

## VD\_GERICHTE ZD09.016324 vom 14. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.016324](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.016324)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.016324 du 14 juillet 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.016324 del 14 luglio 2011

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 218/09 - 340/2011 CO UR DE S ASSURANCES S  
OCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 14 juillet 2011

\_\_\_\_\_ Présidence de M. DIND Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville, assesseurs Greffière : Mme Berberat \*\*\*\*\* Cause pendante entre : T. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Fortuna, Compagnie de protection juridique SA, à Nyon, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 4, 17 et 28 LAI; 17 LPG 402

- 2 - E n f a i t : A. a) T. \_\_\_\_\_, né en 1956, originaire de l'ex-Yougoslavie, a effectué 4 ans de scolarité obligatoire dans son pays. Il a travaillé à la campagne dans le domaine familial avant d'arriver en Suisse en 1978. Il a œuvré durant près de 20 ans comme ouvrier dans des domaines agricoles, sur des chantiers et auprès de fabricants de sport, en dernier lieu auprès de [...] SA, entreprise de [...], à [...] et ce, à compter du 28 août 1995. Ayant subi une décompensation cardiaque au début du mois d'août 1997 lors de ses vacances à Belgrade, l'assuré a présenté dès le 18 août 1997 une incapacité totale de travail. Son cas a été pris en charge par la [...], assureur perte de gain de l'employeur. L'assuré a déposé le 16 mars 1999 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une insuffisance cardiaque (cardiomyopathie). Dans un rapport médical du 27 avril 1999, le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, a posé le diagnostic de cardiomyopathie dilatée idiopathique. Un bilan pré-greffe cardiaque réalisé au [...] en août 1997 a ainsi révélé une dysfonction ventriculaire gauche sévère, qui avait été stabilisée à une FE (fraction d'éjection) de 40 % après un an de traitement médicamenteux. Ce praticien a toutefois fait état d'une symptomatologie d'insuffisance cardiaque gauche de stade II-III selon NYHA. Dans un rapport médical du 24 juin 1999, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé le diagnostic de cardiomyopathie dilatée idiopathique et a attesté une incapacité de travail totale depuis le 18 août 1997. Il a précisé que la situation cardiaque était stabilisée sous traitement, mais ne permettait pas la reprise du travail. En fonction de l'évolution ultérieure, il était possible qu'une greffe cardiaque soit nécessaire à moyen terme. Par certificat médical du 12 septembre 2000, le Dr C. \_\_\_\_\_ a mentionné que le diagnostic de diabète avait également été posé pour son patient.

- 3 - Au vu de ces éléments, l'OAI a transmis le cas de l'assuré à son service de réadaptation (REA) afin de déterminer s'il subsistait une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Dans un rapport intermédiaire du 25 septembre 2000, la REA a indiqué ce qui suit : "Pour M. T. \_\_\_\_\_, compte tenu de sa très grande fatigabilité à tout effort, il lui est impossible aujourd'hui d'envisager la reprise d'une quelconque activité. Il est vrai qu'au vu de l'observation que nous avons pu faire tout au long de l'entretien, nous nous sommes aperçus que nous nous trouvons en la présence d'une personne relativement diminuée sur le

plan physique et psychique, ne s'exprimant pratiquement pas lors de notre entretien étant soutenu par son épouse qui effectuait pratiquement la traduction de toutes nos paroles, il est évident qu'en l'état nous ne pourrions présenter l'intéressé à un employeur. Compte tenu de la position de notre assuré, et des limitations relativement importantes décrites par notre service médical, nous avons repris ce dossier avec notre médecin-conseil ce 21 septembre. Après discussion, et compte tenu du peu de possibilités d'activité sur le marché économique que nous pourrions mettre en relations avec les limitations fonctionnelles décrites par notre médecin-conseil, nous devons admettre d'un commun accord, que M. T.\_\_\_\_\_ présente aujourd'hui une incapacité totale de travail dans toute activité". Par prononcé du 27 octobre 2000, confirmé par décision du 16 janvier 2001, l'OAI a considéré que l'intéressé présentait une incapacité de longue durée dès le 18 août 1997. A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 18 août 1998, son incapacité de travail et de gain était estimée à 100 %, si bien que l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité avec effet au 1er janvier 2000. b) Dans le cadre de la procédure de révision d'office mise en œuvre le 15 octobre 2002, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même. Dans un rapport médical du 7 mars 2003, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé que l'état cardiaque s'était amélioré jusqu'en 2001, puis qu'il s'était stabilisé. Il a toutefois exclu la reprise d'une activité professionnelle en raison de la maladie cardiaque à laquelle s'était ajouté un diabète. Dans un rapport du 10 juillet 2002 établi à l'intention du

