

VD_GERICHTE ZD14.024671 vom 23. November 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-11-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.024671

FR: VD_GERICHTE ZD14.024671 du 23 novembre 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.024671 del 23 novembre 2015

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 131/14 - 304/2015 ZD14.024671 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 23 novembre 2015 _____ Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Dépraz, juge, et Pittet, assesseur Greffière : Mme Preti ***** Cause pendante entre :
G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne, et
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey,
intimé. _____ Art. 6, 7, 8 et 17 LPG A ; 4 et 28 LAI ; 87 et 88a RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] en Turquie,
est arrivé en Suisse en 1988. Il a travaillé en tant que conducteur élévateur jusqu'en 1996,
puis après deux ans de chômage, en tant que nettoyeur auprès de la société [...], à [...],
jusqu'en janvier 1999. Le 13 juillet 1999, il a déposé une demande de prestations auprès de
l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci- après : l'intimé ou l'OAI). A
l'appui de sa demande, l'assuré a mentionné une épicondylite bilatérale récidivante et
chronique, ainsi que des lombalgies chroniques. Dans un rapport à l'OAI du 18 mai 2000, le
Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur,
a posé les diagnostics de syndrome du canal carpien à nette prédominance droite,
décomprimé par endoscopie le 13 mai 1994 et d'épicondylalgie radiale à droite opérée le 14
avril 1999. Une expertise a été réalisée auprès du Dr Q. _____, spécialiste en médecine
interne générale et en rhumatologie, donnant lieu à un rapport daté du 6 juin 2002. Les
diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré étaient ceux de
spondylarthrite ankylosante HLA B27 négative avec sacro-iliite bilatérale, de lombalgies
chroniques et sciatalgies à bascules, d'arthrite manubrium-sternale calme cliniquement,
d'épicondylites chroniques bilatérales, de périarthrite de l'épaule gauche de sévérité
modérée, de status après cure chirurgicale d'une épicondylite droite en 1998 et d'état
dépressif anamnestique. Le Dr Q. _____ estimait que l'assuré présentait une capacité de
travail résiduelle de 50% dans un travail de nettoyeur ou de conducteur élévateur et de
100% dans une activité adaptée. Le 11 novembre 2002, un examen psychiatrique a été
réalisé par la Dresse Y. _____, médecin au Service médical régional de
l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Elle a retenu les diagnostics de

- 3 - personnalité émotionnellement labile, type impulsif, avec des traits narcissiques et de
trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive. La capacité de travail
résiduelle était estimée à 70% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles
étaient les suivantes : impulsivité, narcissisme et incapacité à se remettre en question. Le Dr
[...], médecin au SMR, a préconisé de mettre en place une réadaptation professionnelle,
compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de l'assuré de 50% dans l'activité
habituelle et de 70% dans une activité adaptée (cf. rapport SMR du 26 novembre 2002).
L'assuré a effectué un stage auprès du X. _____ (ci-après : X. _____) du 7 avril au 2

mai 2003. Dans ce cadre, un examen médical a été réalisé par le Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale. Ce dernier a noté que l'assuré fournissait un travail de bonne qualité, mais que ses rendements étaient assez faibles, à savoir entre 32 et 50%. Compte tenu de l'observation en ateliers, le Dr Z. _____ retenait une capacité résiduelle de travail de 50% sur un plein temps en tant que magasinier ou monteur de tableaux, par exemples. Le 16 janvier 2004, l'OAI a transmis à la Caisse de compensation les indications concernant l'invalidité de l'assuré. Une motivation en faveur de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité, à compter du 1er avril 2000, était jointe à son envoi. L'OAI a pris en compte un revenu d'invalidité de 28'112 fr. 50 (sur la base de quatre descriptions de poste de travail et d'une capacité de travail résiduelle de 50%) et un revenu sans invalidité de 54'600 fr., conduisant à un degré d'invalidité de 48.51%. Par décision du 29 mars 2004, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente à compter du 1er avril 2004. L'assuré a fait opposition à cette décision le 29 avril 2004. Par décision sur opposition du 15 décembre 2004, l'OAI a annulé sa décision du 29 mars 2004 et reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente à partir du 1er avril 2000, compte tenu

- 4 - d'un revenu d'invalidité de 27'190 fr. et d'un revenu sans invalidité de 54'600 fr. (degré d'invalidité de 50.2%). B. Dans un questionnaire pour la révision de la rente du 4 septembre 2008, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis février 2008, en raison de problèmes cardiaques. Dans un rapport du 10 octobre 2008 à l'OAI, la Dre C. _____, spécialiste en cardiologie, a expliqué que l'assuré avait présenté une récurrence d'angor motivant une hospitalisation le 7 octobre 2008. Étaient joint à cet envoi, deux autres rapports de la Dre C. _____ : - un rapport du 11 mars 2008 mentionnant que le patient était au décours d'un syndrome coronarien aigu qui avait motivé, dans un premier temps, une angioplastie de deux lésions sur la coronaire droite avec implantation d'endoprothèses non recouvertes d'une substance antiproliférative et, dans un second temps, une angioplastie avec implantation d'une endoprothèse recouverte d'une substance antiproliférative au niveau de l'IVA moyenne avec un bon résultat final, sans récurrence d'angor. L'échocardiographie montrait une bonne fonction ventriculaire gauche sans anomalie de la cinétique segmentaire (pas de séquelles pour un infarctus transmural) ; - un rapport du 5 septembre 2008 indiquant que le patient présentait une récurrence de douleurs suspectes d'angor, confirmé à l'épreuve d'effort. La coronarographie réalisée le 2 septembre avait révélé une resténose intrastent au niveau de la coronaire droite ainsi qu'au niveau de l'IVA moyenne. Une recanalisation des sténoses de la coronaire droite avait été réalisée avec implantation de quatre stents actifs en continuité. Dans un rapport du 8 décembre 2008 à l'OAI, le Dr M. _____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants :

