

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mai 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Métral et M. Berthoud, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

B._____, 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. 8 al. 1 et 17 LPGA ; 4 al. 1 LAI ; 87 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est marié et père de deux enfants majeurs. Sans formation, il a travaillé pour le compte d'E._____ (ci-après : E._____) du 1^{er} mars 1979 à la fin 2003, d'abord en qualité d'aide-conducteur-offset de 1979 à 1997, puis comme aide-brocheur de 1998 à 2002, et enfin, a été assigné au nettoyage des ordinateurs et au courrier interne.

Dans un rapport du 4 novembre 2002 au médecin conseil de la X._____, le Dr T._____, oto-rhino laryngologue FMH, a diagnostiqué chez l'assuré une affection rhumatismale au niveau de l'épaule droite de même que l'apparition de douleurs au niveau de cette épaule et de faiblesse dans le membre supérieur droit ainsi qu'au niveau des mains depuis août [2002]. Dans un rapport médical du 19 novembre 2002 au médecin conseil de la X._____, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a posé le diagnostic d'oligoarthralgies vraisemblablement d'origine plutôt dégénérative et musculotendineuse avec rizarthrose du pouce gauche, périarthrite scapulo-humérale bilatérale prédominant alors à gauche. Dans son rapport du 7 janvier 2003 au médecin conseil de la X._____, le Dr V._____ a diagnostiqué une périarthrite scapulo-humérale bilatérale prédominante à droite avec possible perte de substance de la coiffe des rotateurs. Ce praticien observait que l'on pouvait considérer qu'il s'agissait d'une rechute de la pathologie pour laquelle il avait déjà traité le patient en septembre 2002, vu qu'à cette époque l'assuré présentait, outre les oligoarthralgies, déjà une périarthrite scapulo-humérale bilatérale prédominant cependant alors à gauche.

Dans un rapport médical du 30 juin 2003 au Dr T._____, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne et pneumologie, qui a examiné l'assuré pour un contrôle d'évolution fonctionnelle, a posé les diagnostics de bronchopneumopathie chronique obstructive (ci-après : BPCO) sévère avec hypoméxie et hypoventilation alvéolaire, obésité et

status après traitement d'une tuberculose pulmonaire bilatérale récidivante (dernier séjour en 1964). Le Dr L._____ observait que l'atteinte fonctionnelle chez l'assuré qui, malgré ses antécédents respiratoires, avait continué à fumer, était sévère et les échanges gazeux fortement perturbés, avec une hypoxémie et surtout une hypercapnie, reflet d'une hypoventilation alvéolaire liée à l'atteinte broncho-obstructive et probablement aussi en relation avec l'obésité abdominale. Il relevait que l'activité professionnelle lui semblait compromise en raison des diverses pathologies et de l'hypercapnie.

L'assuré a présenté le 7 août 2003 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes, faisant valoir de l'arthrose aux mains, poignets et épaules, et tendant à une orientation professionnelle ainsi qu'à un reclassement dans une nouvelle profession.

Procédant à l'instruction du cas, l'Office de assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a demandé au Dr V._____ de compléter un rapport concernant l'assuré. Dans son rapport médical du 3 septembre 2003, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'oligoarthralgies chroniques prédominant aux épaules, poignets et mains d'étiologie indéterminée depuis juillet 2002. Il a en outre posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de perte traumatique de l'œil gauche en 1956, de tuberculose pulmonaire en 1961, de surdité neurosensorielle relativement sévère et de BPCO. Selon le Dr V._____, l'assuré a présenté une incapacité de travail de 100% du 29 novembre au 15 décembre 2002, de 50% du 16 décembre 2002 au 20 mars 2003, de 40% du 21 mars au 10 septembre 2003 et de 50% dès le 11 septembre 2003. Dans l'annexe au rapport médical du même jour, sous la rubrique « Constatations objectives », le praticien a mentionné des « douleurs en fin d'élévation des membres supérieurs particulièrement à droite, où l'on objective une légère limitation fonctionnelle d'un tiers de l'amplitude normale de l'élévation antérieure ». Il a relevé que la capacité de travail de son patient dans son activité d'embrocheur imprimeur, travail nécessitant l'usage répétitif et

fréquent des membres supérieurs, en particulier des mains, et pouvant être parfois lourd, était de 50%, avec une diminution de rendement lors de périodes de poussées douloureuses, où l'assuré ne pouvait travailler qu'à 30%. Le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle à temps complet en tant qu'imprimeur embrocheur restait très réservé. Pour des travaux plus légers, ne nécessitant pas de mouvements fins des mains ni de mouvements d'élévation antérieure des membres supérieurs ou des épaules au-dessus de 90° de manière répétitive, la capacité de travail d'un point de vue rhumatologique pourrait être de 80%.

Dans un rapport médical du 1^{er} novembre 2004 au Dr V._____, le Dr L._____ a indiqué que l'assuré présentait une atteinte respiratoire extrêmement sévère consécutive à une BPCO stade III sur tabagisme toujours actif, ainsi que d'importantes séquelles de tuberculose pulmonaire bilatérale. Il observait encore que l'assuré ne pouvait pas reprendre une activité professionnelle, en tout cas pas avant plusieurs mois, et devait cesser totalement sa consommation de tabac.

Dans son rapport du 17 décembre 2004 au Dr L._____, le Prof. D._____, professeur associé auprès du Service de pneumologie du Centre hospitalier W._____ (ci-après : W._____), a indiqué que l'assuré avait séjourné dans son service du 7 au 10 décembre 2004. Il a posé le diagnostic principal d'insuffisance respiratoire hypoxémique et hypercapnique d'origine plurifactorielle ainsi que les diagnostics secondaires suivants : syndrome d'apnée du sommeil, syndrome d'obésité-hypoventilation probable, BPCO, séquelle pleuro-parenchymateuse d'une tuberculose pulmonaire bilatérale traitée dans les années soixante, hypertension pulmonaire modérée, tabagisme chronique en cours de sevrage, obésité de stade OMS I, status post perte traumatique de l'œil gauche en 1956, surdité neurosensorielle modérée à sévère, oligoarthralgie chronique depuis juillet 2002 d'étiologie indéterminée et symptomatologie de PSH bilatérale.

Le 27 décembre 2004, le Dr L._____ a adressé un courrier au Dr V._____ pour l'informer qu'il avait revu le patient le 21 décembre

2004 et que la gazométrie s'était nettement améliorée. Ce médecin indiquait qu'une reprise du travail ne semblait pas possible pour l'instant mais qu'une activité à 50%, sans effort physique, pourrait être possible par la suite.

Sur requête du Service médical régional AI (ci-après : SMR), le Dr V._____ a indiqué dans un questionnaire médical du 11 janvier 2005 qu'il avait constaté une aggravation de la BPCO avec insuffisance respiratoire hypoxémique et hypercapnique d'origine plurifactorielle, précisant que compte tenu de la décompensation respiratoire, la capacité de travail dans l'activité d'embrocheur imprimeur n'était plus de 50% mais nulle depuis la décompensation de la BPCO le 29 septembre 2004. Il a encore relevé que la notion d'une capacité de travail supérieure probable dans un emploi mieux adapté n'était plus d'actualité. Le Dr V._____ a listé les limitations fonctionnelles suivantes : effort physique, travaux de force avec les membres supérieurs, mouvements répétitifs prolongés, travaux avec élévation des membres supérieurs à plus de 90°.