- 4 - Dr C.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assuré présentait en 1997 une dysfonction VG sévère faisant craindre une éventuelle greffe cardiaque. Sous traitement médicamenteux, la situation a toutefois évolué favorablement et le contrôle échocardiographique pratiqué en 2001 a montré une bonne amélioration de la fonction VG. Le diagnostic de diabète de type II, équilibré sous traitement, n'entraînait pas de répercussion fonctionnelle somatique. Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à l'examen de son Service médical (SMR). Par avis médical du 19 juin 2003, le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté qu'il existait à présent une capacité de travail résiduelle, éventuellement partielle, dans une activité légère à moyenne compte tenu des éléments objectifs tels que la FE de 50 % stable, la dysfonction ventriculaire discrète (sévère il y a 4 ans), l'absence subjective de dyspnée anormale selon le patient, son bon état général, l'absence de surcharge pondérale, l'échographie montrant une dimension du ventricule gauche à la limite supérieure de la norme et une contractilité à la limite inférieure (donc les deux encore normales), et un status cardiaque sans changement depuis une année. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a dès lors proposé d'envoyer une demande de renseignements au Dr W.\_\_\_\_\_ en le priant de se prononcer sur la capacité résiduelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et d'indiquer la date du début de l'exigibilité. Dans un rapport médical du 28 août 2003, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de cardiomyopathie dilatée idiopathique avait une influence sur la capacité de travail de son patient, alors que tel n'était pas le cas pour le diabète de type II. Il a en outre précisé par courrier séparé également daté du 28 août 2003 qu'une ergométrie de dépistage, certes négative pour une ischémie myocardique, avait toutefois confirmé une diminution de la capacité fonctionnelle, puisque la tolérance à l'effort était inférieure à 9 METS (contre 11 METS théoriquement attendus pour l'âge), représentant une capacité fonctionnelle à moins de 80 % de la valeur théorique attendue. Il était toutefois difficile de transcrire ces chiffres directement en termes de capacité de travail, d'autant que le patient avait

- 5 - interrompu son activité d'ouvrier depuis longtemps. Compte tenu de la persistance d'une répercussion fonctionnelle de la cardiopathie sous-jacente (même si elle n'était pas majeure), le Dr W. \_\_\_\_\_ s'est déclaré prêt à rediscuter d'une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 50 % dans une activité adaptée. Il convenait cependant d'éviter les efforts prolongés et soutenus ou le port de charge lourde. Par avis médical du 8 avril 2004, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR, a considéré ce qui suit : "Actuellement, l'amélioration clinique avec la disparition de la dyspnée, et un status normocarde et nomotendu, sans galop à l'auscultation et sans signe de décompensation cardiaque. Elle est objectivée par l'échocardiographie du 09.07.2002 qui montre une dysfonction ventriculaire gauche qui a passé de "sévère" à "discrète", avec une amélioration de la FE de 40 % à 50 %, et par l'ergométrie du 26.08.2003 qui montre une tolérance à l'effort à 80 % de la valeur théorique pour l'âge. Depuis 2001, la CT a passé de 0 % à 50 % dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les efforts prolongés et soutenus, éviter le port de charges lourdes (cf. lettre Dr W. \_\_\_\_\_ du 28.08.2003). Une activité à 50 %, sédentaire ou semi-sédentaire, de type travail à l'établi est donc médicalement exigible". Dans un rapport intermédiaire du 22 février 2005, la REA a mentionné que l'assuré avait émis des réserves quant à un éventuel reclassement professionnel dans la mesure où il n'avait plus travaillé depuis 1997. La REA a préconisé un stage d'évaluation/orientation à mi-temps durant 3 mois au Centre de formation E. \_\_\_\_\_ à Lausanne afin de permettre à l'assuré le ré-apprentissage des gestes professionnels dans le but de faciliter sa réinsertion et d'élaborer un projet professionnel (assemblage de petits outils, activité de contrôle dans l'industrie). L'intéressé a finalement débuté un stage en date du 1er juin 2005 pour une durée de 3 mois. En date du 7 juin 2005, le Centre de formation E. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que le stage risquait d'être interrompu prochainement en raison de l'état de santé de l'assuré, lequel était souvent absent en raison de rendez-vous chez son médecin, de contrôles chez son cardiologue, si bien qu'il rentrait souvent vers 9-10 heures.

