

VD_GERICHTE ZD13.019907 vom 2. Dezember 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.019907

FR: VD_GERICHTE ZD13.019907 du 2 décembre 2013

IT: VD_GERICHTE ZD13.019907 del 2 dicembre 2013

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 132/13 - 286/2013 ZD13.019907 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 2 décembre 2013 _____ Présidence de M. MÉTRAL Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz Greffière : Mme Berberat ***** Cause pendante entre : C. _____, à [...], recourant, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. a) C. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire du Kosovo, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), est arrivé en Suisse en 1978. Il a travaillé du 6 mars au 31 décembre 2000 en qualité d'aide-jardinier temporaire auprès de la commune de [...]. Il ressort du questionnaire complété par l'employeur le 6 novembre 2001 que le dernier jour travaillé était le 13 octobre 2000. L'assuré a séjourné du 24 au 26 octobre 2000 à l'hôpital N. _____ en raison de douleurs thoraciques atypiques et de malaises d'origine indéterminée. Dans un rapport du 27 octobre 2000 au Dr T. _____, les Drs J. _____ et F. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistant à la division de cardiologie de l'hôpital N. _____, ont exposé les éléments suivants: "Il s'agit d'un patient de [...] ans, connu pour une cardiopathie ischémique avec un status après angioplastie et mise en place d'un stent au niveau de la coronaire droite en janvier 1998 suite à un infarctus inférieur aigu (contre-indication majeure à la trombolysé sur ulcère gastrique actif), présentant comme facteur de risque cardio-vasculaire un tabagisme ancien, adressé en raison d'une récurrence de douleurs thoraciques atypiques survenues au repos, sans altération électrocardiographique ou mouvement enzymatique, la Troponine demeurant dans les normes. Au vu des antécédents de M. C. _____, qui présente par ailleurs amnestiquement un angor stade II lors des efforts exigés par son poste d'employé de commune, l'indication à un nouveau bilan coronarien invasif est posé. Nous effectuons tout d'abord un bilan échocardiographique révélant un VG [ventricule gauche] modérément dilaté, sans hypertrophie présentant des troubles de la cinétique segmentaire dans les régions inféro-postéro latérales, la fonction systolique globale étant modérément abaissée avec une fraction d'éjection estimée à 40%. La coronarographie du 25.10.00 ne met en évidence aucune lésion significative au niveau de la coronaire gauche, la CD [coronaire droite] dominante présentant cependant une resténose de l'ordre de 40 à 50% dans la partie distale du stent. Une mesure sélective de la pression en aval de la sténose (FFR) n'offrant aucun argument en faveur d'une lésion hémodynamiquement significative, nous renonçons à une angioplastie. Au vu de la persistance de malaises actuellement sans perte de connaissance et précédés de prodromes, le patient ayant été hospitalisé en février 1999 à l'hôpital [...] pour un malaise avec perte de connaissance soulevant l'hypothèse d'une arythmie ventriculaire survenant sur un status post infarctus inférieur, nous effectuons un

- 3 - nouveau bilan électrophysiologique au cours duquel le déclenchement d'arythmies ventriculaires s'avère impossible, raison pour laquelle nous renonçons à la mise en place d'un défibrillateur. Dans ce contexte, nous organisons un complément d'investigation par Tilt test qui sera effectué le 27.11.00 (...). Au vu de l'importante limitation fonctionnelle présentée par M. C. _____ dans son activité professionnelle exigeante sur le plan physique, avec notion de douleurs d'allure angineuse fréquentes, nous proposons d'effectuer ambulatoirement une ergométrie afin d'évaluer la capacité d'effort du patient, ce qui permettra de se prononcer quant à l'opportunité d'une reconversion professionnelle". Le 25 septembre 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une maladie cardiovasculaire. Dans un rapport médical du 14 mars 2002 à l'OAI, la Dresse D. _____, spécialiste en médecine interne, a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient de cardiopathie ischémique avec infarctus inféro-postéro latéral (depuis 1998), de status après PICA et mise en place d'un stent sur CD (depuis 1998) et d'état anxieux dépressif avec épisodes de panique (depuis 2000). Elle a toutefois estimé que les diagnostics de status post multiples ulcères gastriques, de status après prostatite et urétrite aiguë, ainsi que de tabagisme chronique n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré. Elle a attesté une incapacité de travail de 100% du 24 octobre 2000 au 7 janvier 2001, puis à 50% dès le 8 janvier 2001. Elle a qualifié l'état de santé du patient de stationnaire et a préconisé des mesures de réadaptation professionnelle, précisant que l'assuré était capable d'exercer une activité sédentaire sans effort physique à raison de 4 heures par jour, taux d'activité qui pourrait progressivement être augmenté à 100%. La Dresse D. _____ a annexé à son rapport divers documents dont deux courriers des 22 août 2001 et 3 septembre 2001 du Dr V. _____, médecin adjoint à la Polyclinique médicale [...], lequel a estimé qu'une activité spécifique, n'entraînant pas de contraintes physiques et importantes, pouvait être exercée à 50%.