Dans un avis médical du 19 janvier 2005, le Dr F._____ du SMR a relevé ce qui suit :

«Cet assuré présente deux problèmes médicaux indépendants l'un de l'autre, mais interférant tous les deux avec la capacité de travail [CT] :

a) problème ostéoarticulaire : d'origine indéterminée, malgré les investigations spécialisées du Dr V._____, rhumatologue FMH. Cette problématique limite la capacité de travail [CT] de l'assuré dans son activité professionnelle essentiellement manuelle de manière légitime aux taux retenus par le Dr V._____ dans son rapport du 03.09.2003. D'après le récent rapport du Dr V._____ du 11.01.2005, la situation ostéoarticulaire est stationnaire; par conséquent on peut admettre - dans l'optique rhumatologique uniquement - comme encore valables les conclusions de son rapport du 03.09.2003 où il admettait que dans une activité adaptée, la capacité de travail [CT] «d'un point de vue rhumatologique» pourrait être de 80%.

b) problème pneumologique : certes dans son rapport du 03.09.2003, le Dr V._____ évoquait une BPCO. On apprend par les documents récents que l'assuré a dû être hospitalisé dans la Division de pneumologie du DMI du W._____ du 07 au 10.12.2004. Durant cette hospitalisation ont été retenus les diagnostics énumérés à la p. 1 de la lettre de sortie du W._____ du 17.12.2004. Dans son rapport du 27.12.2004 au Dr V._____, le Dr L._____, spécialiste FMH en pneumologie, indique que «Pour

l'instant une reprise du travail ne semble pas possible». Il note toutefois que «Une activité à 50% sans effort physique, pourrait être possible par la suite». La gravité de l'atteinte pneumologique a certainement dû limiter la capacité de travail [CT] entre août 2003 et décembre 2004.

En conclusion :

1) Il faut donc interroger le Dr L. _____ à ce sujet pour savoir si au plan pneumologique la capacité de travail [CT] de 50% dans l'activité habituelle était exigible entre août 2003 et fin 2004 et si non à quel taux elle se situait? Depuis la date de l'entrée au W. _____, ou éventuellement même un peu avant, la capacité de travail [CT] est certainement de 0%.

2) Il faudra réinterroger le Dr L. _____ d'ici 6 mois (juin 2005) pour lui demander de s'exprimer quant à la capacité de travail [CT] exigible en termes pneumologiques et de bien préciser les limitations fonctionnelles relatives à cette problématique-là, auxquelles il faudra ajouter les limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique pour pouvoir définir quelle activité est exigible de l'assuré, à quel taux et depuis quand.»

Dans son rapport médical du 21 juin 2005 à l'OAI, le Dr L. _____ a posé les diagnostics d'insuffisance respiratoire hypoxémique et hypercapnique d'origine plurifactorielle, de syndrome d'apnée du sommeil sévère, d'obésité-hypoventilation, et de BPCO sur tabagisme, séquelles pleuroparenchymateuse d'une tuberculose pulmonaire bilatérale. Selon ce praticien, l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100% depuis le 15 octobre 2004 jusqu'au 8 avril 2005, date du dernier examen. Dans son rapport médical du même jour concernant les capacités professionnelles, le Dr L. _____ relevait que l'assuré ne pouvait pas demeurer longtemps dans la même position, être en position à genoux et accroupie, effectuer des mouvements des membres ou du dos, avoir un horaire de travail irrégulier, travailler en hauteur ni effectuer des déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Compte tenu des limitations existantes, le Dr L. _____ estimait que la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré était de 50%. Le 21 juin 2005, le Dr L. _____ a répondu aux questions complémentaires au rapport médical en indiquant avoir vu le patient les 23 juin 2003 et 15 octobre 2004, alors qu'il présentait déjà une insuffisance respiratoire sévère hypercapnique. Le Dr L. _____ était d'avis que la capacité de travail devait être approximativement de 25% et qu'elle était actuellement de 50% sur le plan pneumologique. Ce praticien retenait enfin les limitations fonctionnelles suivantes : hypoxémie, syndrome obstructif moyen et ventilation mécanique nocturne.

Par courrier du 24 octobre 2005, le Dr L. _____ a informé le Dr V. _____ qu'il avait revu le patient le 14 octobre 2005 et qu'il n'y avait pas de modification subjective de son état respiratoire par rapport au dernier contrôle, relevant que celui-ci était toujours sévèrement compromis mais stable actuellement sous traitement.

Par courrier du 14 novembre 2005 au Dr L. _____, le Prof. D. _____ a posé les diagnostics de syndrome d'apnées du sommeil, de syndrome d'obésité-hypoventilation alvéolaire et de BPCO de degré sévère. Il relevait ce qui suit :

«Monsieur B. _____ présente une bonne tolérance à sa BiPAP. Par rapport à l'examen de juin, nous notons une légère augmentation de la pression transcutanée de CO₂ moyenne avec une persistance d'une légère hypercapnie à la gazométrie en fin de nuit. Compte tenu de ces résultats et d'une sensation de diminution du flux d'air du patient, nous proposons d'augmenter l'IPAP à 19.»

En réponse à un questionnaire médical du Dr M. _____ du SMR, le Dr L. _____ a indiqué le 12 décembre 2005 que l'assuré était venu le consulter les 24 janvier, 25 février, 8 avril, 6 juillet et 14 octobre 2005. Il a précisé qu'en théorie, l'évolution de la pathologie broncho-pulmonaire de l'assuré n'avait pas contre-indiqué une reprise de l'activité professionnelle à 50% dès le 8 avril 2005, si l'on ne se basait que sur la pathologie broncho-pulmonaire. Il relevait que les traitements suivis par l'assuré n'avaient pas permis une amélioration de la fonction respiratoire depuis le 8 avril 2005 et que son état était stationnaire sous traitement d'un point de vue pneumologique, mais qu'il présentait une hypercapnie nocturne qui avait nécessité une adaptation du traitement en juin 2005. Le Dr L. _____ confirmait que, d'un point de vue pneumologique, il existait toujours une incapacité de travail de 50% dans la profession antérieure de relieur.

Dans un rapport SMR du 4 janvier 2006, le Dr M. _____ a relevé ce qui suit :

«L'assuré est affecté par des oligoarthralgies de longue date, responsables d'une incapacité de travail théorique de 20% d'un point de vue rhumatologique. Il peut exister des poussées inflammatoires temporaires qui ont pour conséquence d'augmenter l'incapacité de travail de façon transitoire.

L'assuré a développé un BPCO sur tabagisme. Cette maladie a eu pour conséquence une insuffisance respiratoire sévère qui s'est décompensée fin 2004. Le traitement des comorbidités et l'arrêt du tabac ont entraîné une amélioration relative. **L'atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de travail est cependant durable.**

Les limitations fonctionnelles permanentes retenues sont : pas de marche de plus de 200 m; pas de charges de plus de 5 kg; pas de position à genoux; pas de position accroupie; pas de travail en hauteur sur échelle, pas de déplacement sur un sol irrégulier; pas d'horaire irrégulier; pas de mouvements répétitifs des membres et du dos; pas d'élévation des membres supérieurs au-dessus de 90°.