- 5 - - état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (depuis 2003) - cardiopathie ischémique : status post angioplastie 2 stents coronaire D et IVA (depuis février 2008) - angor instable stade II-III ad status post angioplastie IVA et stent enrobé (depuis septembre 2008) - allergie à l'Aspirine avec œdème de Quincke anamnestique il y a 13 ans dans le cadre d'une probable maladie de Widal - diabète de type II non insulino-requérant traité par régime - HTA - hypercholestérolémie - tabagisme chronique actif à 37 UPA - excès pondéral - PSH gauche - spondylarthrite ankylosante HLAB27 négative avec sacro-iliite bilatérale, lombalgies chroniques et sciatalgies à bascule ainsi qu'arthrite manubrio-sternale calme cliniquement - épicondylite chronique bilatérale - périarthrite d'épaule gauche - status post cure chirurgicale d'une épicondylite droite. A l'anamnèse, le Dr M. _____ a

notamment relevé ce qui suit : « Depuis le dernier rapport AI l'état psychique et surtout physique de l'assuré ne s'est guère amélioré. En effet le patient a dû être hospitalisé d'urgence dans le service de cardiologie du Centre hospitalier F. _____ le 04.02.2008 pour subir une double dilatation de la coronaire droite et de l'IVA, avec mise en place de stents. A la suite de ce séjour hospitalier, le patient a entrepris un sevrage tabagique avec succès. Le traitement à la sortie comportait un anti- agrégant (Aspirine et Plavix), un bêta-bloquant (Beloc Zok) avec un IEC (lisinopril) ainsi qu'un hypolipémiant (Simvastatine). L'évolution a été lentement favorable avec une amélioration sur le plan de la capacité fonctionnelle. Par la suite le patient a été suivi par la Dresse C. _____, cardiologue à Lausanne. Dans le courant du mois de septembre, M. G. _____ a commencé à présenter des douleurs constrictives rétro-sternales et irradiant dans le bras gauche, péjorées par l'effort mais aussi au repos (angor instable). Comme il

- 6 - devait se rendre en Turquie pour 2 à 3 semaines, on a décidé de surseoir à la coronarographie. A son retour de vacances, le patient me consulte en urgence pour des symptômes clairement évocateurs d'angor instable. J'ai dû l'adresser d'urgence le 07.10.2008 au Centre hospitalier F. _____. La coronarographie a montré une sténose de plus de 70% de l'IVA nécessitant la pose d'un stent actif au niveau proximal de l'IVA. Un mois après cette intervention, M. G. _____ a fait une ergométrie auprès de la Dresse C. _____ le 03.11.2008, l'examen était doublement positif, ce qui a amené la spécialiste à effectuer une scintigraphie myocardique à l'effort (petite zone d'hypo-perfusion réversible au niveau inféro-latéral pouvant signer une ischémie de stress dans le territoire de la coronaire droite). Malgré cette ischémie démontrée, mais étant donné que le territoire de l'IVA est bien perfusé, la Dresse C. _____ n'a pas proposé d'effectuer une nouvelle coronarographie mais introduit néanmoins un traitement anti-angineux (Dancor 2x10 mg/j). Sur le plan psychologique, on relève des signes et symptômes de la lignée dépressive, anhédonie, baisse de l'estime personnelle, tristesse, troubles du sommeil, de la concentration et de la mémoire, phobie sociale et prise pondérale. Sur le plan ostéo-articulaire, le patient se plaint de douleurs dorso- lombaires, le réveillant parfois la nuit et allant dans le sens d'une réactivation de son Bechterew. » Le Dr M. _____ notait que l'assuré avait une tolérance limitée à l'effort et un angor stade II-III malgré le traitement, le pronostic étant réservé s'agissant d'une reprise professionnelle au-delà de 25% dans une activité modérément exigeante physiquement. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 février 2008 pour une période indéterminée. Ce médecin a également précisé les limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir d'éviter le travail avec les bras au-dessus de la tête, la position accroupie et à genoux, les rotations, de monter sur une échelle ou un échafaudage, de monter des escaliers et de soulever des charges au-delà de 3-4 kg. Etaient également limitées ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance. Le Dr M. _____ a fait parvenir à l'OAI deux autres rapports médicaux : - un rapport des Dresses R. _____, cheffe de clinique, et [...], médecin assistante, au Centre hospitalier F. _____ (ci-après : Centre hospitalier F. _____) du 13 février 2008, relatif au séjour de l'assuré du 4 au 8 février 2008 ;

- 7 - - un rapport de la Dresse C. _____ du 10 novembre 2008 auquel était joint un rapport concernant la scintigraphie myocardique du 4 novembre 2008, dont il est ressorti ce qui suit : « très bonne perfusion des territoires de l'IVA et de la CX. Sur le territoire de la CD, persistance d'une minime zone suspecte d'ischémie, sans anomalie segmentaire de la contractilité. Il existe cependant une discrète hypokinésie inférieure. La fraction d'éjection