- 4 - Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas à son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 16 octobre 2002, le Dr R. _____ a retenu que l'assuré présentait à la fois un état anxiodépressif avec des épisodes de panique, consécutif à sa pathologie cardiaque et des crises d'angine de poitrine malgré l'intervention de 1998 ainsi qu'une dilatation du ventricule gauche. Il a retenu que la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée soit sans effort physique important. La réadaptation pouvait débuter dès janvier 2001. L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle auprès du COPAI de [...] du 5 au 28 mai 2003. Il ressort du rapport de stage du 24 juin 2003 que l'assuré possédait une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité dépourvue de stress de production et n'exigeant pas une grande dextérité fine. Une aide au placement semblait être indiquée afin de favoriser son retour dans le monde économique. Dans un rapport final du 21 octobre 2003, la division de réadaptation de l'OAI (REA) a constaté que l'assuré s'était montré concentré et appliqué durant le stage et qu'il avait fait preuve d'un comportement irréprochable. Néanmoins, même s'il présentait peu de limitations physiques apparentes, il était handicapé par une résistance très faible au stress et à l'effort physique. La REA a retenu que l'intéressé pouvait œuvrer en qualité de surveillant de machine, d'employé au conditionnement, d'aide à l'atelier de production, d'employé dans une station de lavage automatique de voitures ou d'ouvrier galvanique. L'assuré n'étant pas prêt à se lancer dans une démarche de réinsertion professionnelle, la REA restait à sa disposition pour une aide au placement. Par décision sur opposition du 19 octobre 2004 confirmant une décision du

26 janvier 2004, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à compter du 1er octobre 2001 compte tenu d'un degré d'invalidité de 54%. L'OAI a notamment retenu les éléments suivants: "(...) est considéré comme revenu sans invalidité, le dernier revenu obtenu avant la survenance de l'invalidité. Votre invalidité étant

- 5 - survenue en octobre 2001, soit une année après le début de votre incapacité de travail, et qu'avant cette date vous exerciez l'activité d'aide jardinier, c'est à juste titre que l'on a pris en compte le revenu de cette activité dans la détermination de votre revenu sans invalidité. Cependant comme vous avez exercé cette activité que quelques mois, il y avait lieu de tenir également compte de l'activité de manœuvre dans le bâtiment exercée précédemment. Il était donc adéquat de procéder à une moyenne entre le salaire réalisable en tant qu'aide jardinier et le salaire réalisable en tant que manœuvre. On peut ajouter que même si nous avions retenu uniquement l'activité de manœuvre pour définir le revenu sans invalidité, votre préjudice économique aurait été de 58%, soit un peu supérieur au préjudice retenu, sans pour autant vous donner droit à une rente plus élevée que celle qui vous a été octroyée. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas – comme c'est votre cas – repris d'activité professionnelle, on peut également se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. Selon cette méthode le revenu d'invalidité serait, dans votre cas, même plus élevé que celui retenu dans la décision litigieuse. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2000, 4'437.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1; niveau de qualification 4). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles vous soit accessible malgré votre atteinte à la santé (ATFA du 6.3.03 réf. I 419/02, ATFA du 2.4.03 réf. I 339/02). Dans la mesure où pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF I 665/02) il faut indexer le revenu de l'année 2000 de 2,5% (La vie économique 6/2004 p. 91 tableau B 10.2) pour tenir compte de l'évolution des salaires entre 2000 et 2001. Ainsi, le revenu d'invalidité s'élève à 4'548.- (4'437.- x 102,5%) soit à 54'576.- par an. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2001 (41,7% La Vie économique 8/2004, p. 94, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à frs 4'741.- (frs 4'548.- X 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de frs 56'892.- Sur la base des divers documents médicaux au dossier, nous avons retenu une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée à votre état de santé, le revenu d'invalidité calculé ci-dessus doit donc être divisé par deux, pour atteindre finalement un montant annuel de frs 28'446.-. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par