Les oligoarthralgies entraînent une incapacité de travail de 20% dans la profession habituelle et ce depuis août 2002. Le BPCO a entraîné des périodes d'incapacité de travail variant de 50% à 100%. Depuis avril 2005 l'incapacité de travail permanente est de 50% en dehors des périodes de décompensation du BPCO.

L'arrêt du tabac est exigible et devrait si ce n'est entraîner une franche amélioration de l'état de santé de l'assuré, être responsable d'une stabilisation de la maladie respiratoire et d'une amélioration franche de la qualité de vie de l'assuré.

Le courrier du Dr L. _____ daté du 12 décembre 2005 confirme l'incapacité de travail durable de 50% dans la profession de l'assuré. La profession de l'assuré respecte les limitations fonctionnelles.

L'assuré présente une atteinte à la santé au sens de la LAI.»

Dans un avis médical du 30 janvier 2007, le Dr C. _____ du SMR a relevé ce qui suit :

«Le rapport SMR avait conclu à la capacité de travail de 50% dans l'activité actuelle, taux identique pour une activité adaptée. Cependant, le conseiller REA a mis en évidence le fait que le poste de travail actuel n'est absolument pas adapté aux limitations fonctionnelles. En conséquence, il faut admettre que la capacité de travail dans l'activité actuelle est de 0%, et que dans une activité adaptée, elle est toujours de 50%.»

Dans un projet d'acceptation de rente du 23 octobre 2007, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité assortie d'un taux d'invalidité de 55% du 1^{er} août au 31 octobre 2003, puis à une rente entière assortie d'un taux de 75% du 1^{er} novembre 2003 (soit trois mois après l'introduction de la demi-rente) au 31 décembre 2004, puis à une rente entière assortie d'un taux de 100% du 1^{er} janvier au 31 juillet 2005, et, dès le 1^{er} août 2005 (soit trois mois après qu'il a recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à son état de santé),

à trois-quarts de rente fondé sur un taux de 60,43%. En substance, l'OAI a retenu que l'assuré avait présenté des incapacités de travail et de gain de manière ininterrompue dès août 2002 et a fixé le degré d'invalidité à 55% dès le 12 août 2003, date de l'échéance du délai d'attente d'une année. L'OAI a relevé que dès le 9 avril 2005, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et une capacité de travail de 50% pouvait être reconnue dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI a arrêté le revenu d'invalidité à 57'452 fr. 68 et fixé le salaire hypothétique à 28'726 fr. 34 compte tenu de l'activité légère de substitution à 50% raisonnablement exigible et d'un abattement de 10% en raison de l'âge de l'assuré. Le revenu sans invalidité a quant à lui été établi à 65'351 francs.

Le 9 novembre 2007, par son conseil, l'assuré a formé opposition au projet d'acceptation de rente du 23 octobre 2007. Il a en substance fait valoir que ses problèmes de santé étaient dégénératifs, que les renseignements médicaux au dossier auraient dû être actualisés, qu'il demeurait ouvert à toutes mesures, et que son âge n'avait pas été suffisamment pris en compte avec un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité.

Par courrier du 26 novembre 2007, le Dr L._____ a informé l'OAI que l'état respiratoire de son patient s'était dégradé, avec une hypercapnie diurne et une hypoxémie, la polyglobulie récidivante étant très importante et nécessitant trois exfusions d'ici la fin de l'année. Le Dr L._____ indiquait que dans ces conditions, une reprise d'activité semblait compromise. Il a joint à son courrier les résultats des examens effectués.

Le 17 décembre 2007, l'assuré par son conseil a déposé des observations complémentaires. Il a notamment contesté l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, en se référant aux évaluations du Dr K._____, pour qui l'incapacité était de 100% de manière générale pour l'ensemble du monde du travail.

Le Dr L._____ a adressé un rapport médical à l'OAI le 9 avril 2008. Il y a posé les diagnostics d'insuffisance respiratoire, hypoxémique et hypercapnique d'origine plurifactorielle, syndrome d'apnée du sommeil sévère, syndrome d'obésité-hypoventilation avec polyglobulie secondaire, BPCO sur ancien tabagisme et séquelles pleuroparenchymateuse d'une tuberculose pulmonaire bilatérale, le traitement entrepris dès le 15 octobre 2004 se poursuivant. Il a précisé que l'assuré avait suivi un traitement hospitalier au W._____ du 26 au 27 septembre 2007, et que pour une activité résiduelle, une expertise et des stages seraient nécessaires, ainsi qu'une aide au placement. Dans son rapport médical du 25 avril 2008 à l'OAI, le Dr L._____ a noté que l'assuré ne pouvait plus exercer les activités suivantes : en position uniquement assise, uniquement debout, celles exercées principalement en marchant, travail avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation position assis/debout, soulever/porter, monter sur une échelle/un échafaudage, monter les escaliers. Il a encore relevé que l'activité devait pouvoir s'exercer à l'intérieur, sans poussière ni émanation chimique et que l'assuré avait besoin d'utiliser son appareil respiratoire (nocturne). Le Dr L._____ a en outre répondu par la négative à la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Dans son rapport médical du 3 octobre 2008 à l'OAI, le Dr V._____ a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : oligoarthralgies chroniques prédominant aux épaules, poignets, mains, avec perte de substance de la coiffe des rotateurs, corticodépendance, composante dégénérative, syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance respiratoire hypoxémique, BPCO sévère, surdité neurosensorielle modérée à sévère, perte traumatique de l'œil gauche, HTA, obésité. Le traitement ambulatoire par ses soins avait débuté en 2002 et se poursuivait, le dernier contrôle ayant eu lieu le 26 septembre 2008. L'assuré avait été hospitalisé au W._____ du 9 au 10 novembre 2005. L'incapacité de travail dans la dernière activité exercée (embrocheur) avait été de 100% du 28 novembre au 15 décembre 2002, de 50% du 16 décembre 2002 au 20 mars 2003, de 40% du 21 mars au 10

août 2003 et de 100% dès 11 août 2003. Le Dr V._____ relevait que des travaux de force ou exclusivement manuels devaient être évités, indiquant que des douleurs, une limitation fonctionnelle et une impossibilité d'effectuer le travail demandé se manifesteraient. Il était d'avis que l'activité exercée n'était plus exigible et que le rendement était réduit, estimant que l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, précisant qu'il n'y avait actuellement plus d'activité professionnelle raisonnablement exigible chez cet assuré. En sus des limitations fonctionnelles retenues par le Dr L._____ dans son rapport du 9 avril 2008, le Dr V._____ retenait qu'il ne pouvait se pencher.