est normale : 53%. » Dans un avis du 18 janvier 2010, le Dr B. _____, médecin au SMR, a estimé que l'assuré avait retrouvé une capacité de travail résiduelle de 70% dans une activité adaptée dès le début du mois de décembre 2008. Il préconisait la mise en place d'une réadaptation professionnelle. Dans un avis subséquent du 20 octobre 2010, il a toutefois proposé de requérir les avis actualisés des Drs C. _____ et M. _____. Le 10 novembre 2010, la Dresse C. _____ a fait parvenir à l'OAI un rapport du Dr K. _____, spécialiste en cardiologie et médecin associé au Centre hospitalier F. _____, du 4 novembre 2009. Ce rapport concernait l'IRM cardiaque effectuée le 4 novembre 2009 dont les résultats faisaient suspecter une progression de la maladie coronarienne avec relaxation précoce en antéro-apical et angor sous stress. La Dresse C. _____ a également transmis à l'OAI ses derniers rapports médicaux, à savoir ceux des 11 décembre 2008, 20 novembre 2009, 18 janvier et 11 août 2010, lesquels font état de la persistance d'un angor qui a motivé en janvier 2010 une angioplastie avec implantation d'une endoprothèse recouverte d'une substance antiproliférative, ainsi que d'une lésion intermédiaire de la diagonale de petite calibre, connue et inchangée. Dans un rapport du 17 novembre 2010 à l'OAI, le Dr M. _____ a retenu les diagnostics supplémentaires de maladie tritonculaire complexe, de status post angioplastie et stent de la CX moyenne en janvier 2010 et de status post-opératoire du tunnel carpien gauche en novembre 2009. L'incapacité de travail était totale à compter du 4 février 2008 et le pronostic d'une reprise professionnelle au-delà de 20% dans

- 8 - une activité modérément exigeante réservé. Les limitations fonctionnelles étaient similaires à celles posées dans son précédent rapport du 8 décembre 2008 à l'OAI (hormis que le fait de monter des escaliers n'était plus limitatif). Le Dr M. _____ a joint un rapport des Drs [...], médecin hospitalier, et [...], médecin assistant, du Service de cardiologie du Centre hospitalier F. _____ relatif au séjour de l'assuré du 15 au 16 janvier 2009, ainsi que le protocole opératoire du tunnel carpien gauche du 11 décembre 2009 établi par le Dr [...], spécialiste en chirurgie de la main. Par avis SMR du 10 décembre 2010, le Dr B. _____ a préconisé la mise en œuvre d'un examen clinique de type X. _____. Une expertise pluridisciplinaire a été réalisée les 3 et 17 février 2011 auprès du Centre J. _____ (ci-après : J. _____). Les Drs P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, ont établi un rapport daté du 26 mai 2011. Ils ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négative, d'épicondylalgies bilatérales avec status après opération au coude droit en 1999, de maladie coronarienne présente depuis 2008, de dysthymie existant depuis environ 2003 et d'accentuation des traits impulsifs et narcissiques de personnalité existant depuis l'adolescence. Ils ont retenu que les efforts physiques sollicitant fortement le dos ou les positions statiques prolongées étaient contre-indiqués, ainsi que les activités nécessitant des mouvements répétitifs du bras. La tolérance au stress était réduite et l'assuré présentait des difficultés au plan relationnel. Ils ont estimé qu'il disposait d'une capacité de travail résiduelle de 100%, avec un rendement de 50%, dans l'activité de chauffeur-livreur, et de 100% avec une diminution de rendement de 30% (pour des raisons psychiatriques, étant précisé qu'un traitement pourrait augmenter le rendement) dans une activité adaptée. Ils ont en outre apprécié la situation comme suit : « SYNTHÈSE ET DISCUSSION Rappel de l'histoire médicale :

- 9 - Monsieur G. _____ est un assuré turc de 54 ans, divorcé, père de deux enfants à charge, le cadet vivant avec sa mère. Il a fini l'école au niveau secondaire, mais n'a pas de formation professionnelle. Il travaille en Turquie comme ouvrier, le commerce de charcuterie, chauffeur de taxi, puis vient en Suisse en 1988 pour des motifs politiques. Il travaille alors dans le recyclage de papiers, c'est dans le cadre de ce travail que commenceront les arrêts de travail, avec par la suite deux ans de chômage, puis une rente AI à 50% depuis 2000. Il travaillera pendant plusieurs années comme chauffeur- livreur avec un taux variable autour de 20% ainsi qu'à 50% pendant cinq mois pour [...], jusqu'en février 2009. Depuis, il n'a plus repris d'activité professionnelle. Monsieur G. _____ se plaint de lombalgies basses depuis 1996 environ avec des sciatalgies à bascule. C'est lors d'une expertise médicale effectuée en 2002 par le Dr M. Q. _____, rhumatologue, que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négative avec sacro-iliite bilatérale est posé. Par la suite l'expertisé continue de se plaindre de lombalgies basses mais il n'y a pas de suivi rhumatologique spécialisé ni de traitement pour ce problème. Monsieur G. _____ se plaint aussi de troubles des membres supérieurs. En fait en 1994 il est opéré pour un syndrome du canal carpien à droite. En 1999 une épicondylite au coude droit nécessite aussi une intervention chirurgicale, mais avec un résultat insatisfaisant pour Monsieur G. _____, raison pour laquelle il ne se fait pas opérer le coude gauche, malgré la présence de symptômes semblables. Enfin en décembre 2009 il est opéré pour un syndrome du canal carpien gauche. Monsieur G. _____ a également présenté un angor en février 2008 motivant son hospitalisation au Centre hospitalier F. _____. On pratique une coronarographie qui va montrer une occlusion de la coronaire droite proximale avec un lit d'aval pathologique ainsi qu'une lésion significative de l'artère interventriculaire antérieure moyenne. Il est dilaté avec un stent conventionnel, probablement en raison d'une allergie à l'Aspirine, ne permettant pas de débiter la double anti-agrégation sans qu'il ait été désensibilisé auparavant. Durant la procédure, on occlut l'artère interventriculaire postérieure. Il est alors désensibilisé à l'Aspirine, convoqué à nouveau une dizaine de jours plus tard et l'on dilate l'artère interventriculaire antérieure moyenne avec mise en place d'un stent actif cette fois. En raison d'une récurrence angineuse, Monsieur G. _____ est coronarographié une troisième fois le 2 septembre 2008, et l'on observe une resténose intra-stent sub-occlusive au niveau de la coronaire droite qui sera traitée par la pose de quatre stents actifs, la lésion mesurant 7 cm. On observe également une progression des lésions sur l'IVA juste en amont du stent placé le 18 février 2008. En raison d'une récurrence angineuse, le patient est coronarographié une quatrième fois le 7 octobre 2008 et dilaté sur l'artère interventriculaire antérieure avec pose de stent actif.