- 6 - exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu

d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/CC). Dans votre cas, un abattement de 10% au maximum sur le revenu d'invalidé pourrait se justifier afin de tenir compte de votre âge, de vos limitations fonctionnelles ainsi que de votre capacité de travail réduite à 50%. Le revenu d'invalidé ainsi calculé est donc de 25'601.- soit légèrement supérieur à celui retenu dans la décision litigieuse. A noter que votre revenu sans atteinte à la santé s'élèverait non pas à frs 52'852.- comme mentionné dans la décision litigieuse mais à frs 53'852.- si bien que votre taux d'invalidité atteint 54% et non 53%. Pour le reste, la décision du 26 janvier 2004 doit être confirmée". Cette décision est entrée en force. b) Dans le cadre d'un questionnaire pour la révision de la rente complété par l'assuré le 5 février 2007, ce dernier a indiqué que son état de santé s'était aggravé en raison d'un nouvel infarctus. Dans un rapport médical du 2 mai 2007 à l'OAI, la Dresse D._____ a retenu que l'état de santé de son patient était stationnaire. Elle a transmis un rapport du 15 août 2006 du Dr M._____, spécialiste en cardiologie, lequel a mis en évidence une légère dysfonction systolique du VG avec une FE évaluée à 40-45% et une dysfonction diastolique avec une augmentation des fonctions de remplissage. Par décision du 10 octobre 2008, l'OAI a considéré que le degré d'invalidité présenté par l'assuré n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Dès lors, sa rente ne subissait aucune modification. B. Le 2 mars 2011, C._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'augmentation de sa rente d'invalidité en raison

- 7 - de l'aggravation de son état de santé, précisant quant au genre de l'atteinte: "problèmes cardiaques-ulcère-cholestérol-diabète". Le 5 septembre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait prononcer un refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de rente, l'intéressé n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de façon essentielle depuis la dernière décision. Dans le cadre de sa contestation du 14 septembre 2011, l'assuré a produit plusieurs documents médicaux adressés à la Dresse D._____, à savoir: -un courrier du 1er juillet 2011 établi par le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, lequel a retenu que l'assuré présentait un syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire à insérer dans un contexte de trouble dégénératif sous-jacent moyen; -un rapport du 10 septembre 2010 faisant suite à un bilan cardiovasculaire établi par le Dr H._____, spécialiste en cardiologie, dans le cadre d'un examen préopératoire avant TURP (vaporisation de la prostate au Greenlight) prévue le 15 septembre 2010. Ce médecin a retenu le diagnostic de cardiopathie hypertensive et ischémique avec fonction systolique du VG diminuée sur akinésie inférieure et hypokinésie septale, préconisant une nouvelle scintigraphie myocardique après l'intervention; -un rapport du 3 octobre 2007 à la suite d'une scintigraphie cardiaque. Dans un rapport médical du 23 novembre 2011 à l'OAI, le Dr Q._____ a retenu les diagnostics de lombalgies basses chroniques sous forme d'un syndrome facettaire postérieure L5-S1 sans discopathie et de gonalgies récurrentes d'origine indéterminée, la radiographie des genoux étant normale, sans signe de calcification ou de troubles