Dans un avis médical du 20 octobre 2008 la Dresse R._____ du SMR a retenu ce qui suit :

«Les résultats des tests respiratoires effectués par le Dr L._____ en 2007 chez cet assuré ne font apparaître aucune aggravation objective de l'insuffisance respiratoire par rapport à ceux de 2005, la gazométrie montrant même une discrète amélioration de l'hypercapnie. Le poids a augmenté de 4 kg. Le rapport du 9.04.08 du Dr L._____ suggère d'évaluer la capacité résiduelle par une expertise et un stage, ce qui laisse entendre qu'il lui en reconnaît un certain degré. Quant au rapport du Dr V._____ du 03.10.2008, il n'apporte pas d'élément nouveau sur le plan rhumatologique, et l'aggravation de l'incapacité qu'il mentionne depuis le 11.08.2003 est attribuée à la bronchopneumopathie chronique obstructive. En conclusion, les renseignements médicaux objectifs reçus depuis 2006 ne remettent pas en question le rapport SMR du 04.01.2006 et l'avis médical du 30.01.2007.»

Par courrier du 16 mars 2009 à l'assuré, l'OAI lui a fait savoir qu'il maintenait l'exigibilité telle qu'elle avait été retenue dans son projet du 23 octobre 2007. Concernant l'aspect économique, après avoir requis de l'ex-employeur la production de pièces comptables, l'OAI a modifié sa position pour retenir un revenu sans invalidité de 71'930 fr. (moyenne des revenus de 2000 à 2002), et a augmenté l'abattement dû à l'âge de 10% à 15%, parvenant à un revenu d'invalidé de 24'417 fr. 38 et à un préjudice économique de 66% ($[71'930 - 24'417,38 : 71'930] \times 100$).

Par décision du 1^{er} mai 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2009 (taux d'invalidité de

66%), précisant que l'assuré recevrait prochainement une décision pour la période allant du 1^{er} août 2003 au 30 avril 2009.

L'assuré, par son conseil, a recouru contre cette décision par acte du 3 juin 2009 en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée et subsidiairement à son annulation. En substance, il a contesté le taux d'invalidité (revenu sans invalidité et abattement) retenu par l'OAI dans sa décision du 1^{er} mai 2009, et le fait qu'une activité adaptée à 50% soit exigée, estimant à cet égard que l'OAI avait écarté de manière arbitraire les conclusions des divers rapports médicaux en sa possession. A l'appui de son recours, il a produit diverses pièces, parmi lesquelles un courrier du Dr L. _____ au Dr K. _____ du 17 janvier 2008, à la teneur suivante :

«Suite à votre demande, je peux vous renseigner sur le patient susmentionné que je vois régulièrement tous les trois mois pour un contrôle de son insuffisance respiratoire. Depuis février 2006, il n'y a pas d'amélioration notable de son état. Il y a plutôt une détérioration, avec une hypercapnie diurne et une hypoxémie, responsable d'une récurrence de la polyglobulie qui est très importante et qui nécessite à nouveau des transfusions rapprochées (...). Le patient suit très régulièrement son traitement inhalé et il est toujours sous corticothérapie par voie générale pour son atteinte articulaire. Il est également sous diurétique et analgésique (Zaldiar). La ventilation à domicile est assurée par VNI, contrôlée par le service spécialisé au W. _____. Malheureusement, le poids continue à augmenter (actuellement 103 kg). Les douleurs articulaires, en particulier aux poignets sont importantes et limitent l'activité. Dans ces conditions, la capacité actuelle de travail est très limitée. Concrètement, une activité occupationnelle légère serait théoriquement possible mais sur le marché actuel du travail, une telle place n'est pas envisageable. Si l'assurance AI ne le couvre pas entièrement, alors une assistance au placement me semblerait absolument indispensable.

En une année, il y a donc une légère dégradation de l'état de santé en particulier respiratoire et un pronostic très réservé pour le futur, avec un risque de décompensation aigue par exemple en cas de syndrome infectieux, même modéré.»

L'assuré a également produit une correspondance du Dr K. _____ du 25 juillet 2005 à la Fondation de prévoyance U. _____, qui contenait le passage suivant :

L'état de santé de Monsieur B. _____ s'est légèrement amélioré et une reprise dans un travail léger, comme le nettoyage de clavier,

aurait pu être tentée. Son médecin avait pensé le remettre à 40% dans son ancien poste. Malheureusement ce poste n'existe plus. Si l'on est réaliste, il faut admettre que le malade est incapable de reprendre un travail même léger, même à temps partiel dans le monde du travail normal.»

Par six décisions du 24 juillet 2009, l'OAI a alloué à l'assuré les prestations relatives à la période du 1^{er} août 2003 au 30 avril 2009 (à savoir une demi-rente d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 55% du 1^{er} août au 31 octobre 2003, une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 75% du 1^{er} novembre 2003 au 31 décembre 2004, une rente entière fondée sur un taux d'invalidité de 100% du 1^{er} janvier au 31 juillet 2005, trois-quarts de rente d'invalidité compte tenu d'un degré d'invalidité de 66% du 1^{er} août 2005 au 28 février 2007, du 1^{er} mars au 31 décembre 2007 puis du 1^{er} janvier 2008 au 30 avril 2009).

L'assuré, toujours représenté par son avocat, a recouru contre ces décisions par acte du 14 septembre 2009, en concluant principalement à leur réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à leur annulation. En substance, il a contesté le taux d'invalidité (revenu sans invalidité, moment retenu pour la comparaison des revenus et abattement) retenu par l'OAI ainsi que le fait qu'une activité adaptée à 50% lui soit reconnue depuis 2005, estimant que l'OAI avait écarté de manière arbitraire les conclusions des divers rapports médicaux en sa possession.

Par ordonnance du 2 décembre 2009, notifiée le 27 janvier 2010, le magistrat instructeur a ordonné la jonction des deux causes précitées (AI 275/09 et 415/09). Par arrêt du 21 février 2011 (AI 275/09 - 146/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté les recours et confirmé les décisions contestées. Cet arrêt est entré en force.

B. Du 7 au 8 septembre 2011, l'assuré a séjourné au Service des investigations de médecine du W._____, afin d'y effectuer un bilan annuel en lien avec sa ventilation mécanique à domicile. Selon le rapport du 21 septembre 2011 adressé par le Service de Pneumologie du

W. _____ au Dr L. _____ suite à ce contrôle, les résultats étaient les suivants :

«**Diagnostic principal**

- Insuffisance respiratoire chronique globale sur :
 - BPCO de degré sévère (VEMS 39% VP)
 - Obésité (BMI 34.7 kg/m²)

Diagnostic(s) secondaire(s)

- SAOS
- HTA traitée
- HTAP avec PAPs estimée à 45 mmHg

Comorbidité(s) passive(s)

- Polyarthrose traitée par corticothérapie au long cours
- Surdité neurosensorielle modérée à sévère»

Sous la rubrique "Anamnèse actuelle", il était précisé que sur le plan respiratoire, l'assuré n'avait pas émis de plainte et avait décrit des nuits de 7 heures sous ventilation avec une bonne tolérance de l'appareil, sans effet secondaire ni problème d'interface. Il n'avait de surcroît relaté ni hospitalisation, ni surinfection bronchique, ni antibiothérapie durant l'année écoulée.

