

VD_GERICHTE ZD12.034081 vom 11. März 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.034081

FR: VD_GERICHTE ZD12.034081 du 11 mars 2015

IT: VD_GERICHTE ZD12.034081 del 11 marzo 2015

Erwägungen

E. 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

- 7 - 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. Lord de l'évaluation des capacités fonctionnelles, l'examineur 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'examineur. 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.

- 8 - 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 a 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

- 9 - 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 1er 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

- 10 - 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

- 11 - 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

- 12 - 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

- 13 - 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 :

- 14 - "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

E. 12

avril 2012 et octroyé à l'assuré une rente entière pour la période du 1er 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 1er 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.

- 26 - - 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'énervement. 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'à 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 interrompera le patch de dérivé

- 27 - 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 :

- 28 - 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

- 29 - 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.

- 30 - 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 LPGA), 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

- 31 - 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 1er 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).

- 32 - 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

E. 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 1er août 2009. c) Seul reste ainsi à examiner le bien-fondé de la suppression du droit à la rente avec effet au 1er 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%.

- 33 - 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

- 34 - 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)

- 35 - que cette aggravation était transitoire et que le recourant avait recouvré une capacité de travail du recourant de 70% dès le 1er janvier 2009, puis une capacité de travail totale dès le 1er 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 1er 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 1er janvier au 31 décembre 2012). Cette circulaire lie l'OAI (cf. art. 72 al. 1

- 36 - in initio LAVS [loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du

E. 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. Quoi qu'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 1er 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. 1bis LAI), qu'il convient d'arrêter à 400 fr. et de mettre à la charge du recourant, qui succombe.

- 37 - 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.

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