- 10 - Toujours dans le cadre de récurrence angineuse, le patient est coronarographié le 15 janvier 2009, sans lésion significative nouvelle démontrée. Toujours dans le même contexte angineux, le patient est coronarographié le 12 janvier 2010 et on met en évidence une lésion significative de l'artère circonflexe qui est dilatée par un stent actif. Enfin, la dernière coronarographie du 11/01/2011 montre de multiples lésions non significatives, mais une occlusion de l'artère interventriculaire postérieure connue datant de la première coronarographie, et une lésion focale de la première diagonale. Monsieur G. _____ n'a jamais bénéficié de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique. En 2002, lors d'un examen psychiatrique au SMR, la Dresse Y. _____ retient les diagnostics d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive chez une personnalité émotionnellement labile, type impulsif avec des traits narcissiques. Elle retient une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Situation actuelle et conclusions : Sur le plan

rhumatologique, Monsieur G._____ ressent toujours des douleurs au bas du dos même si pas constamment présentes. Il décrit aussi une mobilité parfois réduite. L'examen clinique est compatible avec une maladie de Bechterew, diagnostic retenu sur la base d'une sacro-iliite. La difficulté est d'apprécier l'importance clinique et les répercussions fonctionnelles dans le cas présent. On peut noter qu'il n'y a pas eu de consultation spécialisée, d'investigation nouvelle ou de traitement spécifique ces dernières années. La description des activités de la vie quotidienne, de la vie sociale, de la prise en charge du fils durant le week-end jusqu'à récemment, etc., montrent que ce rhumatisme inflammatoire est compatible avec une vie active. On peut retenir qu'il n'y a pas d'aggravation significative concernant ce problème depuis l'expertise de 2002. Il avait été retenu une capacité résiduelle de travail de 50% comme nettoyeur ou conducteur d'élévateur et de 100% dans un travail adapté. Monsieur G._____ se plaint aussi d'épicondylalgies chroniques, bilatérales, plus ou moins présentes en fonction des activités. Ce problème aussi était déjà pris en compte lors de l'expertise de 2002. On ne peut pas dire qu'il y a une aggravation depuis lors. De même l'opération pour le syndrome du canal carpien gauche a pu entraîner une incapacité de travail totale durant une période limitée, mais n'influence pas actuellement la capacité de travail. On peut relever dans une lettre de sortie du service de cardiologie du 13.02.2008 les diagnostics de diabète de type II non-requérant traité par régime et hypertension artérielle. Ces diagnostics ne sont pas repris dans les rapports ultérieurs du médecin traitant Dr M._____ et ils sont niés par Monsieur G._____ lors de la présente évaluation.

- 11 - En conclusion, l'atteinte ostéoarticulaire limite les efforts physiques et diminuent le rendement de l'ordre de 50% dans une activité telle que nettoyeur ou conducteur d'élévateur, profession exercée précédemment. Dans une activité sédentaire et ne nécessitant pas de mouvement répétitif des bras, la capacité de travail est préservée, sans perte de rendement. La situation médicale ne s'est pas améliorée depuis l'attribution de la demi-rente AI en avril 2000. Sur le plan cardiologique, Monsieur G._____ présente une maladie coronarienne agressive, ayant nécessité sept angiographies et la pose de neuf stents. Il a été cathétérisé deux fois dans le cadre d'un angor sans lésion angiographiquement significative démontrée. La dernière coronarographie date de janvier 2011 et démontre une occlusion de l'artère interventriculaire postérieure connue depuis 2008, et une lésion focale sur une petite diagonale non accessible ainsi qu'un réseau coronarien diffusément malade. L'échocardiographie de ce jour montre une bonne fonction ventriculaire gauche. L'ergométrie effectuée est arrêtée en raison d'une fatigue des membres inférieurs sans douleur angineuse avec une aptitude physique plutôt moyenne. Monsieur G._____ présente dans son quotidien une symptomatologie angineuse typique avec parfois des douleurs au repos, souvent des douleurs à l'effort, auxquelles se mêlent souvent des douleurs musculaires diffuses. Néanmoins, on observe que la prise de dérivés nitrés améliore la situation rapidement. Il présente également un essoufflement qui semble l'invalider, essentiellement secondaire à notre avis à un déconditionnement physique depuis deux ans. En conclusion, Monsieur G._____ présente une atteinte coronarienne sévère avec une symptomatologie angineuse possiblement explicable par une atteinte de la microcirculation, de l'occlusion de l'artère interventriculaire postérieure et de la diagonale. Il est actuellement limité dans son activité physique par ses douleurs thoraciques et par un essoufflement survenant rapidement à l'effort. Il n'y a pas de contre-indication cardiologique à une activité professionnelle. En revanche, il existe des restrictions, dans la mesure où si l'activité professionnelle demande un effort physique modéré, il existe

certainement une perte de rendement de l'ordre de 50%. Une activité sédentaire peut être effectuée sans perte de rendement. Sur le plan psychique, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble phobique, ni de syndrome douloureux somatoforme persistant.

