. Sur le plan somatique, la situation actuelle de H.\_\_\_\_\_ peut être résumée de la façon suivante : Au premier plan de la clinique et de loin, l'assuré signale des cervico-dorsalgies, pénibles et épuisantes. Les constatations cliniques sont peu conclusives, ne montrant qu'une accentuation de la cyphose dorsale dans région supérieure, partiellement fixée. Sur le plan radiologique, les nombreuses investigations pratiquées, n'ont montré que quelques troubles dégénératifs d'ostéochondrose et de discopathies étagées. Il existe donc une discordance notable entre d'une part, l'importance du syndrome douloureux, et d'autre part la discrétion des constatations cliniques et radiologiques. H.\_\_\_\_\_ a eu un comportement tout à fait adéquat lors de l'examen, sans aucun signe de non-organicité. Les lombalgies sont tout à fait à l'arrière plan de la clinique, elles n'ont qu'un caractère occasionnel et peu gênant selon l'assuré. Il n'y a pas de document radiologique investiguant la région lombaire, nous n'avons pas jugé utile d'en faire dans cette situation. H.\_\_\_\_\_ s'est aussi très bien rétabli de son intervention cardiaque. Il n'a plus de douleur ou de signe parlant en faveur d'une coronaropathie. Ceci est confirmé par le rapport à l'AI du cardiologue traitant le Dr T.\_\_\_\_\_ et l'examen pratiqué par le Dr F.\_\_\_\_\_ dans le cadre de cette expertise. Aucune limitation n'est liée à la pathologie cardiaque, selon ces spécialistes. Lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles, l'examinateur a relevé un bon niveau de collaboration et un niveau de cohérence élevé. Dans le domaine rhumatologique, les constatations du Dr J.\_\_\_\_\_ recouvrent les miennes pour l'essentiel, ce confrère décrivant ainsi la situation de l'assuré : « L'examen physique porte essentiellement sur la douleur du haut du dos. La mesure des différents angles n'est pas reprise, ces éléments figurant dans votre dossier. On peut relever que H.\_\_\_\_\_ ne manifeste aucune douleur au cours de l'entretien qui dure 25 minutes et qu'il ne manifeste aucune épargne lorsqu'il se dévêt ou se meut. Il délace ses souliers, se déchausse et ôte ses chaussettes de sa hauteur. Il est massif, "sans profil", à part un abdomen un peu relâché. Le dos est plat avec une cyphose haute. Le cou est court avec une encolure large. La distance menton-sternum est nulle en flexion, de 17 cm en extension. Les latéroflexions cervicales sont à 20°, les rotations à 70°. Paradoxalement, les mouvements le soulagent. La force de préhension est identique à celle de l'examinateur. Les mouvements rachidiens globaux sont amples et harmonieux. La distance doigts-sol est de 15 cm pour un Schober qui passe de 10 à 14 cm et une distance de Ott qui passe de 30 à 32 cm. Il n'y a pas de comportement douloureux. Les signes de Waddell ne sont pas significatifs. Il n'y a pas de trouble de la dynamique thoracique. Lorsqu'il est en décubitus ventral, la palpation suscite une douleur très vive, même lorsqu'elle est légère, mais non segmentaire, allant de D1 à D6. L'examen des articulations périphériques est sans particularité. » Dans le domaine psychiatrique, le Dr G.\_\_\_\_\_ ne retient aucun diagnostic dans sa spécialité, écrivant : « Il s'agit d'un homme de 47 ans, faisant son âge, de présentation très soignée, vigile et orienté, sans troubles attentionnels ni mnésiques grossiers. L'assuré s'exprime dans un français sans

accent. Du point de vue thymique, l'humeur globale est maintenue et se module bien durant l'entretien, selon les sujets évoqués. Il n'y a actuellement pas de signes spécifiques d'un état dépressif en particulier pas d'altération thymique notoire, pas de ralentissement, d'agitation psychomotrice ou d'adynamie majeurs. Il n'y a pas non plus d'altération comportementale ni d'idéation morbide. Il n'y a pas d'éléments orientant vers un trouble anxieux spécifique ou un trouble psychotique. Concernant la personnalité, quelques traits narcissiques sont perceptibles, partiellement reconnus par le patient se décrivant comme de caractère orgueilleux. » Sur le plan thérapeutique, tout semble avoir été tenté pour soulager l'assuré, sans grand succès. J'ai discuté longuement avec H. \_\_\_\_\_, lui disant ce que lui avaient dit tous les médecins qu'il avait vus auparavant, à savoir qu'il n'avait aucune pathologie grave pouvant expliquer ses douleurs. Je lui ai conseillé de commencer une gymnastique douce en piscine et à sec, sous contrôle physiothérapeutique, l'origine des douleurs étant à rechercher très certainement au niveau musculaire. Sur le plan professionnel, en l'absence d'affection psychiatrique, les seules limitations concernent la sphère somatique et notre appréciation est la suivante : § Dans les activités habituelles de directeur d'entreprise, on peut dire que le travail administratif peut être exécuté sans aucune limite. Pour les activités de représentant, la conduite prolongée d'un véhicule est certainement difficile, et le « rendement » est diminué, mais de façon non chiffrable. § Dans une activité adaptée, sans attitude posturale prolongée, sans travaux lourds et sans port de charges au-delà de 10 kilos, une capacité de travail entière est médicalement exigible. REPONSES AUX QUESTIONS DE L'ASSURANCE AI A. Questions cliniques 1. Anamnèse : Cf. plus haut. 2. Plaintes et données subjectives de l'assuré : Cf. plus haut. 3. Status clinique : Cf. plus haut. 4. Diagnostics : Cf. plus haut. 5. Appréciation du cas et pronostic : Cf. plus haut. B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés au plan physique, au plan psychique et mental, au plan social Les limitations physiques ont été décrites, il n'y pas de limitation dans le domaine psychique. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici On peut répondre globalement aux questions 2.1-2.6, en disant qu'il n'y a pas actuellement d'incapacité de travail dans les activités habituelles, sauf une diminution non chiffrable du « rendement » dans les activités de représentant, pour la conduite prolongée d'un véhicule automobile. L'intervention cardiaque et l'état dépressif, antérieurement reconnu, ont entraîné des arrêts de travail, qui ont été estimés à l'époque, par les médecins traitants. [...] 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Non. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Non. L'activité actuellement exercée est compatible avec la situation médicale de l'assuré. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Sans objet. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ? Oui, sur le plan médico-théorique, dans toutes les activités respectant les limitations précisées ci-dessus." Le Dr B. \_\_\_\_\_ s'est prononcé dans un avis médical du 11 janvier 2008, remarquant qu'aucune incapacité de travail n'avait été retenue par les experts rhumatologue, psychiatre et cardiologue. Seul l'expert principal avait retenu comme limitation fonctionnelle la conduite prolongée d'un véhicule automobile. Selon le Dr B. \_\_\_\_\_, cette diminution devait rester inférieure à 20 % de l'activité globale. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle ni de diminution de la capacité de travail dans l'activité administrative de même que dans toute autre activité ne comportant pas de longs déplacements en véhicule automobile. Une enquête économique pour les indépendants a été effectuée. L'enquêteur a rendu son rapport le 10 juillet 2008, indiquant que pour une