- 8 - dégénératifs. Il a attesté une capacité de travail à 50% dans l'activité de jardinier et jusqu'à 80% dans une activité adaptée. Dans un rapport médical du 12 février 2012 à l'OAI, la Dresse D._____ a mentionné comme diagnostics une maladie coronarienne, un syndrome lombovertébral sans déficit neurologique en faveur d'un syndrome facettaire L5-S1, une opération de la prostate pour hypertrophie en 2010, de multiples ulcères

gastriques, ainsi qu'une surinfection bronchique en mars 2012. Elle a retenu que la capacité de travail de son patient était nulle dans l'activité habituelle et de 45% dans une activité adaptée. Dans un rapport du 2 février 2012 à la Dresse D. _____, le Dr M. _____ a estimé que sur le plan clinique, il n'y avait pas de signe d'insuffisance cardiaque et l'auscultation cardiaque ne révélait rien de particulier. Une coronographie de contrôle pratiquée le 15 février 2012 a mis en évidence une maladie coronarienne mono tronculaire avec une resténose borderline intra stent connue, laquelle desservait un territoire infarcté (bilan connu et inchangé depuis 1999). La fonction systolique du VG était diminuée sur akinésie inférieure (FE 41%). Par courrier du 20 avril 2012 à l'OAI, le Dr M. _____ a mentionné que la capacité de travail de l'assuré était totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, soit excluant le port de charges excédant 15 kg. Par avis médical du 31 mai 2012, le Dr W. _____ du SMR a, au vu des rapports médicaux produits, pris les conclusions suivantes: "Sur le plan cardiaque, nous suivons l'avis du Dr M. _____, spécialiste en cardiologie et, sur le plan rhumatologique, nous suivons l'avis du Dr Q. _____, spécialiste en rhumatologie et donc la capacité de travail est de 50% dans son activité de jardinier et la capacité de travail dans une activité adaptée est de 70 à 80%. Les limitations fonctionnelles sont:

- 9 - Pas de port de charges lourdes supérieures à 15 kg. Pas d'activité uniquement en position assise ou uniquement en position debout. Pas d'activité exercée principalement en marchant ou sur terrain irrégulier. Ne pas monter sur une échelle ou un échafaudage. Ne pas monter les escaliers. On remarque en outre que notre assuré n'a pas travaillé depuis 2002 et est donc tout à fait déconditionné". Dans un rapport du 9 août 2012 à l'OAI, le Dr M. _____ a qualifié l'état de son patient de stationnaire. Sur le plan de la capacité de travail, il a estimé qu'elle était totale dans une activité de jardinier sans port de charges excédant 15 kg, ainsi que dans une activité physiquement facile. Par projet de décision du 9 novembre 2012 annulant et remplaçant celui du 5 septembre 2011, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de rente présentée par l'assuré, en retenant les éléments suivants: "Résultat de nos constatations: Vous êtes actuellement au bénéfice d'une demi-rente (inv. 54%) versée depuis le 1er octobre 2001. En date du 28 février 2011, vous nous signalez une aggravation de votre état de santé. Suite à cela, en date du 7 mars 2011, nous vous demandons de nous fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité et de produire à vos frais un rapport médical détaillé précisant le diagnostic, la description de l'aggravation de votre état de santé, le nouveau degré de votre capacité de travail, etc... Notre courrier du 7 mars est resté sans réponse de votre part. Dès lors, un projet de refus d'entrer en matière vous a été adressé le 5 septembre 2011, contre lequel vous vous opposez, nous fournissant par la même occasion divers rapports médicaux. La révision de votre droit à la rente est ouverte. Selon les renseignements médicaux en notre possession et après analyse de votre situation par un médecin conseil du Service Médical Régional, il ressort que les éléments apportés ne permettent pas de prendre en compte une aggravation objective de votre état de santé. En effet, le Dr Q. _____, rhumatologue, estime votre capacité de travail de 50% dans votre activité de jardinier et de 80% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles. Sur le plan cardiologique, le Dr M. _____ retient une capacité de travail de 100% dans votre activité de jardinier et dans une activité adaptée. Selon le Dr D. _____, médecine interne, votre capacité de travail est de 0% dans votre activité de jardinier et de 45% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles. Dès lors, votre capacité de travail est toujours estimée à 50% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles.