- 12 - Monsieur G._____ se plaint surtout de la persistance d'un sentiment de tristesse et de solitude depuis la séparation d'avec sa femme en 2000. Cette situation s'accompagne d'un trouble du sommeil ne nécessitant cependant plus de prise d'un somnifère. Monsieur G._____ décrit également des idées noires et suicidaires transitoires dans le passé dont il prend une claire distance à l'examen actuel. Malgré cette situation, Monsieur G._____ ne présente pas de perte de l'intérêt et du plaisir, mais passe volontiers des vacances annuelles en Turquie où il se rend en voiture ou en avion, entre autres pour soutenir sa mère malade, comme en décembre 2010. En Suisse, il se rend régulièrement au centre turc pour regarder des matchs de football. En parallèle, Monsieur G._____ décrit son intérêt pour certaines émissions de télévision et se présente souriant lorsqu'il parle de son intérêt pour la rénovation de meubles. A l'examen psychiatrique actuel, Monsieur G._____ ne présente pas non plus de signe en faveur d'une diminution de l'énergie importante. Au contraire, il participe activement à tout l'examen, lui demandant un effort particulier à cause de ses compétences de langue limitées, sans signe de fatigue, ni de diminution importante de l'attention ou de la concentration. En l'absence d'idées de culpabilité ou de dévalorisation, d'idées ou actes auto-agressifs actuels, ainsi que d'élément objectivable en faveur d'une diminution de l'appétit chez un assuré décrivant une prise de poids depuis 2008, les symptômes dépressifs de l'assuré restent relativement légers. Monsieur G._____ souffre ainsi d'une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité reste insuffisante pour justifier le diagnostic d'un épisode dépressif. Cette dépression chronique est survenue dans le contexte d'une accumulation d'événements stressants (séparation d'avec son épouse, survenue de problèmes de santé physique, etc.). En 2002, c'est ainsi que la Dresse Y._____ retient le diagnostic d'un trouble de l'adaptation, diagnostic correspondant aux symptômes dépressifs relativement légers. Puis, Monsieur G._____ présente une chronicisation de ce trouble de l'adaptation, diagnostic qui ne peut pas être retenu au-delà de deux ans. Cette chronicisation se présente dans le contexte de la persistance voire l'aggravation de ses difficultés de santé physique ainsi que de ses problèmes sociaux (difficultés de langue, absence d'une formation reconnue en Suisse, marché du travail). Depuis, il se sent fatigué et déprimé. Tout lui coûte et peu de choses lui sont agréables. Il rumine, il se plaint, dort mal et a perdu confiance en lui-même. Néanmoins, il est toujours resté capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne. Il mène une vie indépendante, maintient des contacts sociaux, passe avec plaisir des séjours en Turquie et s'occupe régulièrement de son fils handicapé, ce qui n'est pas compatible avec le diagnostic d'un épisode dépressif, notamment pas avec un épisode dépressif sévère. En plus, Monsieur G._____ refuse toute prise en charge psychiatrique et ne prend ni d'antidépresseur, ni de somnifère, malgré les symptômes

- 13 - psychiques décrits subjectivement. En conséquence, nous avons retenu le diagnostic d'une dysthymie. Cette dysthymie s'inscrit dans le contexte d'une structure de personnalité marquée par des traits impulsifs et narcissiques à l'origine d'une tendance aux réactions sans considération pour les conséquences possibles, par exemple face aux conflits avec son ex- épouse. Malgré cette structure de personnalité, Monsieur G._____ a été capable de s'engager pendant plusieurs années dans sa relation conjugale, de s'intégrer dans la vie

professionnelle de son pays d'accueil après émigration ainsi que de maintenir des relations stables, notamment au plan familial. En conséquence, Monsieur G. _____ ne présente pas de déviation extrême de la constitution caractérologique comme demandée par la CIM-10 pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité. En même temps, Monsieur G. _____ continue de faire preuve d'une inclinaison de certains traits de personnalité à l'origine d'un comportement potentiellement conflictuel limitant sa capacité d'intégration dans le tissu social d'une activité professionnelle. En conclusion, l'anamnèse et l'examen psychiatrique actuel ne permettent pas de retenir une aggravation (sic) manifeste chez un assuré présentant la chronicisation d'un état déjà décrit dans l'examen psychiatrique de novembre 2002. La capacité de travail est de 100% avec une diminution de rendement de 30%. Monsieur G. _____ pourrait bénéficier de la poursuite d'un traitement psychiatrique, notamment d'un traitement antidépresseur afin d'atteindre une rémission complète de ses symptômes dépressifs et de réduire son impulsivité. » Dans un avis SMR du 10 juin 2011, le Dr B. _____ a pris en compte l'expertise du J. _____. Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité de chauffeur-livreur depuis février 2008 et de 50% dans une activité adaptée depuis le 4 novembre 2008. Il a ajouté que pendant la période de février à novembre 2008, la capacité de travail était nulle, l'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé. Le 10 août 2011, l'OAI a rendu un projet de décision préavisant en faveur de l'octroi d'une rente entière du 1er août 2008 au 28 février 2009 et d'une demi-rente dès le 1er mars 2009, compte tenu d'un degré d'invalidité de 56% (revenu sans invalidité de 59'580 fr. 66 et revenu avec invalidité de 26'026 fr. 34). Le 9 septembre 2011, l'assuré, représenté par son conseil, a transmis ses observations, faisant valoir qu'il avait droit à trois-quart de rente dès le 1er mars 2009 et non à une demi-rente.

- 14 - Dans un avis SMR du 21 septembre 2011, le Dr B. _____ a ajusté ses conclusions du 10 juin 2011, estimant que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 30% (et non de 50%) dans une activité adaptée depuis le 4 novembre 2008. Par décision du 18 juin 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière pour la période du 1er août 2008 au 28 février 2009. Il ressort du dossier qu'une demi-rente a également été allouée pour la période courant dès le 1er mars 2009, bien que la décision ne figure pas dans les pièces communiquées par l'intimé. Par courrier du 19 juillet 2012, le conseil de l'assuré a transmis les documents médicaux suivants : - un rapport du 15 mai 2012 de la Dresse C. _____ dans lequel elle a expliqué que la coronarographie réalisée à cette même date était quasi superposable à l'examen effectué en janvier 2011 ; - un rapport du Dr K. _____ du 9 mai 2012 relatif à l'IRM cardiaque. Ce médecin a mentionné que l'examen au repos était dans les normes, alors que l'épreuve de stress faisait suspecter la progression de la coronaropathie avec angor précoce (73 FCMT) motivant l'arrêt de l'épreuve. Le 20 septembre 2012, l'assuré s'est opposé à la décision de l'OAI du 18 juin 2012, faisant valoir une notification irrégulière. Cette opposition a été transmise au Tribunal cantonal comme objet de sa compétence. Par arrêt du 8 janvier 2013, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré. C. Dans un questionnaire pour la révision de la rente du 26 septembre 2013, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis 2012. Il a joint plusieurs rapports médicaux, à savoir notamment :