C. Dans le cadre de la révision d'office du droit à la rente initiée par l'OAI en mars 2012, l'assuré a complété un questionnaire le 15 mars 2012. Il y a notamment indiqué que son état de santé s'était aggravé en 2009/2010, en précisant que la modification consistait en des difficultés respiratoires et de l'arthrose des membres.

Dans un rapport médical pour la révision du droit à la rente adressé à l'OAI le 23 avril 2012, le Dr V. _____ a qualifié l'état de santé de l'assuré de stationnaire. Il a posé les conclusions suivantes :

" 1.1. Cause de l'incapacité de travail

Oligoarthralgies chroniques, corticod pendantes, touchant essentiellement les épaules, les poignets et les mains, avec perte de substance à la coiffe des rotateurs des deux côtés [ddc], composante dégénérative.

Syndrome d'apnée du sommeil.

Insuffisance respiratoire hypoxémique depuis 2004.

Bronchopneumopathie chronique obstructive sévère.

Surdité neurosensorielle modérée à sévère, perte traumatique de l'œil gauche, HTA, ob siti , antécédents de tuberculose pulmonaire en 1960".

[...]

"1.6. Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée en tant que :

Profession Embrocheur

L'incapacité de travail reste de 100%, elle est présente depuis le 11.08.2003 et est continue à ce jour, et définitive.

La capacité de travail dans une activité adaptée est également nulle et ceci de manière également définitive, d'une part en raison de la pathologie de base, des autres pathologies associées et de l'âge de l'assuré, une reconversion professionnelle ne me paraissant pas indiquée, et qui est à mon avis également peu réaliste.

Les limitations fonctionnelles concernent toutes les activités nécessitant l'utilisation continue des membres supérieurs [MS] et des mains, les activités de force, les activités nécessitant des mouvements d'élévations des épaules au-dessus de 90°C et des mouvements de rotations répétitifs des épaules.

Une activité professionnelle respectant ce type de limitation fonctionnelle pourrait être effectuée à un taux de 30% au maximum par jour avec vraisemblablement encore une diminution de rendement, une période de réadaptation au travail, chez un assuré actuellement dans sa 64^{ème} année".

Le 27 avril 2012, le Dr L. _____ a adressé au Dr V. _____ un courrier à la teneur suivante :

« J'ai revu le patient susnommé le 20.03.12. Son état respiratoire et son état général sont stables, sans épisode infectieux majeur en cours de cet hiver. Il a cependant peu marché et son poids reste élevé, actuellement à 102 Kg. Il utilise régulièrement son appareil de ventilation à domicile sans oxygène, bien toléré. L'auscultation cardiaque est lointaine sans pathologie et sans particularité. Murmure respiratoire partout lointain, avec expirium prolongé, sans bruit adventice. TA : 130/84 mmHg. Pouls régulier. Fréquence cardiaque 88 BPM.

La spirométrie montre une légère péjoration des débits ventilatoires, avec un VEMS qui a passé de 34% du prédit le 28.09.11 à 31% du prédit actuellement. Par contre, les échanges gazeux sont stables, avec une hypercapnie modérée, inchangée et une hypoxémie sévère avec une PaO₂ à 58 mmHg. La formule sanguine montre une polyglobulie qui s'est légèrement aggravée, actuellement avec l'hémoglobine à 180 g/l et l'hématocrite à 0,51%. Si ces valeurs se confirment, je proposerais une exfusion au prochain contrôle prévue dans 6/mois. Le patient est convoqué pour contrôle de sa ventilation mécanique le 26.09.12 au W. _____ où l'on effectuera un contrôle fonctionnel pulmonaire et une échocardiographie cardiaque comparative à celles du 8.9.11. Si l'hypertension artérielle pulmonaire se confirme, l'introduction d'une oxygénothérapie devra être envisagée ».

Le 3 mai 2012, le Dr L. _____ a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI. Invité à qualifier l'état de santé de son patient, il a coché tant la case portant la mention « stationnaire » que celle stipulant « aggravé ». Il a évalué la capacité exigible de travail à maximum 30% dans des activités légères, avec une performance d'environ 50%, ces données étant selon lui valables depuis 2004. La capacité de concentration et la résistance étaient limitées en raison de la fatigue et de l'insuffisance respiratoire. Le pneumologue a défini les causes de l'incapacité de travail par les affections suivantes :

- insuffisance respiratoire chronique globale sur BPCO sévère et obésité
- syndrome d'apnées obstructives du sommeil
- HTA traitée
- HTA pulmonaire
- polyarthrite traitée par corticothérapie au long cours
- surdité neurosensorielle
- status après perte traumatique de l'œil gauche.

A la rubrique "Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptôme actuels)", le Dr L._____ a mentionné que l'insuffisance respiratoire - dont le patient souffrait depuis 1997 - s'aggravait progressivement avec une dyspnée au moindre effort et des douleurs articulaires prédominant aux mains, qui empêchaient la préhension et l'agilité manuelle. Il précisait que son patient avait arrêté de fumer et qu'il était traité par ventilation mécanique à domicile et corticothérapie à faible dose par traitement inhalé. Il considérait qu'un stage serait nécessaire si le patient devait reprendre une activité dans un domaine adapté (à l'abri des poussières et gaz), mais que celui-ci était probablement incapable d'assurer un travail régulier, même à temps partiel.

Dans un avis médical du 15 juin 2012, la Dresse Y._____ du SMR a relevé ce qui suit :

« Dans son avis médical du 26.04.2012 le Dr V._____, rhumatologue, atteste un état de santé stationnaire et signale que plus aucune activité n'est exigible. Dans sa lettre d'accompagnement, il décrit une évolution fluctuante avec périodes d'exacerbation douloureuse de ces oligoarthralgies, nécessitant des corticostéroïdes à basses doses, le traitement comprend en plus du Zaldiar ® 2cp/j. Ce spécialiste pense que la capacité de travail dans une activité adaptée est nulle et ceci de manière définitive, d'une part en raison de la pathologie de base, des autres pathologies associées et de l'âge de l'assuré, pour conclure que théoriquement le taux d'activité serait au maximum de 30%.

Dans ce rapport médical du 07.05.2012, le Dr L._____, médecin interne FMH et pneumologue, parle en même temps d'un état stationnaire et d'[un état] aggravé, il parle d'une évolution en péjoration légère et décrit des limitations fonctionnelles valables depuis 2004, concluant à une capacité de travail de tout au plus 30%, avec une diminution du rendement de 50%. Dans une lettre adressée au Dr V._____, datée du 27.04.2012, et se référant à une consultation du 20.03.2012, il écrit : «son état respiratoire et son état général sont stables, sans épisode infectieux majeur au cours de cet hiver. La spirométrie montre une légère péjoration des débits ventilatoires (VEMS passé de 34% du prédit le 28.09.2011 à 31% actuellement), les échanges gazeux sont stables, l'hypercapnie modérée et inchangée mais l'hypoxémie sévère avec une PA O₂ à 58 mmHg ».

Contrôle pneumologique au W._____ où l'assuré a séjourné du 07.09.2011 au 08.09.2011 : « sur le plan respiratoire, le patient n'a pas de plainte », il décrit des nuits de 7 heures sous ventilation avec une bonne tolérance de l'appareil, sans effets secondaires. Les valeurs mesurées montrent effectivement une diminution du VEMS entre 2007 et le 20.03.2012, tandis que les valeurs des globules rouges sont restées stables depuis mai 2011.