- 6 - L'intéressé était en souffrance, très démonstratif, très en soucis et angoissé. La mesure a finalement été interrompue le 8 juin 2005 (rapport du 14 juin 2005 du Centre de formation E. \_\_\_\_\_), l'assuré ayant présenté une incapacité totale de travail dès cette date pour une durée probable de 3 mois selon un certificat médical établi par la Dresse N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale. Dans un rapport médical du 26 juillet 2005, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a considéré que seul le diagnostic de cardiomyopathie dilatée connue depuis 1997 avait des répercussions sur la capacité de travail de son patient. Ce dernier se plaignait d'une dyspnée modérée lors d'efforts importants et de sudation nocturne. Il présentait également un état anxio-dépressif avec phobie sociale lorsqu'on l'interrogeait sur son état de santé psychique. Elle a transmis un rapport médical du 8 juin 2005 du Dr W. \_\_\_\_\_ qui a conclu à une évolution clinique globalement favorable avec une FE d'environ 47 %. L'examen ne permettait cependant pas d'expliquer les plaintes de sudation et de réveils nocturnes qui pouvaient également être favorisés par un SAS (syndrome d'apnée du sommeil). Dans ce contexte, le Dr W. \_\_\_\_\_ a préconisé un bilan pneumologique, ce d'autant que le patient décrivait une sensation d'étouffement lors d'exposition dans son milieu professionnel, qui pouvait être favorisée par une hyperréactivité bronchique. Par avis médical du 7 novembre 2005, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a constaté que le stage d'observation de trois mois en vue d'une réinsertion professionnelle avait été interrompu au bout de huit jours en raison de l'apparition d'attaques de panique et d'un état dépressif selon le médecin traitant. Un examen psychiatrique au SMR était nécessaire afin de redéfinir l'exigibilité médicale en fonction de ce nouveau

paramètre. Dans un rapport du 17 juin 2006 faisant suite à un examen psychiatrique du 7 mars 2006 (dans la langue maternelle de l'assuré soit en serbo-croate), le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a considéré que les diagnostics de somatisation (F 45.0) et d'augmentation de symptômes somatiques pour des raisons psychologiques (F 68.0)

- 7 - étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Excluant toute limitation fonctionnelle psychiatrique, il a mentionné ce qui suit à propos de l'appréciation du cas : "Nous nous trouvons en face d'un patient qui a développé, après qu'il tombe malade d'une maladie cardiologique sérieuse, une évolution pathologique de la personnalité psycho réactionnelle avec des troubles fonctionnels psychogènes portant avant tout sur le système respiratoire et gastro-intestinal. Les angoisses de l'assuré tournent autour de sa crainte d'une mort subite cardiaque, qu'il met en lien avec le décès de son père probablement d'un infarctus, quand l'assuré avait 23 ans, en combinaison avec sa propre maladie cardiaque diagnostiquée depuis 1997. Nous n'observons pas suffisamment de symptômes qui permettraient de poser le diagnostic d'une maladie dépressive majeure selon la définition du code CIM-10, même pas de gravité légère. Par contre, le tableau correspond à une "somatisation" (F 45.0) étant une sous catégorie des "troubles somatoformes" (ancienne terminologie : névrose de conversion), tout ceci dans le chapitre F 4 : "troubles névrotiques liés au stress et somatoformes". Chez l'assuré, comme dans la plupart des cas comparables, ces troubles ne représentent pas une atteinte à la santé incapacitante de façon durable. Ce genre de manifestations peut provoquer des arrêts maladie de courtes durées, même répétés, mais non pas de longue maladie. L'assuré dispose d'ailleurs des ressources personnelles suffisantes pour que l'on puisse lui demander de faire l'effort de maîtriser ses angoisses et suivre les indications des médecins somaticiens par rapport à la capacité de travail résiduelle telle qu'elle a été définie par les somaticiens". Par avis médical du 5 juillet 2006, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a constaté que l'incapacité totale de travail n'était médicalement pas justifiée. Les mesures professionnelles avaient été une première fois mises en échec après quelques jours seulement, l'assuré s'étant montré démonstratif et se disant incapable de travailler. Dans ce contexte, une nouvelle tentative n'avait pas plus de chance d'aboutir que la première, l'état d'esprit de l'assuré ne s'étant pas modifié. L'exigibilité médicale était dès lors de 50 % dans une activité adaptée telle que définie dans l'avis médical du SMR du 8 avril 2004.