première période comprise entre le 7 août 2001 et le 30 juin 2004, le préjudice économique subi par l'assuré s'élevait à 25 %. En raison d'une péjoration de son état de santé à partir du 1<sup>er</sup> mai 2004, impliquant – selon le médecin traitant – une incapacité de travail de 50 %, l'enquêteur a abouti à un taux d'invalidité économique de 59 % (revenu sans invalidité de 113'033 fr. brut (valeur 2007), soit 104'924 fr. valeur 2001, indexé; revenu avec invalidité de 46'144 fr. brut, savoir le salaire et le bénéfice d'exploitation, sous déduction de la perte et des allocations pour perte de gain). L'enquêteur a conclu, au vu des éléments récoltés lors de son enquête, que ce taux d'invalidité économique lui semblait correspondre à la réalité et que le manque à gagner est très probablement lié aux atteintes à la santé de l'assuré. Comme le SMR reconnaissait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, l'enquêteur s'est posé la question d'un reclassement professionnel. Il a remarqué que l'assuré est actif depuis vingt-cinq ans dans le commerce et qu'il était indépendant depuis plus de dix ans. Son entreprise actuelle semblait saine et occupait sept personnes en plus de l'assuré, notamment son fils de dix-neuf ans qui venait intégrer la société et qui était en train de se former pour en reprendre la direction d'ici quelques années. L'enquêteur a aussi relevé que l'assuré, actif à environ 50 % dans la société qui lui appartenait, réalisait tout de même un revenu relativement important et qu'il n'était dès absolument pas certain qu'il puisse améliorer sa capacité de gain en renonçant à son activité indépendante et en reprenant une activité salariée adaptée à sa problématique. L'enquêteur était ainsi d'avis que la poursuite de l'activité habituelle correspondait à la meilleure mise en valeur de la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Dans un avis du 4 décembre 2008, le Dr B. \_\_\_\_\_ a estimé que l'expertise de la [...] était neutre, complète et convaincante. Il a relevé que le Dr D. \_\_\_\_\_ avait admis une incapacité de travail de 50 % sur la base des douleurs malgré l'absence de substrat organique identifié, ainsi que d'autres diagnostics ne justifiant aucune incapacité de travail. La seule limitation fonctionnelle dans l'activité habituelle de l'assuré (conduite prolongée d'un véhicule) déterminé par des experts de la [...] résultait de troubles statiques cervico-dorsaux et de discopathies étagées. Cette limitation devait être admise depuis l'apparition des troubles au printemps 2004 mais elle ne justifiait aucune incapacité de travail mais uniquement une diminution de rendement ne pouvant en aucun cas expliquer un préjudice économique de 59 %. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a constaté que les remarques de l'enquêteur n'étaient que la transcription des plaintes et des limitations subjectives de l'assuré, alors que les experts s'étaient clairement prononcés sur les atteintes médicales et leurs répercussions objectives. Il a renvoyé à leur rapport, estimant qu'il fallait retenir les limitations fonctionnelles décrites par les experts et rappelant que celles-ci étaient compatibles avec une exigibilité pleine et entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Sur le plan cardiaque, le Dr B. \_\_\_\_\_ a exposé que l'intervention chirurgicale du 28 août 2001 avait justifié une incapacité de travail totale dans toute activité pour une durée d'au maximum six mois, motivée par la convalescence après une thoracotomie. Compte tenu de l'évolution favorable et d'une activité habituelle comportant peu de contraintes physiques, une pleine capacité de travail était médicalement exigible dans l'activité habituelle passée ce délai. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail médicalement justifiée. Aucun des symptômes définis par le Dr P. \_\_\_\_\_ n'était suffisamment grave pour justifier un diagnostic plus spécifique que celui de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive et de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline et narcissique. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a constaté qu'un traitement antidépresseur n'avait été effectif que durant quelques semaines en 2002. Compte tenu du peu de gravité de cette affection, celle-ci ne justifiait pas une

incapacité de travail de longue durée au sens de l'assurance-invalidité. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a encore relevé que le trouble de la personnalité avait été formellement écarté par l'expert psychiatre de la [...] et qu'il n'y a donc jamais eu de motif psychiatrique à une incapacité de travail de longue durée. Par décision du 27 janvier 2009 l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Il a constaté que le rapport des experts de la [...] remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document. Selon l'OAI, les positions de la Dresse I. \_\_\_\_\_ et du Dr P. \_\_\_\_\_ ne remettaient pas en cause l'appréciation des experts, la première s'étant prononcée de manière plus succincte et moins étayée que les experts. L'office s'est également fondé sur l'avis médical du SMR du 4 septembre 2007 pour écarter l'appréciation du Dr P. \_\_\_\_\_. Il a en outre relevé que le Dr D. \_\_\_\_\_ avait tenu compte de l'état psychique de l'assuré dans l'évaluation de la capacité de travail de celui-ci alors qu'il n'était pas psychiatre. L'OAI a par ailleurs remarqué que le rapport de ce praticien était fondé sur les plaintes de l'assuré et ne permettait pas de comprendre les raisons pour lesquelles il conviendrait de s'écarter de l'avis des spécialistes qui se s'étaient prononcés. Il a dès lors estimé qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions émises par les médecins-experts de la [...]. Il ajoutait que l'enquête économique pour les indépendants du 10 juillet 2008 faisait ressortir un revenu sans invalidité de 108'951 fr. et un revenu d'invalidité de 79'958 francs en 2004. Dès lors, le taux d'invalidité était de 26.60 %, arrondi à 27 %. Par courrier de son précédent conseil du 16 février 2009, l'assuré a pris acte de la décision sur opposition du 27 janvier 2009 et annoncé qu'il ne ferait probablement pas recours. Il a exposé que sa situation s'était dégradée sur le plan cardiaque et qu'une nouvelle opération aurait lieu. Il a joint une attestation du Dr T. \_\_\_\_\_ du 26 janvier 2009, selon laquelle il se trouvait en arrêt de travail à 100 % dès le 19 janvier 2009 pour une durée indéterminée. Il a expliqué que sa situation médicale, en l'occurrence coronarienne, s'était modifiée, qu'elle avait nécessité des examens complémentaires et qu'il devrait encore faire l'objet d'investigations supplémentaires avant qu'une nouvelle intervention coronarienne serait ensuite pratiquée. L'assuré a séjourné au centre de réadaptation cardio-vasculaire de la clinique de [...] du 12 février au 6 mars 2009. Dans un rapport du 17 mars 2009, les Drs L. \_\_\_\_\_ (spécialiste en cardiologie et en médecine interne; médecin responsable) et R. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne générale) ont exposé ce qui suit : "(...) Diagnostics - Angioplastie avec implantation de 3 stents actifs dans l'IVP et d'un stent actif dans la RVP (Cypher Select Plus) compliquée d'une dissection proximale de la CD traitée par implantation de deux stents actifs Endeavor le 10.02.09. - Quadruple revascularisation coronarienne à coeur battant en 2001 (AMIG sur IVA, veineux sur diagonale, marginale et RVP) après infarctus antéro-apical. - Occlusion distale du pont mammaire gauche desservant l'IVA et occlusion du pont veineux desservant la RVP avec bonne perméabilité des ponts veineux desservant la diagonale et la marginale gauches. - Démonstration d'une ischémie de stress inférieure avec recrutement antéroseptal proximal normal (avant angioplastie du 10.02.2009). - Akinésie antéro-apicale avec FE de 40 à 45 %. (...) DISCUSSION ET EVOLUTION H. \_\_\_\_\_ a participé à notre programme de réadaptation cardio-vasculaire en groupe (groupe moyen puis intensif) comprenant un bilan cardiaque fonctionnel, une évaluation systématique des facteurs de risque cardio-vasculaire, des activités physiques variées (entraînement dynamique en endurance, exercices isométriques, gymnastique, jeux), des séances de relaxation et d'informations sur les maladies cardio-vasculaires et les facteurs de risque associés. Cet entraînement a été bien suivi sans apparition de signes d'insuffisance cardiaque, d'arythmie ou d'angor. La capacité fonctionnelle s'est bien améliorée comme