Si les chiffres montrent une légère péjoration partielle, l'état clinique est décrit comme stable, ce qui est d'ailleurs aussi le cas du status ostéo-articulaire. L'introduction d'un C-PAP et l'arrêt de la consommation de tabac semblent avoir eu un bon effet sur la situation. On peut donc globalement parler d'une situation stable avec une péjoration partielle mais minime ».

Par projet de décision du 22 juin 2012, l'OAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité, au motif qu'aucun élément objectif ne confirmait une aggravation de l'état de santé de l'assuré susceptible de modifier les limitations fonctionnelles actuelles et le droit à la rente d'invalidité partielle, fondée sur un taux d'invalidité de 60%.

Par courrier du 30 juillet 2012 de son assurance de protection juridique, l'assuré a contesté le bien-fondé du projet de décision. Se fondant sur l'appréciation du Dr V. _____ du 23 avril 2012, selon laquelle aucune activité n'était exigible, ainsi que sur celle du Dr L. _____, qui faisait état d'une aggravation progressive, il a allégué qu'il y avait eu une péjoration claire de son état de santé, qui se poursuivait. Il a également relevé que le taux d'invalidité fixé par la Cour des assurances sociales dans son arrêt du 21 février 2011 s'élevait à 68%. Se référant à la capacité de travail résiduelle maximale de 30% reconnue par ses médecins, il a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité entière et a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Dans son avis médical SMR du 6 novembre 2012, la Dresse Y. _____ a relevé ce qui suit :

« 1. Sur le plan rhumatologique : dans son rapport médical du 25.04.2012, le Dr V. _____ atteste un état de santé stationnaire dans le contexte d'oligo-arthralgies chroniques touchant les épaules, les poignets et les mains. L'évolution est fluctuante avec des périodes d'exacerbation douloureuse. Il atteste une incapacité de travail totale dans sa profession d'embrocheur, présente depuis le 11.08.2003 et définitive. Selon lui, la capacité de travail dans une activité adaptée est également nulle «d'une part en raison de la pathologie de base, des autres pathologies associées et de l'âge de l'assuré». Or, on rappellerait que la décision initiale a été prise sur une capacité de travail de 50% et dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (rapport SMR du 4.01.2006). Lors de la révision d'office en 2008, l'état de santé était jugé stationnaire et le % de rente était maintenu sans opposition de l'assuré.

2. Du côté pneumologique : dans son rapport médical du 07.05.2012, le Dr L._____ indique un état de santé stationnaire et/ou aggravé, et décrit une capacité de travail de 30% au moins, avec 50% de diminution du rendement existant depuis 2004. A ces constatations s'appliquent la même réponse que sous point 1. On ajouterait que dans sa lettre du 27.04.2012 au Dr V._____, il décrit un «état respiratoire et général stables», il constate une légère péjoration de la spérométrie mais des échanges gazeux stables avec une hypercapnie modérée inchangée et une hypoxémie sévère. Notons encore que lors du séjour du 07./08.09.2011 au W._____, il est noté dans l'anamnèse actuelle : «sur le plan respiratoire, M. B._____ n'a pas de plaintes».

3. Je n'ai jamais parlé d'une amélioration réelle ou à attendre : vu les pathologies objectivées chez ce patient âgé de 64 ans, il faut plutôt s'attendre à une péjoration. On peut l'accepter si les médecins la démontrent sur la base d'examens, dans quelle mesure et depuis quelle date de cette péjoration.

Dès que le Dr L._____ ou le Dr V._____ démontrent clairement en quoi consiste la péjoration et depuis quand elle existe, je serai évidemment prête à revoir mes conclusions. »

Donnant suite à l'avis du SMR du 6 novembre 2012, l'OAI a réinterpellé le 12 novembre 2012 les Drs V._____ et L._____ afin qu'ils lui fassent savoir en quoi consistait la péjoration de l'état de santé de leur patient et depuis quelle date celle-ci existait.

Dans un rapport médical du 29 novembre 2012 à l'OAI, le Dr V._____ a relevé ce qui suit :

« D'un point de vue subjectif, Monsieur B._____ signale une augmentation de l'intensité douloureuse en particulier les épaules, poignets et mains, ayant nécessité la reprise de corticostéroïdes, de plus, apparition de lombalgies, devenant également plus invalidantes.

Objectivement, on relève une augmentation de la limitation fonctionnelle des épaules avec une distance pouce C7 de 17/56 cm à gauche contre 15/35 à droite, et une limitation d'un tiers de l'amplitude normale de l'abduction de l'épaule gauche, l'élévation antérieure étant également légèrement diminuée. Les rotations sont algiques, avec une limitation fonctionnelle d'un tiers de l'amplitude normale.

Il existe également un syndrome lombospondylogène avec une mobilisation douloureuse des mouvements de la colonne lombaire, avec une distance doigts-sol de 14 cm, et en flexion antérieure de 55 cm des deux côtés [ddc].

Concernant l'affection pulmonaire je ne puis y répondre, et je vous laisse le soin de vous adresser au Dr L._____, pneumologue traitant.

Globalement, l'état de santé de Monsieur B._____ s'est aggravé il ne s'est en tout cas pas amélioré par rapport à 2008, l'aggravation est difficile à dater précisément, mais au vu de mon dossier médical, elle peut être datée de mars 2012.

Concernant l'incapacité de travail je vous prie de vous référer à l'annexe de mon rapport du 23 avril 2012, elle reste inchangée, et j'estime qu'actuellement, Monsieur B. _____ n'a plus de capacité de travail raisonnablement exigible dans le circuit économique normal dans quelque profession que ce soit à plus de 30% ».

Dans son rapport médical à l'OAI du 4 décembre 2012, le Dr L. _____ a indiqué ce qui suit :

« Ce patient représente une péjoration progressive de son état de santé, dans le cadre d'une BPCO sévère. Par rapport au 20.9.12, et en dehors d'un état infectieux, on constate une aggravation des échanges gazeux, avec une hypoxémie sévère (PaO2 55 mmHg) et accentuation de l'hypercapnie (PaCO2 46 mmHg). Ces valeurs étaient respectivement de 65 et 43 le 26.9.12. Par ailleurs, le VEMS diminue également malgré un traitement inhalé continu avec un VEMS actuellement à 32% du prédit (41% le 26.9.12). Malgré une assistance ventilatoire à domicile, l'insuffisance respiratoire s'aggrave entraînant une polyglobulie actuellement avec une hémoglobine à 180 g/L qui nécessitera des saignées. Une oxygénothérapie continue ambulatoire sera vraisemblablement nécessaire en 2013, en plus de la VNI. Compte tenu de l'ensemble des troubles présentés par ce patient et de son âge, une reprise d'une activité professionnelle, même légère et partielle, ne semble pas possible ».