- 8 - c) En date du 11 septembre 2007, l'OAI a soumis à T. \_\_\_\_\_ un projet de décision, dans lequel il envisageait de remplacer la rente entière d'invalidité par une demi-rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision et a également retiré l'effet suspensif au recours. L'OAI a ainsi retenu que la capacité de travail de l'intéressé dans l'activité habituelle était nulle, alors qu'elle était de 50 % dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu annuel de 4'437 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2000, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.8 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2000 à 2001 (+ 2.50 %), d'une activité de substitution de 50 % et d'un abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 25'663.94. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 54'080 fr. indexé à 2001, mettait en évidence un préjudice économique de 28'416 fr. 06 correspondant à un degré d'invalidité de 52.54 % permettant ainsi l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Exerçant son droit d'être

entendu, le prénommé a contesté ce projet en indiquant qu'il avait été victime d'un très grave accident de voiture en date du 4 décembre 2006 ayant entraîné une fracture-tassement du corps vertébral de L5 avec un minime recul du corps postérieur et des fractures de la 3ème et 4ème côtes à gauche. Il a transmis à cet effet une lettre de sortie du 5 janvier 2007 du l'Hôpital [...], ayant été hospitalisé dans cet établissement du 6 au 21 décembre 2006. Dans un rapport médical du 13 novembre 2007, la Dresse N. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de fracture-tassement de L5 provoquant des lombalgies, de cardiopathie dilatée, d'état anxio-dépressif réactionnel et de hernie inguinale gauche. Constatant une aggravation de l'état de santé de son patient, elle a attesté une totale incapacité de travail, estimant qu'une activité adaptée n'était pas exigible en raison des lombalgies post-traumatiques. Elle a annexé à son rapport un courrier du

- 9 - 29 juin 2006 du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies des voies respiratoires, qui a conclu à un syndrome d'apnée du sommeil débutant, mais pas suffisamment sévère pour la prise en charge par la caisse-maladie d'un appareil d'avancement mandibulaire. Par avis médical du 27 novembre 2007, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a constaté qu'une expertise orthopédique était nécessaire afin de déterminer précisément les limitations fonctionnelles découlant de cette nouvelle atteinte. Ainsi, en l'absence de rapport d'un spécialiste de l'appareil ostéo-articulaire, l'incapacité de travail totale depuis 11 mois attestée par le médecin traitant sur la base de lombalgies sans description de status clinique ne pouvait être validée. Dans son rapport d'expertise du 3 mars 2008, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a estimé que les diagnostics de status de plus de 14 mois après une fracture par tassement du corps vertébral de L5 et de status après une fracture de la 3ème et 4ème côtes gauches n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de l'appréciation du cas et du pronostic, l'expert s'est déterminé comme suit : "Du point de vue orthopédique, l'état de santé de M. T. \_\_\_\_\_ est bon. La fracture de la vertèbre L5 a consolidé sans déformation et sans aggravation en comparaison à l'état initial post-traumatique. L'examen clinique montre une mobilité de la colonne vertébrale relativement bien conservée. Si on se base uniquement sur l'état orthopédique, dans un travail adapté, le taux de capacité exigible se situe entre 75 % et 100 %. Cependant, M. T. \_\_\_\_\_ ne travaille plus depuis 1997. Au vu du cumul des pathologies et de cette longue inactivité, il est peu probable que l'assuré accepte de reprendre une occupation quelconque". Il a également précisé que l'assuré pouvait être réadapté dans toute activité ne nécessitant pas le port de charges régulière et/ou

- 10 - prolongée, ni la station debout/assise prolongée. Le port de charge occasionnelle était autorisé. Par avis médical du 3 avril 2008, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a conclu qu'au vu du rapport d'expertise du 3 mars 2008 du Dr Z. \_\_\_\_\_, l'exigibilité médicale globale était toujours de 50 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles qui découlaient de l'atteinte en question étaient déjà incluses dans celles retenues précédemment (avis médical du 8 avril 2004). Par décision du 16 mars 2009 dont la motivation figure dans un courrier séparé du 11 mars 2009, l'OAI a confirmé formellement son préavis du 11 septembre 2007, en ce sens que l'exigibilité médicale globale était maintenue à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré. Se référant à son projet de décision pour le détail des calculs relatifs à l'invalidité économique, il a dès lors remplacé la rente entière par une demi-rente à compter du 1er mai 2009. Il a en outre indiqué que l'instruction du dossier ne permettait pas actuellement d'envisager des mesures professionnelles. B. a) Par acte de son mandataire du 1er mai 2009, T. \_\_\_\_\_ recourt contre cette décision et

conclut principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise médicale par des médecins neutres et indépendants, plus subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à l'octroi de mesures de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI et d'une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI, le tout sous suite de frais et dépens. Il indique que depuis la survenance de l'accident, il souffre de douleurs au bas du dos, alors que ses mains et ses pieds gonflent très régulièrement. Un stage d'évaluation et d'observation lui permettrait de vérifier ses limitations fonctionnelles et ses aptitudes dans certaines activités afin de se réinsérer partiellement du moins sur le marché de l'emploi. S'il n'était pas en mesure d'acquérir de telles compétences, il