l'ont démontré les différents tests effectués, en particulier le test de marche de 6 min (+ 80 m). A l'entrée, le patient avait encore une faible consommation de tabac. Il a bénéficié d'une consultation de tabacologie. La date d'arrêt du tabac a été fixée au 24.02.09. Le patient avait spontanément repris un traitement de Champix auquel une substitution nicotinique, e encore été associée. Un suivi régulier est toutefois nécessaire afin de favoriser la consolidation du sevrage chez un patient présentant une très forte dépendance à la nicotine. Dès le début du séjour, le patient a présenté des troubles du sommeil très sévères, se manifestant par une impossibilité de s'endormir avant 4h du matin. Bien que le patient présentait déjà des troubles du sommeil pré-existants, il est possible que le sevrage tabagique ainsi que le traitement de Champix contribue à les aggraver. Après l'échec de divers traitements (Imovane, Dalmadorm, Stilnox), H.\_\_\_\_\_ semble répondre un peu mieux à une association de Relaxane et de Stilnox CR. Les troubles du sommeil devraient être toutefois réévalués après son retour à domicile. H.\_\_\_\_\_ présente également un stress socioprofessionnel important en étant en incapacité de travail de 50 % depuis 2004 alors qu'il est gérant d'une société. Il a bénéficié d'un soutien psychologique et a repris rendez-vous chez Dr P.\_\_\_\_\_ pour un suivi après sa sortie de [...]. Avec une alimentation adaptée et une activité physique régulière, H.\_\_\_\_\_ a perdu près de 2 kg malgré le sevrage du tabac. Il semble bien décidé à poursuivre une activité physique régulière après son retour à domicile. Le bilan lipidique à la sortie montre des valeurs de cholestérol basses, mais également un HDL diminué, sous traitement de 20 mg d'atorvastatine. Compte tenu de l'importance de la maladie coronarienne chez ce patient jeune, la posologie a été doublée à 40 mg/jour. Sous Aprovel et Meta Zerok, les valeurs tensionnelles sont toujours restées dans les limites de la norme." Dans une communication interne de l'OAI du 23 avril 2009, on peut lire ce qui suit : "Bien que l'assuré ne soit pas censé déposer une nouvelle demande alors qu'il a la possibilité de recourir, il apparaît que dans ce cas, un recours aurait été inutile vu la date à laquelle l'IT (réd. : incapacité de travail) de 100% a débuté. La question de l'application de l'article 29 al. 1 LAI se pose. En l'espèce, nous n'appliquerons pas cette disposition. Ceci serait contraire à l'esprit de cette disposition qui a pour but d'inciter l'assuré à déposer une demande AI le plus rapidement possible. Or ici, il y a déjà eu dépôt de demande. Par conséquent, merci d'écrire à l'assuré, avec copie au représentant, en lui demandant de remplir une nouvelle demande dans un délai d'un mois. Nous tiendrons cependant compte de la date du 16 février 2009, date du courrier nous annonçant une aggravation, comme date de nouvelle demande." Le 16 juin 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations invoquant l'infarctus de 2001, un très fort mal de dos depuis l'année 2004 et la pose de six stents au mois février 2009. Dans un rapport non daté mais enregistré auprès de l'OAI le 2 juillet 2009, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'angor stade III dès le 12 janvier 2009, relevant qu'il n'y avait plus d'angor dès le 10 février 2009. Selon ce praticien, l'incapacité de travail était totale du 19 janvier au 31 mars 2009 et était depuis lors de 50 % en raison d'une fatigue permanente. Le 22 décembre 2009, le Docteur W.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie/diabétologie et en médecine interne générale, a établi un rapport dans lequel il a posé les diagnostics de douleurs qualifiées d'extrêmement intenses paravertébrales, thoraciques D d'origine indéterminée, de maladie coronarienne évolutive nécessitant à nouveau la mise en place de 6 stents le 10 février 2009, de status post quadruple revascularisation coronarienne à cœur battant en 2001, de lipomatose et d'état dépressif. S'agissant des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, le médecin écrit qu'il existe un syndrome douloureux très intense latéro-thoracique droit chronique qui a

échappé à l'investigation ciblée sur le plan radiologique, rendant selon l'appréciation de l'assuré une capacité de travail limitée à 50 %. Il maintenait la capacité de travail à 50 % soit à la demi-journée, sujette à réévaluation par un médecin externe à la relation thérapeutique. Dans un rapport du 10 février 2010, le Dr P. \_\_\_\_\_ a écrit que du point de vue psychiatrique, la situation de l'assuré ne différait pas significativement de celle résumée dans son courrier du 24 août 2005. Pour ce praticien, il était évident que la pathologie somatique de l'assuré conditionnait ses limitations fonctionnelles et que la pathologie psychiatrique en découlait et l'aggravait sans être pour autant invalidante au sens de la loi sur l'invalidité. Tenant compte de l'aggravation des traits hypocondriaques et de l'apparition de traits phobiques d'angoisse, il a évalué l'incapacité de travailler à 30 % depuis janvier 2009. Il a encore exposé que lorsque l'assuré était sorti de la clinique de [...] au mois de mars 2009, il présentait un état dépressif pouvant justifier la reconnaissance d'une incapacité de travail autour de 50%. Toutefois ce taux d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique n'avait duré que quelques semaines, la symptomatologie anxieuse et dépressive s'étant rapidement améliorée. Dans une lettre à l'OAI du 8 mars 2010, le Dr W. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit : "(...) J'ai bien reçu votre lettre du 03.03.2010 et je m'empresse de vous répondre. Effectivement, les douleurs paravertébrales thoraciques D sont qualifiées par l'intéressé comme "extrêmement intenses". C'est toujours le même point douloureux qui est annoncé à chaque consultation. Lorsque j'ai fait la connaissance de H. \_\_\_\_\_, j'ai pratiqué des investigations, d'abord radiologiques simples puis à 2 reprises, à distance, une résonance magnétique nucléaire (à ciel ouvert : le patient étant claustrophobe). Nous avons pu trouver une petite lésion discopathique dans la région considérée à tel point que j'ai montré cette situation au Prof. [...] neurochirurgien qui n'a pas jugé utile de pratiquer une intervention chirurgicale, d'autant plus que la situation cardiologique est relativement instable. Je me suis par ailleurs posé la question s'il y avait une corrélation étiologique entre les lipomes multiples constatés et par ailleurs biopsiés et excisés et une lésion des tissus mous ayant échappé à la résonance magnétique nucléaire et faisant compression dans la région interdiscale. Voilà pourquoi je m'étais posé cette question étiologique. En soi la lipomatose documentée n'est pas une limitation fonctionnelle en tant que telle. Elle aurait pu l'être si un lipome pouvait comprimer un nerf paravertébral D dans la région dorsale. Actuellement j'ai renoncé à pratiquer de nouvelles investigations misant effectivement sur un trouble "prenant ses racines dans la sphère psychique" comme vous le suggérez au 2ème paragraphe de votre lettre du 03.03.2010. Il y a une réelle souffrance qui s'inscrit dans un état anxieux certainement massif corrélé par ailleurs à la problématique coronarienne qui était devenue extrêmement préoccupante et instable en début 2009. Précisons par ailleurs que H. \_\_\_\_\_ a été suivi par un psychiatre FMH. Je ne pense pas pour ma part que nous sommes en présence de ce qu'on a pu qualifier en son temps de "névrose de rente". » Dans un avis médical du 31 mars 2010, Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé qu'une expertise cardiologique devait être effectuée et confié au Dr F. \_\_\_\_\_, cardiologue à [...], qui avait participé à l'expertise effectuée par la [...]. Le rapport du 26 juillet 2010 du Dr F. \_\_\_\_\_ se clôt comme suit : "(...) 4. Diagnostics : 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? Aucun sur le plan cardiologique. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? Maladie coronarienne de trois vaisseaux depuis 2001. Status après infarctus antéro-septal le 7 août 2001. Status après implantation de trois stents actifs dans l'IVP (réd. : artère interventriculaire postérieure) et d'un stent actif dans la RVP (réd. : résistance vasculaire pulmonaire) (Cypher Select plus) compliquée d'une

dissection proximale de la CD traité par implantation de deux stents actifs Endeavor le 10 février 2009. Status après quadruple pontage aorto-coronarien le 29 août 2001. Occlusion distale du pont mammaire interne gauche desservant l'IVA (réd. : artère interventriculaire antérieure) et occlusion du pont veineux desservant la RVP avec bonne perméabilité des ponts veineux desservant la diagonale et la marginale gauche en février 2009.