Dans un avis médical sur audition du SMR du 4 février 2013, les Drs Z. _____ et C. _____ ont comparé les valeurs sanguines et pneumologiques existant lors de l'octroi de la rente et celles transmises le 4 décembre 2012, à savoir :

	Valeurs au 23.06.2003 et 15.10.2004	Valeurs transmises le 04.12.2012
PAO2	60 et 55 mmHg	55 mmHg
PCO2	57 à 64 mmHg	46 mmHg
VEMS	35 et 25% du prédit	32% du prédit
hémoglobine	polyglobulie	180gr/dl
capacité de travail	25 à 50%	0%
assistance ventilatoire pour SAS (bipap)	+	+

Ils ont constaté une certaine stabilité des valeurs, voire une amélioration en ce qui concernait la PCO₂. Relevant que l'aggravation pouvait être attribuée à des éléments infectieux et l'amélioration à un traitement à la Prednisone prescrit par le rhumatologue dans le cadre de l'oligo-arthrite, ils ont conclu que l'affection pneumologique ne justifiait pas une incapacité de travail de 100%. Sur le plan rhumatologique, et après avoir consulté le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie et médecin conseil auprès du SMR, les Drs Z._____ et C._____ se sont étonnés de la cotation de l'index pouce C7 mentionnée par le Dr V._____ dans son rapport du 29 novembre 2012, qui ne correspondait pas selon eux à la manière habituelle de procéder. Ils ont en outre relevé ce qui suit : « S'agit-il d'une mesure active-passive ? Mais alors la valeur du 03.09.2003 à 0-34 n'aurait pas de sens. En ce qui concerne la limitation d'un tiers de l'amplitude normale de l'abduction de l'épaule gauche, cette évaluation nous donne une abduction au-dessus de 90° à gauche. En ce qui concerne les rotations (probablement interne), la limitation d'un tiers de l'amplitude normale est peu importante. En ce qui concerne le syndrome lombo-spondylogène, une DDS de 14 cm n'est pas une mauvaise performance chez un homme de 64 ans ». Ils ont au surplus attribué l'augmentation de l'intensité douloureuse des épaules, poignets et mains ayant nécessité la reprise de corticoïdes à une poussée d'oligo-arthrite, qui serait susceptible de s'amender avec le temps. Les médecins du SMR ont estimé que le rapport du 29 novembre 2012 du Dr V._____ qui attestait une incapacité de travail totale de son patient depuis 2003 était contradictoire par rapport à celui établi par le même rhumatologue le 3 septembre 2003, qui avait alors retenu une capacité de travail de 50%, avec une baisse de rendement lors de certaines journées où l'assuré ne pouvait travailler qu'à 30%. Ils en ont déduit que les éléments fournis ne permettaient pas de conclure à une aggravation importante de la capacité de travail.

Par décision du 8 mars 2013, l'OAI a refusé l'augmentation de rente sollicitée par l'assuré, au motif qu'aucun élément objectif ne confirmait une aggravation de son état de santé susceptible de modifier ses limitations fonctionnelles actuelles et son droit à la rente partielle

fondé sur un taux d'invalidité de 68%. Par un courrier d'accompagnement du 7 mars 2013, adressé à l'assuré le 8 mars suivant avec la décision précitée, l'OAI a transmis au mandataire de ce dernier une copie de l'avis établi par le SMR le 4 février 2013. Il a de plus expliqué qu'après comparaison des revenus avec et sans invalidité sur la base du jugement rendu par la Cour des assurances sociales le 21 février 2011, il était effectivement parvenu à un taux d'invalidité de 68%, qui ouvrait toujours le droit à trois-quarts de rente.

D. Par acte du 24 avril 2013, B._____, représenté par Me Flore Primault a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à l'annulation de la décision du 8 mars 2013 et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. En substance, il fait valoir que son état s'est aggravé, se référant notamment à un rapport du Dr V._____ du 3 avril 2013 qui a pris position sur l'avis médical sur audition du SMR du 4 février 2013 en ces termes :

« En ce qui concerne le problème rhumatologique, je suis étonné que les Docteurs Z._____ et C._____ estiment que la cotation de l'indexe pouce C7 est étonnante et ne correspond pas à la manière habituelle de procéder.

Pour ma part la cotation pouce C7 se fait habituellement chez tous les rhumatologues, elle est l'expression de l'épreuve du grattage d'Apley de la littérature anglo-saxonne ou appelé « Apley scratch test » qui consiste à tester une fois la distance entre le pouce et la vertèbre C7 le bras étant en rotation externe et en abduction, et la seconde fois le bras en rotation interne et abduction cela veut dire que ce test explore 4 fonctions de l'épaule, et il s'agit d'une mesure active.

Les Docteurs Z._____ et C._____ [considèrent] que la valeur du 3 septembre 2003 coté à 0/34 cm n'aurait pas de sens, ce que je conteste. En effet, la limitation fonctionnelle des épaules a augmenté entre septembre 2003 et novembre 2012 date à laquelle mon rapport à l'AI a été établi.

Pour moi, l'interprétation de l'épreuve pouce C7 est erronée [chez] mes deux Confrères.

D'autre part en comparant mon rapport de septembre 2003 et novembre 2012, les deux Confrères font abstraction qu'en novembre 2012 je décris l'apparition d'une limitation d'un tiers de l'amplitude normale de l'abduction de l'épaule gauche, et de l'élévation antérieure même si cette dernière est modeste, car ces limitations fonctionnelles ne sont pas décrites dans le rapport de

septembre 2003, d'où l'on peut conclure qu'elles n'existaient pas en septembre 2003.

Pour ma part, d'un point de vue strictement rhumatologique, l'avis médical sur audition du 4 février 2013, et ceci étonnamment après avoir été soumis au rhumatologue du SMR (Dr G. _____), fait abstraction de l'apparition d'une augmentation de la limitation fonctionnelle des épaules et ne tient pas compte de cette limitation fonctionnelle pour affirmer qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé chez Monsieur B. _____.

Pour ma part, d'un point de vue rhumatologique, il y a aggravation de l'état de santé de Monsieur B. _____ d'une part en raison de l'augmentation des douleurs articulaires aux épaules, poignets et mains avec nécessité de reprise d'un traitement de corticostéroïdes (je rappelle qu'en plus des corticostéroïdes Monsieur B. _____ est au bénéfice d'un traitement de Zaldiar (association Paracétamol et Tramadol), et en plus, on objective l'apparition d'une limitation fonctionnelle des épaules tant à gauche qu'à droite, en particulier des mouvements combinés de rotations externes et abductions ».