- 11 - conviendrait alors de reconnaître qu'il ne peut trouver un emploi, qu'il est invalide au sens de la LAI et qu'il doit alors bénéficier d'une rente ainsi que d'un emploi protégé. b) Dans sa réponse du 2 juillet 2009, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. La rente entière d'invalidité dont le recourant bénéficiait depuis le 1er août 1998 a ainsi été remplacée par une demi-rente, l'état de santé de l'assuré s'étant amélioré depuis 2001. L'intimé a en effet retenu qu'un stage d'observation professionnelle, organisé en juin 2005, avait été interrompu, l'assuré ne s'estimant pas capable de le mener à terme et que les investigations médicales complémentaires consécutives à l'accident de décembre 2006 n'avaient pas permis de mettre en évidence une atteinte supplémentaire pouvant entraver la capacité de travail. Dès lors, le dossier était suffisamment documenté sur le plan médical, aucun élément n'étant susceptible de mettre en cause la valeur probante des expertises effectuées. Le fait que les conclusions des experts n'allaient pas dans le sens souhaité par l'assuré ne justifiait pas à lui seul la mise sur pied de nouvelles investigations. S'agissant d'éventuelles mesures professionnelles, elles ne pouvaient être organisées que si l'assuré acceptait pleinement l'analyse de sa situation du point de vue de l'exigibilité à laquelle avait procédé l'intimé, ce qui ne paraissait pas être le cas. c) Dans sa réplique du 17 septembre 2009, le recourant a confirmé sa demande d'expertise médicale par un médecin neutre et indépendant lequel était invité à se pencher sur les douleurs dont il souffrait dans le dos en particulier, à la suite de son accident de la circulation. Au vu du contexte personnel et professionnel, il y avait lieu de retenir qu'il n'était pas en mesure de trouver un emploi adapté sur un marché équilibré du travail. d) Dans sa duplique du 8 octobre 2009, l'intimé a ajouté que les douleurs dorsales consécutives à l'accident de décembre 2006 avaient déjà été investiguées au moyen de l'expertise orthopédique effectuée le

- 12 - 26 février 2008 par le Dr Z.\_\_\_\_\_. L'intimé s'est en outre référé aux avis médicaux du SMR des 8 avril 2004 et 3 avril 2008 en ce qui concernait les limitations fonctionnelles.

- 13 - E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours et contestations

par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; 117 LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, en particulier sur la diminution de cette dernière, par voie de révision, à une demi-rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification du prononcé, soit le 1er mai 2009. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une

- 14 - 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 s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V

- 15 - 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Le rôle des médecins du SMR consiste notamment à fournir un avis médical sur lequel le gestionnaire du dossier ou les juristes des offices AI fonderont leur décision. Ils travaillent donc clairement pour les organes de l'administration. Cette circonstance ne justifie cependant pas à elle seule de considérer leur avis comme partial, la provenance d'un rapport médical n'étant pas un critère pour juger de sa valeur probante (ATF 125 V 351). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est

aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4). 3. Selon l'art. 17 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5., 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force

- 16 - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C\_148/2007 du 21 janvier 2008 consid. 3.2 ). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). On ne saurait déduire du seul fait que des experts mandatés par un office ont retenu une capacité de travail entière dans une activité légère qu'un changement significatif était intervenu dans l'état de santé de l'assuré par rapport aux circonstances qui avaient donné lieu à l'octroi de la rente d'invalidité (TF I 755/04 du 25 septembre 2006, consid. 5.2.1); une appréciation différente sur le plan diagnostique et médico-théorique ne saurait suffire (ATF précité consid. 5.2.2). En revanche, alors que l'état de santé est stationnaire, une modification de la capacité de travail établie d'un point de vue médico- théorique peut suffire, pour autant qu'elle résulte d'un changement de circonstances survenu chez l'assuré et implique une modification quant au droit à la rente d'invalidité (Kieser, ATSG-Kommentar, 2003, nos 11 et 15 ad art. 17 LPGa). 4. Il convient en l'espèce de déterminer si le dossier médical permettait d'admettre que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGa étaient remplies en l'espèce. a) La dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée, est celle de l'octroi de la rente entière en date du 16 janvier 2001. L'OAI a considéré qu'il se justifiait d'octroyer une rente