Hypercholestérolémie. Tabagisme chronique. 5. Appréciation du cas et pronostic :

Initialement favorable, l'évolution de H. \_\_\_\_\_ depuis son infarctus du 7 août 2001 a été marquée, au mois de janvier 2009, par la réapparition d'un angor qui a conduit à la réalisation d'une coronarographie qui a mis en évidence une bonne perméabilité des pontages veineux desservant la diagonale et la marginale gauche mais la présence d'une occlusion distale du pont mammaire gauche desservant l'IVA et d'une occlusion du pont veineux desservant la RVP. Initialement, devant ces lésions, le Dr. T. \_\_\_\_\_ avait proposé au patient une reprise chirurgicale et l'avait adressé au Dr. [...] au [...]. Après revue des images angiographiques et réalisation d'une échocardiographie de stess, on a finalement décidé de procéder à un traitement par voie percutanée et, le 10 février 2009, H. \_\_\_\_\_ a bénéficié de l'implantation de trois stents actifs dans l'IVP et d'un stent actif dans la RVP. Il faut souligner le fait que cette procédure s'est compliquée d'une dissection proximale de la CD (réd : coronaire droite) qui a été traitée par l'implantation de deux stents actifs. Cette procédure a été mal vécue par le patient d'une part parce que la récurrence angineuse est survenue dans les semaines qui ont suivi un contrôle cardiologique qui n'avait pas mis en évidence d'anomalie, d'autre part parce que initialement on lui avait proposé un nouveau traitement chirurgical ce qui l'avait beaucoup angoissé et que, finalement, l'angioplastie s'est avérée difficile avec, initialement, une dissection proximale de l'artère coronaire droite. Depuis, il est donc désécurisé, craignant une récurrence. Objectivement, on doit cependant constater qu'il ne ressent pas d'angor, qu'il n'a pas de symptomatologie d'insuffisance cardiaque et, que l'ergométrie, qui est demeurée doublement négative pour une charge tout à fait satisfaisante de 175 watts (7.5 Mets) soutenue durant une trentaine de secondes ne met pas en évidence d'élément objectif faisant craindre l'existence d'une ischémie myocardique résiduelle. Echocardiographiquement, malgré la présence d'une zone d'akinésie antéro-apicale, la fraction d'éjection se situe par ailleurs à la limite inférieure de la norme. De ce fait, de mon point de vue, il n'y a pas lieu d'entreprendre d'autres investigations cardiologiques chez ce patient son traitement me paraissant par ailleurs parfaitement bien adapté. Par ailleurs, sur le plan purement cardiologique, dans une activité ne nécessitant pas d'efforts physiques lourds, il n'y a pas de limitation dans son cas.

B. Influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail dans l'activité habituelle

1. Limitations en relation avec les troubles constatés

Au plan physique : il n'y a actuellement pas de limitation due à l'affection cardiologique de H. \_\_\_\_\_. Au plan psychique et mental, il n'est pas dans mes attributions de me prononcer. On relèvera tout de même que ce patient demeure extrêmement anxieux vis à vis de sa maladie coronarienne qu'il ressent comme une épée de Damocles suspendue sur sa tête.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

- 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée (sic) jusqu'ici ? L'affection cardiologique dont souffre H. \_\_\_\_\_ n'a pas de répercussion sur l'activité professionnelle exercée jusqu'ici.
- 2.2 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure ? Sur le plan cardiologique l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible sans limitation.
- 2.3 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Actuellement, il n'y a pas d'incapacité de travail de 20% au moins sur le plan cardiologique.
- 2.4 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? -

2.5 Description précise de la capacité résiduelle de travail - 3. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? 3.1 Si oui par quelles mesures ? - 3.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? - C. Influence de l'atteinte à la santé sur la réadaptation professionnelle et la nécessité de changer de profession 1. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ? Oui si cela s'avère nécessaire pour des raisons non cardiaques. 1.1 Horaire de travail exigible : Pas de limitation sur le plan cardiaque. 2. De quelles limitations éventuelles doit-on tenir compte ? Pas de limitation sur le plan cardiaque. 3. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? D. Suggestions, remarques Je ne me prononce évidemment que sur l'aspect cardiologique du dossier médical de ce patient." Dans un avis médical du 15 septembre 2010, le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé qu'il n'y avait aucun élément objectif de la sphère somatique susceptible d'interférer dans l'exigibilité pleine et entière de la capacité de travail de la profession antérieure. Il a écrit qu'il fallait retenir une incapacité de travail totale du 19 janvier 2009 – date à laquelle l'assuré avait consulté son cardiologue – au 6 juin 2009, soit trois mois après sa sortie de la Clinique de [...] faisant suite au traitement de sa coronopathie. Dans un projet de décision du 23 novembre 2010, l'OAI a annoncé son intention de rejeter la demande au motif que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et que la reprise de l'activité habituelle à son taux habituel était possible dès le 6 juin 2009, soit avant l'échéance du délai d'une année prévue par l'article 28 LAI. Le 29 novembre 2010 l'assuré, désormais assisté de son conseil actuel, a présenté des objections à ce projet. Le Dr S. \_\_\_\_\_ s'est prononcé dans un avis médical du 31 janvier 2011, relevant que sur le plan cardiologique, l'investigation menée par le SMR avait été exhaustive et qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expert mandaté au cours de l'été 2010. S'agissant des problèmes rhumatologiques, il a remarqué qu'ils n'avaient pas été investigués par les médecins de l'assuré ni n'avaient été rapportés comme ayant une conséquence prépondérante sur la capacité de travail actuelle de l'assuré. Quant à l'état de santé psychologique de ce dernier, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué que selon le Dr P. \_\_\_\_\_, "ils ne sont pas source d'empêchements à l'intégration du monde de l'économie mais uniquement des facteurs d'aggravation des empêchements somatiques d'origine cardiaque". Le Dr S. \_\_\_\_\_ a par conséquent maintenu sa position, invoquant l'absence d'élément nouveau ou de péjoration de l'état de santé significative de l'assurée depuis la dernière décision. Par décision du 7 février 2011, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. Il a toutefois annulé cette décision le 21 février 2011, au motif qu'elle était prématurée. Dans un rapport du 16 mars 2011 adressé au Dr W. \_\_\_\_\_, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué ce qui suit : "(...) Les diagnostics suivants ont été retenus : § Dysesthésies récidivantes à prédominance matinale au membre supérieur droit. § Lésion du nerf cubital au coude probablement sur compression répétée. § Discopathie cervicale à prédominance C6-C7 avec sténose foraminale sur débord disco-ostéophyttaire. § Spondylose dorsale associée à des débords discaux D3-D4, D5-D6 et D6-D7. § Omo-dorso-cervicobrachialgies bilatérales à prédominance droite. § Status post opération d'un syndrome du tunnel carpien à droite en 2005 (...) Synthèse et conclusion Votre sympathique patient aux lourds antécédents cardiaques que j'ai déjà examiné en avril 2010 pour un problème omo-dorso-cervicobrachialgies bilatéral à prédominance droite, présente depuis plusieurs mois d'une manière régulière au réveil, un endormissement de son membre supérieur gauche qui parfois persiste durant la journée avec une perte subjective de force. L'examen neurologique ciblé aux deux membres supérieurs montre seulement une légère hypoesthésie cubitale à droite mais sans déficit de la force ou des réflexes. La