- 15 - - un rapport du Service de médecine interne du Centre hospitalier F. _____ du 27 novembre 2012 relatif au séjour de l'assuré du 12 au 28 novembre 2012, date de son transfert à la Clinique V. _____. L'assuré s'est présenté aux urgences en raison de douleurs thoraciques apparues au repos. Les éléments suivants ont été relevés : « - NSTEMI

[infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST] chez un patient connu pour une cardiopathie ischémique avec maladie tritronculaire complexe avec : - PTCA/stents non actifs au niveau de la coronaire droite proximale et distale le 04.02.2008 - PTCA/stent actif au niveau de l'IVA moyenne (18.02.2008) - Resténose au niveau des stents implantés au niveau de la coronaire droite qui a motivé une PTCA avec implantation de quatre stents actifs en continuité (CD proximale et distale 02.09.2008) - PTCA et stent actif au niveau de l'IVA proximale (07.10.2008) - IRM cardiaque du 09.05.2012 avec FEVG 73%, pas de trouble segmentaire associé - Coro le 16.11.12 avec lésion inférieure à 30% du tronc commun, sténose très serrée (70-90%) de la première diagonale, lésion non significative de la CD. IVP avec occlusion ancienne. [...] discussion et traitement : Coro du 16.11.12 avec lésion inférieure à 30% du tronc commun, sténose très serrée (70-90%) de la première diagonale, lésion non significative de la CD. IVP avec occlusion ancienne. Pas d'implantation de nouveau stent dans ce contexte. [...] Post hosp : Indication à un transfert en clinique pour rééducation cardiovasculaire et prise en charge des facteurs de risques cardio- vasculaires. [...] Etat dépressif modéré à sévère D'origine multifactoriel. Divorce suivi d'une mise à distance de ses enfants avec difficulté à garder le lien. Atteintes somatiques diffuses pour lesquelles il est à l'AI à 50% et qui semblent insurmontables actuellement devant l'évolution de sa cardiopathie ischémique. Dans ce contexte, Monsieur est en procès contre l'AI pour prise en charge à 100%. Perte aussi de son emploi avec mise en suspend des démarches de nationalisation. Contexte d'effondrement et de laissé-aller depuis plusieurs mois avec perte d'espoir et laxisme dans l'application des mesures hygiéno- diététiques pour le contrôle de facteurs de risques cardio- vasculaires. Une partie des douleurs thoraciques décrites semblent chroniques et pourraient avoir un substrat psychique. Dans ce contexte on préconise un suivi psycho-thérapeutique. L'indication à débiter un traitement anti-dépresseur est posée au Centre hospitalier F._____ et est laissée aux bons soins des

- 16 - intervenants qui assureront la suite de prise en charge à la Clinique V._____ puis en ambulatoire. » - un rapport du centre de réadaptation cardiovasculaire de la Clinique V._____ du 20 décembre 2012, relatif au séjour de l'assuré du 28 novembre au 18 décembre 2012, établi par les Drs D._____, médecin chef, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et [...], chef de clinique. Ils ont notamment exposé ce qui suit : « [...] Diagnostics - NSTEMI [infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST] le 12 novembre 2012, chez coronarien connu pour maladie tritronculaire complexe avec status post-pose de 9 stents : o PTCA [angioplastie coronaire] et stents non actifs au niveau de la coronaire droite proximale et distale le 04.02.08. o PTCA et stent actif au niveau de l'IVA moyenne le 18.02.08. o Resténose au niveau des stents implantés au niveau de la coronaire droite qui a motivé une PTCA avec implantation de 4 stents actifs en continuité (coronaire droite proximale et distale) le 02.09.08. o PTCA et stent actif au niveau de l'IVA proximale le 07.10.08. - Fonction ventriculaire gauche conservée à l'IRM cardiaque du 09.05.12 avec FE à 73% sans trouble segmentaire associé. - Sténose serrée (70-90%) de la 1ère diagonale, lésion non significative de la coronaire droite, occlusion chronique de l'IVP à la coronarographie du 16.11.12 (traitement conservateur). [...] Discussion et évolution Monsieur G._____ a participé à notre programme de réadaptation cardio-vasculaire en groupe (groupe moyen) 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 début de séjour, Monsieur G._____ a présenté un épisode de douleurs thoraciques atypiques non lié à l'effort. Pendant