- 17 - entière dès le 1er août 1998, l'assuré présentant une incapacité de travail de longue durée conformément au code 682 correspondant aux lésions organiques du coeur, y compris l'infarctus selon les codes établis par l'OFAS pour la statistique des infirmités et des prestations. Afin d'évaluer les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail de l'assuré, l'office s'est essentiellement fondé sur le rapport médical du 27 avril 1999 du Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, qui avait retenu le diagnostic de cardiomyopathie dilatée idiopathique avec dysfonction ventriculaire gauche sévère et une FE à 40 %. Ce diagnostic a été confirmé par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qui a attesté une incapacité de travail totale depuis le 18 août 1997

(rapport médical du 24 juin 1999), une greffe cardiaque étant possible à moyen terme, en fonction de l'évolution ultérieure. Dans une note interne manuscrite établie le 6 juin 2000 (cf. fiche d'examen du dossier n°1), le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu que l'atteinte cardiologique était importante et limitait sérieusement la capacité d'effort, d'activité, conformément à la dyspnée de stade II-III objectivée. C'est au regard de ces constatations qu'il s'agit d'examiner si l'invalidité du recourant s'est modifiée ou non dans une mesure susceptible d'influencer le droit à la rente. b) La décision querellée est, pour sa part, fondée sur le rapport du 10 juillet 2002 du Dr W. \_\_\_\_\_ qui a considéré que le traitement médicamenteux avait permis une évolution favorable de la situation médicale de l'assuré. Un contrôle échocardiographique pratiqué en 2001 avait ainsi révélé une bonne amélioration de la fonction du ventricule gauche, la dysfonction étant qualifiée de discrète à présent, alors qu'elle était présentée comme sévère auparavant (avis médical du Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR du 19 juin 2003). Le Dr S. \_\_\_\_\_ a ainsi constaté que l'échographie montrait une dimension du ventricule gauche à la limite supérieure de la norme et une contractilité à la limite inférieure, mesures qu'il a dès lors qualifiées de normales. La FE s'était stabilisée à 50 %, alors qu'elle était auparavant de 40 %. Suite au rapport médical du 28 août 2003 du Dr W. \_\_\_\_\_, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a mis en évidence la

- 18 - disparition de la dyspnée et l'absence de décompensation cardiaque objectivée par l'échographie du 9 juillet 2002 (avis médical du 8 avril 2004). L'ergométrie du 26 août 2003 montrait en outre une tolérance à l'effort à 80 % de la valeur théorique pour l'âge. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a dès lors admis une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 50 % dans une activité adaptée évitant les efforts prolongés et soutenus ou le port de charge lourde, le Dr G. \_\_\_\_\_ ayant précisé qu'il pouvait s'agir d'une activité sédentaire ou semi-sédentaire, de type travail à l'établi. L'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_ relative à l'absence de toute capacité de travail résiduelle de son patient n'est pas déterminante, à défaut de toute explication médicale pertinente à l'appui de son point de vue (rapport médical du 7 mars 2003). Ce dernier a en effet exclu la reprise d'une activité professionnelle en raison de la maladie cardiaque présentée par son patient auquel s'ajoutait un diabète. Or, le Dr W. \_\_\_\_\_ a clairement précisé que seule la persistance d'une répercussion fonctionnelle de la cardiopathie sous-jacente (même si elle n'était pas majeure) motivait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée (rapport médical du 28 août 2003), le diagnostic de diabète de type II, équilibré sous traitement, n'entraînant quant à lui pas de répercussion fonctionnelle somatique (rapport du 10 juillet 2002). En 2005, soit après le stage au Centre de formation E. \_\_\_\_\_, la Dresse N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a mentionné que son patient se plaignait d'une dyspnée modérée lors d'efforts importants (rapport médical du 26 juillet 2005). Le Dr W. \_\_\_\_\_ a toutefois conclu sur le plan cardiologique à une évolution clinique globalement favorable avec une FE d'environ 47 % (rapport médical du 8 juin 2005). c) Dès lors, en comparant les situations déterminantes pour la révision du droit à la rente, il y a lieu de retenir que depuis le 15 octobre 2002, date de la mise en œuvre de la révision de la rente, l'état de santé de l'assuré s'est amélioré sur le plan cardiologique, ce qui justifie une augmentation de la capacité de travail de 0 % à 50 %. L'OAI était ainsi fondé à conclure que la situation du recourant s'était notablement