trophicité musculaire est parfaitement préservée. L'électroneurographie montre une amélioration des valeurs au niveau du nerf médian, par contre on constate en comparaison avec 2010 l'apparition d'un ralentissement de la vitesse de conduction sensitivomotrice au coude, probablement en relation avec des compressions répétées de ce nerf à cet endroit. J'ai proposé au patient de porter une coudière durant la journée et également porter un gilet l'empêchant de dormir sur le ventre. Car d'abord il dort soit sur ses mains, soit les mains en hyper-élévation et abduction déclenchant un fort effet de traction et de l'appui. En cas de persistance des symptômes, un examen d'oxymétrie nocturne voire une polysomnographie pourrait s'avérer utile." Dans un rapport du 12 juillet 2011, le Dr P. \_\_\_\_\_ a écrit que l'évolution du point de vue psychiatrique était favorable malgré la persistance de préoccupations par rapport aux affections cardio-circulatoires avec réapparition de réactions plus évidentes d'angoisse si les symptômes tels que la dyspnée ou la tachycardie apparaissaient, par exemple suite au fait d'avoir monté des escaliers pour éviter les ascenseurs. Selon ce praticien, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était de 70% du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 septembre 2010, puis totale dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010, précisant que le diagnostic était celui de trouble anxieux et dépressif mixte, fondamentalement lié aux retombées psychologiques de la pathologie cardio-circulatoire et algique de l'assuré. Le Dr S. \_\_\_\_\_ s'est déterminé dans un avis médical du 27 juillet 2011, retenant une incapacité de travail à 100 % du 19 janvier au 6 juin 2009 pour des raisons somatiques, puis de 30 % du 7 juin 2009 au 30 septembre 2010 pour des raisons psychiatriques, la capacité de travail étant entière depuis lors. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a établi un rapport le 20 décembre 2011 à l'intention de l'assurance perte de gain, posant le diagnostic de cervicobrachialgie sur protrusion discale paramédiane bilatérale existant depuis le mois d'avril 2011 et allant en s'intensifiant de la symptomatologie. Par le biais d'une enquête économique pour indépendant du 24 février 2012, le préjudice économique de l'assuré a été évalué à 29 %. L'enquêteur a pris comme base, pour le revenu sans invalidité, celui retenu dans l'enquête de juillet 2008, soit 104'924 fr., valeur 2001, indexé selon l'indice de l'année 2009, savoir 117'833 francs. Comme revenu avec invalidité, il a retenu le salaire ressortant des déclarations fiscales auquel il a rajouté le bénéfice d'exploitation (respectivement soustrait en cas de perte) et déduit les allocations pour perte de gain versées à la société. Sur cette base, le revenu invalidité en 2009 a été fixé à 83'598 francs. Par un rapport du 9 janvier 2012, le Dr T. \_\_\_\_\_ a informé le Dr W. \_\_\_\_\_ du fait que l'assuré se portait globalement bien. Dans un courrier du 11 avril 2012 au conseil de l'assuré, l'OAI a exposé que l'avis de l'expert F. \_\_\_\_\_ devait être préféré à celui du médecin traitant, et que le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 22 décembre 2009 ne modifiait pas sa position au plan somatique, ce médecin n'attestant d'aucune limitation objective en lien avec les douleurs thoraciques et la lipomatose. L'OAI a également relevé qu'à la suite du rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 10 février 2010, le SMR avait retenu une incapacité de travail de 30 % pour des raisons psychiques du 7 juin 2009 au 30 septembre 2010. Il a en outre considéré qu'il faut tenir compte des limitations fonctionnelles relevées par les experts de la [...] et engendrées par les atteintes rhumatologiques et a ainsi retenu une incapacité de travail totale du 19 janvier au 6 juin 2009 pour des raisons somatiques puis de 30 % du 7 juin 2009 au 30 septembre 2010 pour des raisons psychiques. Il a relevé que selon le service d'enquête économique, l'assuré avait subi un préjudice économique de 100 % du 19 janvier au 6 juin 2009 puis un préjudice de 29 % jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2010. En conséquence, l'OAI a établi un nouveau projet de décision le 12 avril 2012, annulant son précédent projet du 23 novembre 2010 pour les motifs suivants : "(...) Pour raisons de santé, vous présentez

une incapacité de travail sans interruption depuis le 19 janvier 2009. Au vu du préjudice économique résiduel de 27% qui vous a été reconnu en mai 2004, jusqu'à l'aggravation de votre état de santé en janvier 2009 et afin de déterminer la date d'ouverture du droit à la rente, il convient d'utiliser la méthode de l'invalidité moyenne. Compte tenu de 300 jours d'invalidité à 27% et de 65 jours à 100%, c'est au 24 mars 2008 que vous présentez une incapacité de travail moyenne de 40% au moins durant une année. C'est donc à cette date que doit être fixé le début du droit à la rente. Le degré d'invalidité moyen durant le délai d'attente étant de 40% seulement, seul le droit à un quart de rente peut vous être reconnu à l'échéance de ce délai. Conformément à l'art. 88a, al. 2, RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. En conséquence, le droit à la rente entière, basé sur un degré d'invalidité de 100% pourrait être ouvert depuis le 1<sup>er</sup> juin 2009. Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29, al. 1, LAI). Dès lors, le droit est ouvert dès le 1<sup>er</sup> août 2009. Votre état de santé s'étant amélioré, la reprise de votre activité habituelle est raisonnablement exigible depuis le 7 juin 2009, à un taux de 70%. Notre décision est par conséquent la suivante : Du 1<sup>er</sup> août 2009 au 30 septembre 2009, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé, le droit à la rente entière, basé sur un degré d'invalidité de 100% est ouvert." Le 7 mai 2012, le Dr W. \_\_\_\_\_ a écrit le rapport qui suit : "Le médecin soussigné, connaît H. \_\_\_\_\_ depuis le 29.05.2006 et a retenu les diagnostics suivants Ø Syndrome douloureux chronique sur protusion discale C4-C5, C5-C6. Ø Sténose foraminale sur débord disco-ostéophyttaire en C6-C7. Ø Spondylose dorsale associée à des débords discaux D3-D4, D5-D6 et D6-D7 Ø Status post AMIG (réd. : artère mammaire interne gauche) sur IVA, PAC (réd. : pontage aorto-coronarien) veineux sur diagonale en 2001 après infarctus antéro-apical Ø Status après occlusion du pont mammaire gauche desservant l'IVA. Ø Status post PTCA (réd. : dilatation par ballonnets et stenting; percutane transluminale coronaire angioplastie ) et 3 stents de l'IVP et PTCA et stent de la RVP compliquée d'une dissection proximale de la CD le 10.02.2009. Ø Hypertension artérielle traitée. Ø Dyslipidémie traitée. Ø Ancien tabagisme. Ø Troubles somatomorphes. Ø Etat anxieux chronique. Est-il besoin de rappeler qu'un événement cardiaque grave est survenu alors que H. \_\_\_\_\_ n'était âgé que de 41 ans Depuis il a été très régulièrement suivi sur le plan cardiologique, a stoppé son tabagisme et est très compliant dans la prise des médicaments dans une prévention coronarienne et cardio-vasculaire secondaire. A ce titre il faut souligner que tous les paramètres préventifs sont sous maîtrise, tant sur le plan tensionnel que sur le plan lipidique. L'intéressé annonce des douleurs qualifiées d'insupportables dans la région brachiale droite et dans la région paravertébrale dorsale droite. Ceci s'inscrit dans un contexte anxieux, sans signe de symptôme dépressif ni de trouble de la personnalité. Les investigations menées sur le plan neuroradiologique sont corroborées par une évaluation neurologique dont vous trouvez les conclusions ci-annexées. J'ai maintenu volontairement une incapacité de travail à 50% permettant à H. \_\_\_\_\_ de se ressourcer en cours de journée et donner plus d'espace à son anxiété sous-jacente. Celle-ci certainement colore significativement la symptomatologie algique qui se greffe sur les lésions objectives documentées par les différents examens neuroradiologiques. Précisons que les neurochirurgiens consultés à deux reprises refusent toute prise en charge neurochirurgicale ciblée dans les régions considérées. Par ailleurs il faut noter la présence