- 17 - tout son séjour, le patient n'a pas présenté de symptomatologie évocatrice d'angor. L'épreuve d'effort effectuée au milieu du séjour de réadaptation était sans argument pour une ischémie myocardique. En présence d'un état dépressif réactionnel, Monsieur G._____ a bénéficié de l'avis psychiatrique lors de l'hospitalisation au Centre hospitalier F._____ où l'indication à un traitement antidépresseur a été posée. Le traitement a été débuté en milieu de séjour de réadaptation avec une bonne tolérance clinique et un effet favorable sur le sommeil du patient. Un suivi psychologique serait bénéfique après le retour à domicile du patient et nous demandons au médecin de famille de bien vouloir l'organiser (le patient est d'accord avec une telle prise en charge). » - un rapport du Dr M._____ du 21 décembre 2012 : il a posé les mêmes diagnostics que dans son rapport précédent, sous réserve d'un état dépressif désormais modéré. Il précisait que son patient avait été hospitalisé en novembre 2012 au Centre hospitalier F._____ en raison d'une aggravation de sa maladie coronarienne et que son incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée, une reprise d'activité légère au-delà de 20-25% par jour paraissant peu probable. Dans un rapport du 3 décembre 2013 à l'OAI, le Dr M._____ a posé le diagnostic d'angor instable au printemps 2012. Il a précisé ce qui suit : « La récente ergométrie (26.11) confirme un angor instable avec une limitation fonctionnelle de stade III selon la CCS (cf. lettre du Dr W._____). En outre M. G._____ se plaint de dorso-lombalgies chroniques dans le cadre de son Bechterew ainsi que d'une nette limitation à l'effort physique en raison de cardiopathie ischémique instable. Il présente, de manière assez régulière, des épisodes de céphalées tensionnelles et de migraines nécessitant l'emploi de Paracétamol ou de Novalgine. L'ensemble de ses problèmes de santé physique ont un retentissement sur le moral de l'assuré qui traverse actuellement un état dépressif modéré à sévère. Les symptômes dépressifs sont de nouveau assez importants depuis cet automne, et l'assuré se plaint de troubles du sommeil à polarité vespérale, d'un manque d'initiative, d'une perte de confiance avec un « self-estim » diminué, le tout dans un contexte de fatigabilité accrue. » S'agissant du pronostic, le Dr M._____ a affirmé que compte tenu de la fragilité physique et psychologique évidente de l'assuré, il était illusoire d'envisager une reprise professionnelle même à temps partiel et

- 18 - recommandait l'ajustement de sa rente de 50 à 100% jusqu'à la prochaine révision. Il a joint un rapport du 26 novembre 2013 du Dr S._____, spécialiste en cardiologie, selon lequel l'ergométrie sous-maximale sous bêta-bloqueur s'était révélée positive pour une ischémie inféro-latérale et la coronarographie pratiquée après l'infarctus de décembre 2012 avait retrouvé une sténose serrée de la première diagonale probablement prise dans les mailles des stents, qui n'avait pas pu être dilatée, ce qui expliquait la persistance d'un angor d'effort avec une limitation fonctionnelle de stade III selon la CCS. Dans un avis SMR du 21 février 2014, le Dr B._____ a estimé qu'il n'y avait pas d'empêchements somatiques nouveaux depuis la dernière décision de l'OAI, l'événement cardiaque du 12 novembre 2012 n'ayant pas impacté de façon durable la tolérance à l'effort de l'assuré. Quant à l'état dépressif, ainsi que les troubles ostéo-articulaires, ils étaient connus de longue date et avaient été pris en compte dans les instructions antérieures. Ainsi, aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait été rendue plausible. Le 27 février 2014, l'OAI a rendu un

projet de décision refusant l'augmentation de la rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité fixé à 56% était inchangé. Le 13 mars 2014, l'assuré a fait parvenir ses observations, soutenant que sa capacité de travail était de 10-20% dans une activité adaptée. Par décision du 13 mai 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 27 février 2014. D. Par acte du 17 juin 2014, G. _____, représenté par son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à ce que sa rente d'invalidité soit augmentée à un taux d'invalidité supérieur à 56%, subsidiairement au renvoi de la cause auprès de l'OAI

- 19 - pour instruction complémentaire. Il soutient que de l'avis du Dr M. _____, il présente une capacité de travail restreinte à 10-20% dans une activité adaptée, et que dès lors cette question doit être investiguée compte tenu des autres documents divergents au dossier. Le 2 octobre 2014, l'assuré a complété son recours, sollicitant – au vu des constatations convaincantes du Dr M. _____ –, à titre préliminaire, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire ou pluridisciplinaire. Le 3 novembre 2014, l'intimé a répondu. Il a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 LPGA). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA -VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à

- 20 - cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'augmenter la rente du recourant, singulièrement sur le point de savoir si ce dernier a rendu plausible une aggravation durable de son état de santé depuis la dernière décision de l'intimé du 18 juin 2012. 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 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 atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière

s'il est invalide à 70%. b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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.

- 21 - Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté 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_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). 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. 5.4). Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF

- 22 - 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 627/04 du 23 mai 2005 consid. 1.2). L'art. 88a al. 2 RAI précise que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie. c) 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. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 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. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). d) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et

- 23 - 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 la référence citée ; TF 9C_205/2013 du 1 octobre 2013 consid. 3.2, et 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1 juillet 2013 et consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2). 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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

- 24 - 4. a) La décision d'octroi initial du droit à la demi-rente du 18 juin 2012 reposait essentiellement sur l'expertise réalisée par le J. _____ en février 2011, ainsi que sur l'avis du Dr B. _____ du 21 septembre 2011. Les Drs P. _____ et S. _____ du J. _____ ont retenu, dans leur rapport du 26 mai 2011, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négative, d'épicondylalgies bilatérales avec status après opération au coude droit en 1999, de maladie coronarienne présente depuis 2008, de dysthymie existant depuis environ 2003 et d'accentuation des traits impulsifs et narcissiques de personnalité existant depuis l'adolescence. Les experts ont également établi les limitations fonctionnelles du recourant, à savoir d'éviter les positions statiques prolongées, les efforts physiques sollicitant fortement le dos, ainsi que les activités nécessitant des mouvements répétitifs du bras. D'un point de vue psychique, le recourant avait une résistance au stress réduite et présentait des difficultés au plan relationnel. Ils ont ainsi estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail

résiduelle de 100%, avec un rendement de 50% (en raison des atteintes ostéoarticulaire et cardiologique), dans l'activité de chauffeur-livreur, et de 100% avec une diminution de rendement de 30% (pour des raisons psychiatriques, étant précisé qu'un traitement pourrait augmenter le rendement) dans une activité adaptée. Ces experts ont rédigé leur rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes du recourant et procédé à un examen clinique. A cet égard, ils ont notamment procédé à une échocardiographie et à un test d'effort. Les conclusions des experts sont cohérentes, claires et exemptes de contradictions. Elles sont en outre partagées par le Dr B. _____ dans son avis du 21 septembre 2011. Il convient ainsi d'admettre le rapport d'expertise du J. _____ revêt une pleine valeur probante, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a retenu une capacité de travail résiduelle du recourant de 50% dans une activité adaptée. Par ailleurs, le calcul du préjudice, tel que décrit dans le projet d'acceptation de rente de l'OAI du 10 août 2011, ne prête pas flanc à la critique et le degré d'invalidité fixé à 56% est correct.