- 19 - améliorée, au regard de son état de santé et de la capacité de travail qui en résulte, par rapport aux circonstances ayant justifié l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er août 1998, si bien que les conditions de l'art. 17 LPGA sont réunies (ATF 125 V 369

consid. 2). 5. Il reste à examiner si le recourant présente d'autres atteintes à la santé qui permettrait de maintenir le droit à une rente entière. a) Il ressort du dossier que l'assuré a interrompu après huit jours un stage d'observation de trois mois au Centre de formation E. \_\_\_\_\_, en raison d'attaques de panique et d'un état dépressif selon la Dresse N. \_\_\_\_\_ (avis médical du SMR du 5 novembre 2005) incitant ainsi la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 17 juin 2006, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a exclu toute limitation fonctionnelle psychiatrique, les diagnostics de somatisation et d'augmentation de symptômes somatiques pour des raisons psychologiques (anciennement syndrome de conversion) n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé. Dans ce contexte, l'avis de la Dresse N. \_\_\_\_\_ doit être abordé avec précaution étant donné la relation de confiance qui l'unit à son patient. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (TF du 7 mars 2007 I 113/06, consid. 4.4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si un médecin traitant a fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise, ce qui n'est toutefois pas le cas en l'espèce. Tel est également s'agissant des plaintes de sudation nocturne et de réveils nocturnes, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies des voies respiratoires, ayant uniquement conclu à un syndrome d'apnée du sommeil débutant sans retenir toutefois une quelconque incapacité de travail (courrier du 29 juin 2006).

- 20 - b) Le 6 décembre 2006, l'assuré a été victime d'un accident de la route ayant entraîné une fracture-tassement du corps vertébral de L5 avec un minime recul du corps postérieur et des fractures de la 3ème et 4ème côtes à gauche. Au vu de la persistance de lombalgies post-traumatiques, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a estimé que la reprise d'une activité adaptée n'était pas exigible (rapport médical du 13 novembre 2007). L'assuré se plaint en effet de douleurs lombaires et para-lombaires avec des irradiations dans le membre inférieur droit, d'un périmètre de marche limité à une heure, de douleurs lombaires accrues à la toux et d'une mise en route matinale difficile. Dans son rapport d'expertise du 3 mars 2008, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, s'est référé aux radiographies de contrôle pratiquées le 26 février 2008 qui révélaient que la fracture de la vertèbre L5 avait consolidé sans déformation et sans aggravation en comparaison avec l'état initial post-traumatique. En outre, l'examen clinique montrait une mobilité de la colonne vertébrale relativement bien conservée. Au vu de ces éléments, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a considéré que l'état de santé de l'assuré était bon sur le plan orthopédique, permettant ainsi à l'intéressé d'assumer une activité adaptée se situant entre 75 et 100 %. Il a par ailleurs confirmé les limitations fonctionnelles retenues par le SMR (avis médicaux des 8 avril 2004) et le Dr W. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 28 août 2003) ajoutant que le port occasionnel de charges était possible. Il y a dès lors lieu de retenir que le tableau douloureux présenté par l'assuré ne relève pas d'une pathologie objectivable sur le plan somatique, mais d'un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable, qui, en l'absence d'une affection psychique, ne peut entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (dans ce sens ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). En effet, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales

concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés.

- 21 - c) Au vu de l'ensemble des pièces médicales, on doit reconnaître aux expertises psychiatrique du Dr B. \_\_\_\_\_ et orthopédique du Dr Z. \_\_\_\_\_ pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références). On ne relève du reste aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité des Drs B. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_. Les rapports des médecins précités se fondent notamment sur le dossier médical, un entretien avec chacun des médecins, ainsi qu'un dossier radiographique réactualisé. Les experts ont pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré, y compris s'agissant des troubles douloureux et psychiques. Dans ces conditions, force est de constater que la Cour de céans n'a pas de raison suffisante de s'écarter des conclusions des experts, si bien que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise s'avère superflue. Dès lors, les douleurs lombaires et les troubles psychiques dont souffre le recourant n'ont aucune répercussion sur sa capacité de travail et ne permettent ainsi pas de maintenir le droit à une rente entière d'invalidité. On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références), pouvant donner droit à une rente entière si les conditions en sont remplies. Le recourant a ainsi indiqué dans son recours que ses mains et ses pieds gonflaient très régulièrement, élément nouveau dont il n'a pas fait état lors de l'examen clinique pratiqué par le Dr Z. \_\_\_\_\_. 6. a) Le recourant disposant d'une capacité résiduelle de travail à 50 % dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il convient à présent d'examiner l'incidence de la modification de la capacité de travail du recourant sur la capacité de gain en comparant les revenus avec et sans invalidité, dont les éléments n'ont pas été contestés par l'assuré. Pour ce faire, l'intimé a comparé le revenu que le recourant aurait pu obtenir en 2001 s'il n'était pas invalide avec le revenu qu'il pourrait obtenir à la même époque en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui. Le revenu est déterminé en fonction de la situation