d'une lipomatose significative et on peut même se demander s'il n'y a pas un lipofibrome mal localisé, inaccessible à toute investigation neuroradiologique et qui pourrait aussi colorer la symptomatologie douloureuse. Le syndrome actuel a certainement été exacerbé par un événement coronarien aigu et critique en 2009 et en raison du status anatomique très préoccupant, il y avait à un moment donné menace vitale. Actuellement sur le plan coronarien la situation semble stabilisée et je me réfère en particulier à l'avis du Dr. T. \_\_\_\_\_ du 09.01.2012 qui résume la situation. En conclusion, les limitations seraient très relevantes si H. \_\_\_\_\_ était affecté à un travail physique, elles prennent une coloration différente dans une activité sédentaire de bureau ou de commerce. La limitation est plus d'ordre psychosomatique ou psychique, sans que l'on puisse, au sens psychiatrique de la définition évoquer une pathologie significative. En ce sens je ne partage que partiellement l'appréciation du Dr. P. \_\_\_\_\_ qui avait déjà été transmise au service médical de l'AI en date du 12.07.2011 (cf rapport annexé). En intégrant le phénomène anxieux sous-jacent, les séquelles significatives de la coronaropathie avec à 2 moments, soit en 2001 et en 2009 une menace vitale, les lésions neuroradiologiques avérées, il me paraît raisonnable pour le bon fonctionnement de H. \_\_\_\_\_ qu'une reconnaissance à moyen ou long terme d'invalidité à 50% lui soit reconnue en tenant compte de la médication classique (Aspirine cardio, Metozero, Sortis, et Aprovel) d'une prévention secondaire de la maladie coronarienne." L'assuré a derechef présenté des objections le 16 mai 2012. Dans un avis du 1 er juin 2012, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'y avait pas d'aggravation sur le plan cardiaque depuis l'expertise, au contraire. Tel était aussi le cas sur le plan psychiatrique, le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 5 mai 2012 étant une appréciation différente d'une situation similaire. Quant aux cervico-dorsalgies et les lombalgies communes sur les troupes dégénératives de la colonne vertébrale, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé qu'elles étaient connues de longue date et avaient été prises en compte dans l'expertise de la [...] du mois de décembre 2007. Par décision du 25 juin 2012, l'OAI a confirmé son projet du 12 avril 2012 et octroyé à l'assuré une rente entière pour la période du 1 er août au 30 septembre 2009. B. Par acte du 23 août 2012, H. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, concluant principalement au minimum à l'octroi d'une rente de 100 % jusqu'au 30 septembre 2009 et à 50 % dès le 1 er octobre 2009 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour reprise de l'instruction par la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire complète, notamment sur le plan cardiaque rhumatologique, neurologique et psychiatrique. A l'appui de ses conclusions, il a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de ses atteintes rhumatologiques et neurologiques réelles depuis l'année 2009. Il a en outre contesté la préférence accordée à la position du Dr F. \_\_\_\_\_ par rapport à ceux des Drs T. \_\_\_\_\_, W. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_. Selon lui, ce serait enfin sur la base de ses seuls revenus que son revenu d'invalidé devait être pris en compte, à l'exclusion de ceux de la société [...] SA. Par réponse du 2 octobre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le 29 octobre 2014, le recourant produit les documents suivants : • un rapport du 8 septembre 2014 du Dr T. \_\_\_\_\_ à l'intention du Dr W. \_\_\_\_\_ libellé comme suit : "(...) Je vous remercie de m'avoir réadressé H. \_\_\_\_\_ que j'ai reçu en consultation le 04 49.14 avant de répéter une VG-coronarographie le 8 septembre. Diagnostics : - Status après revascularisation coronarienne chirurgicale en 2001 (AMIG sur IVA, PAC veineux sur diagonale, OMX et RVP). - Status après PTCA + 3 stents de l'IVA et PTCA + stent de la RVP en 2009 pour occlusion du pontage veineux desservant la coronaire droite, involution, occlusion du pontage distal mammaire interne gauche sur l'IVA. - Angor instable sur double sténose critique à l'anastomose proximale et distale du pont veineux desservant la marginale

gauche. - PTCA + 3 stents actifs (Orsiro 3,5x22 mm; Orsiro 3,5x30 mm; Orsiro 3,5x13 mm) des deux lésions anastomotiques proximale et distale du pont veineux desservant la CX ainsi qu'une lésion en son milieu le 08.09.14. Pour mémoire, un test d'effort effectué en février de cette année n'avait déclenché ni angor ni ischémie graphique pour un niveau de fréquence sous-maximale sous bêta-bloquant. Le 28 août dernier au soir, votre patient ressent une oppression rétrosternale à type d'une brûlure tout à fait semblable aux équivalents angineux qu'il présentait en 2009 et en 2001. La symptomatologie va récidiver de manière subintrante dans la journée du 29 août cadencée par le moindre effort ainsi que par des situations d'énerverment. Le 01.09.14 en se rendant à votre cabinet au troisième étage, il doit s'arrêter après un étage et demi pour une récurrence angineuse intense ainsi qu'une importante dyspnée. Vous documentez un très léger sus-décalage de moins d'un millimètre du segment ST dans le territoire inférieur et vous démontrez l'absence de mouvement de troponine. Dès lors, il a nettement diminué ses activités physiques mais réveille assez systématiquement un équivalent angineux à l'effort modéré. Lorsque je l'ai examiné le 04.09.14, il était asymptomatique, son état général est bon, son poids de 92 kg, son pouls de 77/min, sa TA de 120/80 mm Hg avec une auscultation cardio-pulmonaire normale sans signe de décompensation cardiaque ni galop ou souffle audible. L'ECG montre un rythme sinusal avec une onde QS de V1 à V6, une onde Q en DII-aVF associée à un segment ST légèrement rigide dans les mêmes dérivations inférieures ainsi qu'a peine sous-décalé en DI-aVL. VG-coronarographie : cf rapport annexé. Compte de cet angor instable (angor de novo de moindre effort), j'ai renoncé de répéter le test d'effort et l'ai mis au bénéfice d'un traitement de dérivé nitré (Deponit 5 mg et Nitroglycérine en réserve) et j'ai associé à l'Aspirine 75 mg de Plavix pour effectuer une coronarographie le 08.09.2014. Cet examen démontre sur les vaisseaux natifs une occlusion connue de l'IVA et de la marginale gauche de la CX sans resténose intra-stent à hauteur de l'IVP et de la RVP. Le pontage veineux desservant l'IVP est occlus de longue date. Le pontage veineux desservant la diagonale est perméable. Le pontage mammaire interne gauche desservant l'IVA est grêle. Le pontage desservant la marginale gauche de la CX présente un flux altéré, des lésions diffuses et deux lésions critiques aux deux anastomoses proximales et distales ainsi qu'une lésion en son milieu. Ces trois lésions ont été dilatées et stentées chacune par un stent actif avec obtention d'un bon résultat angiographique final. J'ai proposé après une dose de charge de Plavix de poursuivre la bithérapie pour une année. Il a interrompra le patch de dérivé nitré dans un deuxième temps. Je me permettrai de le revoir dans les 3 à 4 semaines pour un nouveau test d'effort. Une cessation du tabagisme me paraît tout à fait impératif." • un rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 7 octobre 2014 rédigé comme suit : "(...) Le médecin soussigné atteste que H. \_\_\_\_\_ présente une coronaropathie évolutive. Il faut rappeler un quadruple pontage coronarien en 2001, la mise en place de 6 stents en 2009 et tout récemment la nécessité de remettre en place 3 nouveaux stents. Le rapport détaillé ci annexé du Dr. T. \_\_\_\_\_ cardiologue traitant de H. \_\_\_\_\_ en témoigne. Il faut bien préciser que H. \_\_\_\_\_ s'astreint à une discipline médicamenteuse très stricte avec une normalisation complète de tous les facteurs de risque cardio-vasculaire. En dépit de cette maîtrise qu'il faut souligner, on note une coronaropathie progressive. Ceci objective clairement l'importance pour H. \_\_\_\_\_ de se voir épargner dans sa vie professionnelle en particulier le stress psychologique qui représente en soi un facteur de risque. Cette argumentation sous-tend le raisonnement à considérer H. \_\_\_\_\_ à un travail à 50%. Par ailleurs il faut y intégrer le surcroît d'une péri-arthropathie de l'épaule droite, la gauche devenant également symptomatique depuis peu (lésion du tendon sus-épineux de l'épaule