- 25 - b) A l'occasion de la procédure de révision initiée par le recourant en septembre 2013, celui-ci a allégué une péjoration de son état de santé, en raison d'un événement cardiaque survenu le 12 novembre 2012 et d'un état dépressif. Le recourant a produit différents rapports médicaux et l'OAI a interpellé le médecin traitant dans le cadre de la procédure de révision. S'agissant du problème cardiologique du recourant, les rapports médicaux font état d'un infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST en novembre 2012. Le recourant s'est ainsi présenté aux urgences et a été hospitalisé au Centre hospitalier F. _____ du 12 au 28 novembre 2012. Il a ensuite séjourné du 28 novembre au 18 décembre 2012 à la Clinique V. _____ pour une rééducation cardiovasculaire et prise en charge des facteurs de risques. L'on constate ainsi que l'état de santé du recourant s'est effectivement péjoré à la fin de l'année 2012, mais que toutefois la situation s'est stabilisée par la suite conformément à ce qui suit. La coronarographie réalisée lors de l'hospitalisation au Centre hospitalier F. _____, le 16 novembre 2012, a montré une lésion inférieure à 30% du tronc commun, une sténose très serrée (70-90%) de la première diagonale, une lésion non significative de la coronaire droite et une occlusion chronique de l'IVP. Il n'y avait pas d'indication pour l'implantation d'un nouveau stent (cf. rapport du 27 novembre 2012). Lors de la rééducation à la Clinique V. _____, les médecins ont noté que l'entraînement avait été bien suivi par le recourant sans apparition de signes d'insuffisance cardiaque, d'arythmie ou d'angor. La capacité fonctionnelle s'était en outre bien améliorée. Lors de l'examen clinique, la fraction d'éjection de la ventricule gauche (FEVG) a été mesurée à 73% (cf. rapport du 20 décembre 2012) contre 53% en 2011 (cf. rapport du J. _____ du 26 mai 2011), soit une nette amélioration. Quant au Dr W. _____, cardiologue, il a confirmé, dans son rapport du 26 novembre 2013, la présence d'un angor d'effort avec une limitation fonctionnelle de stade III selon la CCS, lequel était déjà connu. Comme l'a par ailleurs relevé le Dr B. _____ dans son avis du 21 février 2014, le recourant

- 26 - présentait en novembre 2013 une tolérance à l'effort toujours basse de 8 METs contre 10 METs attendus pour son âge (cf. rapport du Dr W. _____ du 26 novembre 2013). Toutefois, cette tolérance à l'effort avait été mesurée à 5,2 METs en 2011 par les médecins du J. _____, soit nettement inférieure. Il notait également qu'une activité adaptée telle que décrite dans l'avis SMR du 21 septembre 2011 ne nécessitait pas une réserve fonctionnelle telle qu'attendue pour son âge. En conséquence, le recourant ne présente pas

de nouvelles limitations depuis la dernière décision de l'OAI, l'événement cardiaque de novembre 2012 n'ayant pas impacté de manière durable sa tolérance à l'effort, contrairement à ce que soutient le recourant. Du point de vue psychique, les médecins du Centre hospitalier F. _____ mentionnaient en 2012 un contexte d'effondrement et de laissé- allé depuis plusieurs mois avec perte d'espoir et de laxisme dans l'application des mesures hygiéno-diététiques pour le contrôle de facteurs de risques cardio-vasculaires. Ils préconisaient un suivi thérapeutique et l'introduction d'un traitement anti-dépresseur. Lors du séjour à la Clinique V. _____, les médecins ont indiqué qu'un traitement antidépresseur avait été introduit en milieu de séjour avec une bonne tolérance clinique et un effet favorable sur le sommeil du patient. L'avis isolé du médecin traitant relatif à l'aggravation générale de l'état de santé du recourant ne saurait être suivi. En effet, il n'explique pas, dans son rapport à l'OAI du 3 décembre 2013, en quoi les diagnostics posés – qui étaient déjà connus de l'intimé lorsqu'il a rendu sa dernière décision – se seraient aggravés. S'agissant notamment de l'état dépressif du recourant, il mentionne que les symptômes dépressifs étaient de nouveau assez important depuis l'automne 2013, ce qui n'est étayé par aucune description clinique. Il ne fait pas non plus état d'un traitement en cours – lequel avait visiblement été introduit en 2012 et permis une amélioration – ou d'un suivi psychiatrique, tel que préconisé par les médecins du Centre hospitalier F. _____ en novembre 2012. Quant aux problèmes de lombalgies chroniques, la problématique est connue de

- 27 - longue date et avait été prise en considération par les experts du J. _____ en 2011. Enfin, il n'existe aucun document médical au dossier qui établit l'aggravation alléguée. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé depuis sa dernière décision et qu'il n'y avait dès lors pas matière à réviser son droit aux prestations. 5. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p.212, n° 450 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 6. a) En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) 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 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

- 28 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 13 mai 2014 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 de G. _____. 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 : - Me Flore Primault (pour G. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de

Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies.

- 29 - 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.