- 10 - Ce degré d'invalidité donne droit à la même rente qui a été versée jusqu'ici". A la suite de la contestation par l'assuré du projet de décision précité, le Dr M. _____ a, par courrier du 29 novembre 2012 à l'OAI, indiqué que "du point de vue strictement cardiologique nous attestons une aptitude au travail à 100% pour des travaux légers (par exemple: travail de bureau). Un travail "classique" ne reste probablement pas envisageable". Dans un rapport médical du 27 février 2013, le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne, a constaté une aggravation de l'état de santé de l'assuré sans toutefois faire état des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé. Sous "constat médical", il a évoqué une "maladie coronarienne sévère, s/p infarctus, s/p PTCA, resténose du stent 50%" et a conclu à l'impossibilité de reprendre un travail. Le 12 avril 2013, le Dr M. _____ a indiqué que la situation de l'assuré ne s'était pas modifiée depuis son dernier rapport médical du 9 août 2012 et son attestation du 29 novembre 2012. Par décision du 19 avril 2013 dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 novembre 2012. B. Par acte du 3 mai 2013, C. _____ recourt contre la décision du 19 avril 2013 et conclut implicitement à la reconnaissance d'une augmentation de son taux d'invalidité et par conséquent de sa rente d'invalidité. Il critique l'évaluation de sa capacité de travail réalisée par le Dr M. _____ et demande à l'autorité de céans de s'"entretenir avec lui afin d'être mieux informé sur mes véritables capacités de travail ainsi que sur mon état de santé". Dans ses observations du 30 juillet 2013, l'intimé conclut au rejet du recours.

- 11 - Le recourant n'a pas répliqué. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. 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 interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte, pour le surplus, les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). 2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

- 12 - 3. En l'espèce, le litige, relatif au droit du recourant à une rente d'invalidité, porte sur le point de savoir si l'invalidité s'est modifiée de façon à influencer le droit à la prestation pendant la période entre la décision du 10 octobre 2008 et la décision litigieuse du 19 avril 2013. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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 atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

- 13 - activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique; les

- 14 - constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des

autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées). c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 130 V 71 consid. 3; TF 9C_509/2011 du 18 octobre 2011 consid. 2.1). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGa. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

- 15 - 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 343 consid. 3.5; TF 9C_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle, 2011, n° 3065, p. 833). 4. En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations, en procédant à la comparaison des situations de fait existant au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision du 10 octobre 2008 et la décision litigieuse du 19 avril 2013. Pour sa part, le recourant critique l'évaluation de sa capacité de travail effectuée par le Dr M. _____, estimant implicitement que son cardiologue traitant n'a pas tenu compte de l'aggravation de son état de santé. a) Ainsi, par décision du 10 octobre 2008, l'intimé a considéré que le degré d'invalidité présenté par l'assuré n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, la Dresse D. _____ retenant que l'état de santé de son patient était stationnaire (rapport médical du 2 mai 2007), alors que le Dr M. _____ mettait en évidence une légère dysfonction systolique du VG avec une FE évaluée à 40-45% et une dysfonction diastolique avec une augmentation des fonctions de remplissage (rapport du 15 août 2006). Cette décision confirmait la décision sur opposition du 19 octobre 2004 octroyant à l'assuré une demi-rente d'invalidité à compter du 13 octobre 2001, compte tenu d'une dysfonction systolique