droite avec tendinopathie du long-chef du biceps ayant nécessité une réparation par arthroscopie en février 2014), d'une spondylose dorsale avec débords discaux D3-D4, D5-D6 et D6-D7 symptomatique et de névralgies cervico-brachiales D sur cervicopathie protrusive C6-07 droite avec sténose foraminale C7." Appelé à se déterminer, l'OAI a produit un avis médical du Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR du 12 novembre 2014, selon lequel une aggravation de l'état de santé de l'assuré n'était pas exclue, l'OAI précisant qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré postérieure à la décision pouvait faire l'objet d'une nouvelle demande. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]). L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), ce délai ne courant pas du 15 juillet au 15 août inclus (art. 60 al. 2 et 38 al. 4 let. b LPGA). b) La décision du 25 juin 2012 n'a pas été notifiée avant le lendemain, de sorte que le délai a commencé à courir au plus tôt le 27 juin 2012, soit pendant dix-huit jours jusqu'au 15 juillet 2012, avant d'être suspendu pour reprendre le 16 août 2012 et échoir douze jours plus tard le 27 août 2012. Déposé le 23 août 2012, le recours – qui remplit les conditions légales de forme – a en l'espèce été interjeté en temps utile, 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 (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à percevoir une rente entière jusqu'au 30 septembre 2009, puis une demi-rente depuis cette date. 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; art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est en particulier invalide à 40% au moins (al. 1 let. c), la rente étant échelonnée selon le taux d'invalidité, à raison d'un quart de rente dès 40%, d'une demi-rente dès 50%, de trois quarts de rente des 60% et d'une rente entière dès 70% (al. 2). 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 ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Les principes d'une telle révision sont également applicables lorsque une décision de l'assurance-invalidité accorde une rente avec effet rétroactif mais prévoit en même temps l'augmentation, la suppression ou la réduction de cette rente (ATF 131 V 164 consid. 2.2; TF 9C\_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 6.1). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; 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 133 V 545 consid. 6.1; ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. la; cf. ég. ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. lb). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et réf. cit.). 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). La survenance d'un changement important s'apprécie à l'aune de la situation prévalant lors de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente comprenant la constatation des faits pertinents, l'appréciation des preuves et la comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 368 consid. 2 et réf. cit.; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). Le juge examine la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 131 V 242 consid. 2.1; TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3; TF I 597/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et réf. cit.). c) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; pour le tout TF 9C\_398/2014 du 27 août 2014). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les arrêts cités).

4. a) Une rente a en l'espèce été octroyée au recourant, avec effet rétroactif, pour la période du 1<sup>er</sup> août au 30 septembre 2009, soit une période postérieure au prononcé de la décision sur opposition du 27 janvier 2009, par laquelle l'OAI avait rejeté la première demande de prestations du recourant. C'est ainsi à l'aune des règles régissant la révision qu'il faut examiner l'étendue du droit du recourant après le 27 janvier 2009. b) On se penchera d'abord sur l'aggravation de l'état de santé du recourant ouvrant le droit à la rente. Le principe d'une telle aggravation n'étant pas disputé – l'OAI a en effet octroyé une rente entière au recourant –, il faut uniquement déterminer le

moment auquel le droit à la rente a été ouvert. L'art. 29 LAI prévoit à cet égard que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (al. 1 in initio), la rente étant versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Il n'est en l'espèce pas contesté que la date à laquelle le recourant est réputé avoir "fait valoir" son droit aux prestations n'est pas le 16 juin 2009 (date formelle du dépôt de la seconde demande), mais le 16 février 2009 (cf. la communication interne de l'OAI du 23 avril 2009). Compte tenu du délai d'attente de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI, c'est à bon droit que la rente entière a été octroyée au recourant dès le 1<sup>er</sup> août 2009. c) Seul reste ainsi à examiner le bien-fondé de la suppression du droit à la rente avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2009. aa) En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. bb) Sur le plan médical, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ du 26 juillet 2010 – que le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a cité dans son avis médical du 27 juillet 2011 – et a retenu que le recourant présentait une incapacité de travail totale entre le 19 janvier et le 6 juin 2009 pour des raisons somatiques, celles-ci découlant d'une pathologie cardiaque (cf. avis médical du Dr S. \_\_\_\_\_ du 15 septembre 2010). Toujours sur la base des constatations de l'expert F. \_\_\_\_\_, l'OAI a retenu que l'état de santé du recourant s'était amélioré dès le 7 juin 2009, de sorte que son activité habituelle était redevenue raisonnablement exigible à un taux de 70%. Le recourant conteste les constatations de l'expert. Il soutient qu'elles ne concernent que l'aspect cardiologique de son état de santé et ne sont pas probantes au vu des conditions posées par la jurisprudence. Il n'est pas contestable – ni contesté – que l'expertise confiée au Dr F. \_\_\_\_\_ se rapporte à l'état de santé du recourant sous son aspect cardiologique, une expertise pluridisciplinaire n'ayant à cet égard jamais été évoquée. L'expert F. \_\_\_\_\_ a indiqué, en préambule de son rapport, qu'il s'était fondé sur l'anamnèse, son examen clinique, le résultat des investigations effectuées à son cabinet et l'étude du dossier. Effectivement, ce rapport contient une anamnèse; il fait état des plaintes de l'assuré, qui a fait l'objet d'un examen clinique auquel s'est ajouté une échocardiographie et un test d'ergométrie dont les résultats sont joints au rapport d'expertise. Enfin, les conclusions du cardiologue sont claires et convaincantes. Contrairement à l'avis du recourant, le rapport d'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ est ainsi complet et bien documenté, de sorte qu'il a pleine valeur probante à l'aune de la jurisprudence précitée. Les avis médicaux invoqués par le recourant à l'appui de son recours n'y changent rien, dans la mesure où ils ne mettent pas en évidence des omissions de la part de l'expert, mais les positions divergentes d'autres praticiens (quant aux éléments pertinents permettant de remettre en cause les conclusions d'un expert, cf. supra consid. 3/c in fine). Ces avis appellent les remarques suivantes. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a certes retenu une capacité de travail limitée à 50%. Il n'a toutefois pas justifié cette appréciation par les limitations cardiologiques du recourant, mais par une fatigabilité importante, au demeurant non objectivée. Le recourant se fonde par ailleurs sur le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 16 mars 2011, qui fait état d'éventuelles atteintes neurologiques n'ayant jamais été