- 22 - professionnelle concrète de l'intéressé ou, à défaut de revenu effectivement réalisé comme en l'espèce, en fonction des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76 s.). Ces données tiennent compte d'un large éventail d'activités simples et répétitives existant sur le marché du travail et dont un bon nombre est adapté aux handicaps de l'assuré pour qu'il puisse mettre à profit sa capacité de travail résiduelle. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant, seul le niveau de qualification 4 correspondant aux activités simples et répétitives entre ici en considération (ATF 126 V 75 consid. 7a p. 81, 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323; VSI 1999 p. 182 consid. 3b p. 185 [I 593/98]; RAMA 2001 n° U 439 p. 348 [U 240/99]). Enfin, âgé de 53 ans au moment de la décision litigieuse, le recourant n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (TF 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2, 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C\_437/2008 du 19 mai 200 D'après les considérations de l'intimé, lesquelles ne souffrent aucune critique, le recourant ne peut se prévaloir, au mieux, que d'une incapacité de gain de 52.54 %, permettant uniquement l'octroi d'une demi-rente entière d'invalidité. b) Dès lors, au moment déterminant, soit lors de la décision du 16 mars 2009, les conditions

étaient réunies pour que le droit du recourant à une rente entière d'invalidité soit réduit à une demi-rente à compter du 1er mai 2009. La décision attaquée n'est, sur ce point, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. 7. Cela étant, est également litigieuse la question de savoir si le recourant peut prétendre à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Le recourant souhaite en effet être mis au bénéfice d'un stage d'évaluation et d'observation qui lui permettrait de vérifier ses limitations fonctionnelles et ses aptitudes dans certaines activités afin de

- 23 - se réinsérer partiellement du moins sur le marché de l'emploi. Pour sa part, l'intimé a indiqué que l'instruction du dossier ne permettait pas d'envisager des mesures professionnelles. a) Le seuil minimum de 20 % environ de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488, consid. 4.2 p. 490, 124 V 108 consid. 2b p. 110 ss) pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnel, est atteint en l'espèce, la comparaison des revenus donnant une invalidité de 52.54 %. Reste à examiner les autres conditions. Selon l'art. 17 al. 1 LAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004), l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le droit à une mesure de réadaptation suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 p. 112 et les références [I 370/98]). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 p. 221 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TFA I 660/02 du 2 décembre 2002). b) In casu, il convient de retenir que dans son rapport du 17 juin 2006, le Dr B.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il ne voyait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique qui pouvait empêcher la poursuite du reclassement professionnel. Dans son rapport du 3 mars 2008 établi postérieurement à l'accident dont a été victime l'assuré, le Dr Z.\_\_\_\_\_ s'est montré plus sceptique pour des raisons objectives (longue inactivité et cumul des pathologies) et pour des motifs subjectifs (et difficulté à accepter de reprendre une occupation quelconque). Le recourant a toutefois précisé qu'il était sans formation particulière et que son français

- 24 - à l'oral était approximatif, alors qu'il était faible à l'écrit (réplique du 17 septembre 2009). c) En l'espèce, il ressort du dossier que le recourant n'a suivi que 4 ans de scolarité obligatoire, qu'il est sans formation professionnelle et qu'il n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 1997. Dans ce contexte, des mesures de formation professionnelle ou de reclassement, ainsi qu'une aide au placement permettraient de lui apporter une aide en vue de trouver un emploi adapté. L'octroi de telles mesures ne sauraient toutefois avoir pour but de démontrer qu'une activité adaptée n'est pas susceptible d'être exercée et que le droit à une rente entière doit être reconnu, comme le laisse entendre le recourant. Ce dernier devra continuer à montrer de l'intérêt pour une telle formation. Dans ces conditions, il y a lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il examine les possibilités concrètes de telles mesures dans le cas du recourant. Sur ce point, le recours doit être admis. 8. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent

être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le recourant voit ses conclusions rejetées, s'agissant de la réduction de la rente entière d'invalidité à une demi-rente dès le 1er mai 2009. Il encourt par conséquent des frais de justice réduits. b) Le recours n'est en définitive admis que dans une mesure si minime que des dépens ne sauraient être accordés. En effet, il n'est pas certain que des mesures professionnelles soient finalement allouées à l'assuré.

- 25 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision rendue le 16 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que la réduction de la rente entière d'invalidité à une demi-rente dès le 1er mai 2009 est confirmée, la cause étant renvoyée à l'Office précité pour qu'il examine le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel. III. Un émolument judiciaire réduit de 200 fr. (deux cents francs) est mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. . Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Fortuna, Compagnie de protection juridique SA (pour le recourant), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies.

- 26 - 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 :

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