- 16 - modérée du VG avec une FE évaluée à 40-45% en présence d'une akynésie inféro-postérieure (rapport du 22 août 2001 du Dr V. _____). Finalement, le Dr R. _____ du SMR (avis médical du 16 octobre 2002), se fondant sur le courrier du 3

septembre 2001 du Dr V. _____, a estimé qu'une activité adaptée, n'entraînant pas de contraintes physiques et importantes, pouvait être exercée à 50%, alors que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de jardinier. Il convient d'examiner si le recourant a présenté une aggravation de son état de santé depuis les circonstances prévalant au moment de la décision du 10 octobre 2008. b) Une coronographie de contrôle pratiquée le 15 février 2012 a révélé une maladie coronarienne mono tronculaire avec une resténose borderline intra stent connue, laquelle desservait un territoire infarci, la FE étant diminuée sur akinésie inférieure (FE 41%). Comme l'a précisé le Dr M. _____ (rapport du 15 février 2012 relatif à la coronarographie précitée), ce bilan est connu et demeure inchangé depuis 1999. Il convient dès lors de constater que sur le plan cardiaque, l'état de santé du recourant au fil des années est resté pour l'essentiel identique. Concernant les multiples ulcères gastriques, ainsi que le syndrome lombovertébral récurrent, la Dresse D. _____ a attesté que ces diagnostics n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de son patient (rapport médical du 11 février 2012), élément corroboré par le Dr Q. _____ lequel n'a mis en évidence ni signe radiculaire, irritatif ou déficitaire. Il en est de même des genoux lesquels ne présentaient ni calcification, ni troubles dégénératifs (rapport médical du 23 novembre 2011 du Dr Q. _____). Quand au diabète et au cholestérol, la Dresse D. _____ ne les a pas mentionnés, ce qui permet d'exclure tout caractère invalidant. c) Dès lors, compte tenu des conclusions convaincantes et dûment étayées du Dr M. _____ – corroborées par les avis des médecins spécialistes versés au dossier – il y a lieu de retenir que l'état de santé du

- 17 - recourant n'a pas subi d'aggravation par rapport aux circonstances prévalant lors de la décision du 10 octobre 2008. On s'écartera donc des conclusions contraires du Dr P. _____ (rapport du 27 février 2013) dont l'avis, en tant que médecin traitant de l'assuré, doit être apprécié avec les réserves d'usage. Ainsi, le diagnostic de cardiopathie hyperintensive et ischémique dont a fait état le Dr P. _____ pour justifier une péjoration de l'état de santé de son patient a déjà été pris en compte lors de l'examen de la situation médicale par le SMR (avis médical du 31 mai 2012). Au demeurant, le Dr M. _____ a confirmé que la situation de l'assuré ne s'était pas modifiée depuis son dernier rapport médical du 9 août 2012 et son attestation du 29 novembre 2012 (courrier du 12 avril 2013). d) Sur le plan de la capacité de travail, le Dr M. _____ a conclu qu'elle était totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, soit excluant le port de charges de plus de 15 kg (courriers des 20 avril 2012, 29 novembre 2012 et 12 avril 2013). Les conclusions du Dr M. _____ ne constituent objectivement qu'une appréciation clinique différente de la situation médicale – demeurée inchangée – du recourant. Au vu des éléments disponibles au dossier, la question de savoir s'il convenait d'établir rétroactivement si la capacité de travail était réellement limitée en 2001 ou si déjà à l'époque il n'existait pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant, peut rester ouverte. On se limitera à rappeler qu'à l'époque de l'octroi de la demi-rente d'invalidité, il avait été constaté que l'assuré était handicapé par une résistance très faible au stress et à l'effort physique (rapport final du 21 octobre 2003 de la REA), élément sur lequel le Dr M. _____ ne s'est pas prononcé. Dans ces conditions, en l'absence d'un motif de révision, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas procédé à la révision de la décision d'octroi de prestations, compte tenu également du fait que les atteintes, nouvelles dont a fait état le recourant dans sa demande du 2 mars 2011, n'ont pas de répercussion sur sa capacité de travail. Le recourant présente donc toujours une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles lesquelles tiennent compte du syndrome lombovertébral.

- 18 - 5. Il s'ensuit que le droit à une demi-rente à compter du 1er octobre 2001 doit être maintenu et qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. 6. a) Selon l'art. 69 al. 1bis LAI, 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs. En l'espèce, le recourant succombe et doit donc être astreint aux frais de procédure, qu'il y a lieu de fixer à 400 francs. b) Au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant débouté (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 19 avril 2013 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens.

- 19 - Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - C. _____ (recourant), à [...], - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (recourant), à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne. par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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