investiguées. A cet égard, le recourant affirme notamment qu'il n'a pratiquement plus de force dans le bras droit. Le Dr M. \_\_\_\_\_ ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail du recourant, relevant seulement que l'examen neurologique montrait une légère hypoesthésie cubitale à droite sans déficit de la force ou des réflexes, que la trophicité musculaire était parfaitement préservée et qu'il était apparu un ralentissement de la vitesse de conduction sensitivomotrice au coude. Ces constatations n'apportent toutefois aucun élément justifiant une incapacité de travail. Elles n'attestent en particulier pas d'une diminution de la force du bras droit du recourant. Le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ ne fait ainsi apparaître aucune aggravation de l'état de santé du recourant. Sur le plan rhumatologique, le recourant allègue souffrir d'importantes douleurs. Il ressort toutefois clairement des rapports du Dr W. \_\_\_\_\_ que celles-ci ne sont pas objectivées. Ce praticien a ainsi précisé, dans sa lettre à l'OAI du 8 mars 2010, qu'il misait sur un trouble "prenant ses racines dans la sphère psychique" du recourant. Dans son rapport du 7 mai 2012, il a en outre précisé que "l'intéressé (annonçait) des douleurs qualifiées d'insupportables dans la région brachiale droite et dans la région paravertébrale dorsale droite", que "ceci (s'inscrivait) dans un contexte anxieux, sans signe de symptôme dépressif ni de trouble de la personnalité". Il a en outre "maintenu volontairement une incapacité de travail à 50% permettant à H. \_\_\_\_\_ de se ressourcer en cours de journée et donner plus d'espace à son anxiété sous-jacente", relevant finalement que "(cette incapacité de travail) certainement colore significativement la symptomatologie algique qui se greffe sur les lésions objectives documentées par les différents examens neuroradiologiques". Le rapport d'expertise de la [...] du 10 décembre 2007 faisait d'ailleurs déjà état d'une discordance notable entre l'importance du syndrome douloureux signalé par le recourant et la discrétion des constatations cliniques et radiologiques. Sur le plan psychiatrique, on peut certes admettre une aggravation de l'état de santé du recourant à la suite de l'épisode cardiaque du premier semestre de l'année 2009. Il résulte toutefois clairement des rapports du Dr P. \_\_\_\_\_ (10 février 2010; 12 juillet 2011) que cette aggravation était transitoire et que le recourant avait recouvré une capacité de travail du recourant de 70% dès le 1 er janvier 2009, puis une capacité de travail totale dès le 1 er octobre 2010. Les rapports dont le recourant se prévaut ne mettent ainsi pas en lumière une incapacité de travail qui aurait échappé à l'expert et ne lui sont d'aucun secours pour remettre en cause les conclusions de ce dernier. On relèvera encore que, selon le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 7 mai 2012, la profession du recourant est particulièrement bien adaptée à son état de santé. Ce praticien a en effet constaté que les limitations du recourant seraient très pertinentes si celui-ci exerçait un travail physique, mais qu'elles prennent une coloration différente dans une activité sédentaire du bureau ou de commerce. En définitive, l'appréciation de l'OAI quant à la capacité de travail du recourant est correcte et doit être suivie sans qu'il soit nécessaire de mettre en place des mesures d'instruction complémentaires, l'état de santé du recourant au moment du prononcé de la décision litigieuse étant déjà suffisamment documenté pour permettre à la Cour de trancher. cc) S'agissant de la détermination du degré d'invalidité, le recourant fait valoir que l'enquête économique du 24 février 2012 est erronée en ce sens qu'il ne doit pas être considéré comme indépendant. On relèvera d'abord que le recourant dispose, depuis le 1 er octobre 2009, d'une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle et que celle-ci est adaptée à sa situation médicale, de sorte qu'il importe peu qu'il soit indépendant ou non. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a par ailleurs réglé la question de l'évaluation de l'invalidité des dirigeants de sociétés anonyme, dans une Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité (ci-après : C II AI,

dans sa version 10 en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2012). Cette circulaire lie l'OAI (cf. art. 72 al. 1 in initio LAVS [loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946; RS 831.10] cum art. 64 al. 1 LAI; ATF 129 V 68 consid. 1.1.1). Ainsi, pour les dirigeants d'une société anonyme disposant d'une influence déterminante sur celle-ci (par exemple lorsque l'intéressé est seul à avoir le droit de signature), il se justifie d'évaluer l'invalidité par la méthode utilisée pour les indépendants. Ainsi, on tiendra par exemple compte de la moyenne des revenus de plusieurs années ou par une comparaison pondérée des champs d'activités (cf. ch. 3028.1 C II AI et l'arrêt cité TF 8C\_898/2010 du 13 avril 2011). On ne saurait reprocher à l'OAI d'avoir retenu un revenu d'indépendant dans le cas d'espèce, le recourant n'étant pas seulement l'employé de [...] SA, mais aussi son directeur avec signature individuelle. Quoiqu'il en soit, l'OAI a utilisé la même méthode de comparaison des revenus dans sa décision sur opposition du 27 janvier 2009 et dans sa décision litigieuse du 25 juin 2012. Ces deux comparaisons n'ayant fait apparaître aucune modification de sa situation, il n'y a pas matière à révision à cet égard. Le recourant n'a au surplus pas contesté les calculs de l'OAI qui, vérifiés d'office, peuvent être confirmés. dd) Dans la mesure où, selon ce qui précède, le recourant avait recouvré une capacité de travail de 70% dès le 7 juin 2009, c'est à juste titre qu'il a été mis fin au droit à la rente après l'échéance d'un délai de trois mois (art. 88a al. 1 RAI; cf. supra let. c/aa), au 1<sup>er</sup> octobre 2009. 5. a) Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse du 25 juin 2009 confirmée. b) En dérogation à la règle générale en matière d'assurances sociales (cf. art. 61 let. a LPGa), la procédure en matière d'assurance-invalidité emporte des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI), qu'il convient d'arrêter à 400 fr. et de mettre à la charge du recourant, qui succombe. Vu le sort du recours, il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGa; art. 55 al. 1 LPA-VD). 6. En cours de procédure, le recourant a allégué une nouvelle aggravation de son état de santé. L'OAI a s'est déterminé en ce sens que cette aggravation pouvait faire l'objet d'une nouvelle demande. Quand bien même l'aggravation postérieure au prononcé de la décision litigieuse du 25 juin 2012 est sans incidence sur le sort du présent recours (cf. supra consid. 3/b in fine), il se justifie de renvoyer le dossier à l'OAI pour qu'il instruisse cette question, les allégations du recourant devant dans le cas d'espèce être comprises comme une nouvelle demande. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 23 août 2012 par H. \_\_\_\_\_ est rejeté. II. La décision rendue le 25 juin 2012 par l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il procède conformément aux considérants. IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de H. \_\_\_\_\_. V. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Stefano Fabbro (pour H. \_\_\_\_\_), ■ 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). Le greffier :

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