Le recourant se fonde également sur un rapport médical adressé par le Dr L. _____ au Dr V. _____ le 8 avril 2013, selon lequel en l'absence d'épisode infectieux, son état respiratoire reste précaire mais stable. Le praticien indique que la polyglobulie persiste (valeur de l'hémoglobine à 178 g/L et de l'hématocrite à 0,49%) et que l'hypercapnie est légèrement plus marquée actuellement (47 mmHg avec une PaCO₂ stable à 61 mmHg). Relevant que les débits ventilatoires de son patient ont nettement diminué depuis 2003 (évolution de 40-45% en 2003 à 30-35% actuellement), il concède que l'atteinte respiratoire sévère avec insuffisance respiratoire globale n'est probablement pas en soit invalidante à 100%. Cependant, ne voyant pas quelle activité le patient pourrait exercer compte tenu de l'ensemble de ses pathologies articulaires et respiratoires ni quelle formation il pourrait entreprendre compte tenu de son âge, il estime qu'une rente d'invalidité à 100% serait justifiée. Fondé sur ces rapports médicaux, le recourant déplore que l'OAI se soit uniquement fondé sur les avis médicaux du SMR des 15 juin 2012 et 4 février 2013, alors que les Drs L. _____ et V. _____ font état d'une péjoration, estimant que la capacité résiduelle de travail n'ascende pas à plus de 30% dans des activités légères. Il requiert enfin la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire (rhumatologique et pneumologique) afin de déterminer l'aggravation de son état de santé et sa capacité de travail résiduelle.

Dans sa réponse du 1^{er} juillet 2013, l'OAI conclut au rejet du recours. Il joint un avis médical du SMR des Drs Z. _____ et M. _____ du 27 juin 2013, auquel il déclare se rallier. Dans cet avis, les Drs Z. _____ et M. _____ indiquent que la limitation d'un tiers de l'amplitude normale de l'épaule gauche mentionnée par le Dr V. _____ dans son rapport du 3 avril 2013 n'est pas niée par les médecins du SMR, qui reconnaissent une capacité de travail limitée de 50% d'un temps plein et exclusivement dans une activité adaptée, telle que définie en 2006. Ils relèvent par contre que cette limitation, apparue selon le rapport du 3 avril 2013 Dr V. _____ en novembre 2012, n'est en réalité pas un fait nouveau, dès lors que dans son rapport médical du 3 septembre 2003 à l'OAI, le même rhumatologue signalait déjà l'objectivisation d'une légère limitation fonctionnelle d'un tiers de l'amplitude normale de l'élévation antérieure. Ils observent en outre que l'absence de constatation en 2012 par le Dr V. _____ de limitations de l'épaule droite (décrites en 2003) chez cet assuré gaucher de 65 ans n'est pas non plus suffisante pour modifier leur appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Constatant enfin que le Dr L. _____ a qualifié l'état respiratoire de stable le 8 avril 2013, ils concluent qu'il n'existe pas non plus d'aggravation durable sur le plan respiratoire. L'OAI considère au surplus que le dossier de l'assuré est complet, de sorte qu'une expertise bidisciplinaire n'est pas nécessaire.

Par réplique du 28 août 2013, le recourant maintient les termes et conclusions de son recours du 24 avril 2013 et de ses observations du 11 juin 2013. Il déplore le fait que l'intimé se réfère uniquement aux avis médicaux du SMR, sans se poser la question de leur valeur probante, alors même que celle-ci est remise en question, arguments à l'appui. Il reproche à l'OAI de ne pas répondre concrètement à ses interrogations, ce qui est également le cas de l'avis du SMR du 27 juin 2013. Se référant notamment au rapport du Dr V. _____ du 26 novembre 2012 qui mentionnait une augmentation de l'intensité douloureuse et une limitation fonctionnelle des épaules, il réfute l'argument du SMR selon lequel ledit rhumatologue n'aurait pas constaté en 2012 de limitations à l'épaule droite, dès lors que le praticien faisait

état de limitations « des épaules ». Le recourant réitère sa demande d'expertise bidisciplinaire.

Par duplique du 10 septembre 2013, l'OAI maintient ses conclusions et préavise pour le rejet du recours.

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 (Art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). 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.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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 cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant

susceptible de dépasser 30'000 fr., la Cour statue à trois juges (art. 94 al. 1 et 4 LPA -VD).

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent compte tenu de la suspension des délais durant les fêtes judiciaires pascales (art. 60 et 38 al. 4 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours déposé le 24 avril 2013 contre la décision de l'OAI du 8 mars 2013 est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c, 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente entière d'invalidité et porte sur le point de savoir s'il doit être révisé à la hausse à la suite d'une dégradation de son état de santé, singulièrement quelles sont les conséquences de l'atteinte à la santé sur sa capacité de travail et si le taux d'invalidité fondant le droit à la prestation a subi une modification notable.

3. a) Selon 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. En vertu de l'art. 87 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité [RS 831.201]), la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision de la possibilité d'une modification importante du taux d'invalidité [...], un terme a été fixé au

moment de l'octroi de la rente [...] (lettre a) (al. 1) ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité [...] (lettre b). 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 ; 113 V 273 consid. 1a, 133 V 545 consid. 6.1). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b ; TF 9C_765/2009 du 29 mars 2010, TF 9C_765/2009 du 29 mars 2010, consid. 2.2). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

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, 125 V 368 consid. 2, 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1,). En l'occurrence, il s'agit donc de comparer les faits tels qu'ils prévalaient au moment des décisions des 1^{er} mai et 24 juillet 2009, lesquelles reposent sur un examen matériel du droit à la rente au sens de la jurisprudence précitée, et les circonstances régnant à l'époque de la décision de refus d'augmentation du droit à la rente du 8 mars 2013.

b) 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (TF 9C_312/2008 du 24 novembre 2008, consid. 6.1 et les références).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux ou des documents 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 activités elle est incapable de travailler. 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 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 ; I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut 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 de l'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 dûment 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).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux

rappelée ci-dessus (ATF 135 V 254, consid. 3.3.2 ; TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012, consid. 3.1 ; TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2 ; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 ; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve pour 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 ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

4. Il incombe à la Cour de céans d'examiner si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité du recourant s'est produit depuis les décisions des 1^{er} mai et 24 juillet 2009, justifiant l'augmentation de trois-quarts de rente à une rente entière.

a) Par décision des 1^{er} mai et 24 juillet 2009, l'OAI a notamment accordé à l'assuré trois-quarts de rente dès le 1^{er} août 2005, retenant une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée et un taux d'invalidité de 66%. Saisi d'un recours, la Cour de céans a confirmé ces deux décisions par arrêt du 21 février 2011, précisant toutefois que le degré d'invalidité s'élevait à 68% et non pas à 66%.

Dans le cadre de l'arrêt du 21 février 2011, la Cour de céans avait considéré que la conclusion de l'OAI selon laquelle le recourant présentait dès le 8 avril 2005 une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée reposait sur une appréciation circonstanciée de l'ensemble des éléments pertinents figurant au dossier. En particulier selon le rapport médical du Dr L._____ à l'OAI du 21 juin 2005, la capacité de travail sur le plan pneumologique était de 50% dès le 8 avril 2005. Le Dr L._____ avait confirmé dans son courrier du 24 octobre 2005 au Dr V._____ que l'état respiratoire du patient était stable et ne

présentait pas de modification subjective par rapport au dernier contrôle. Le 14 novembre 2005, le Prof. D._____ constatait certes une légère augmentation de la pression transcutanée de CO2 moyenne, mais relevait que l'assuré présentait une bonne tolérance à sa BiPAP. En réponse à un questionnaire du SMR, le Dr L._____ avait noté le 12 décembre 2005 que l'évolution de la pathologie broncho-pulmonaire de l'assuré ne contre-indiquait pas une reprise d'activité professionnelle à 50% dès le 8 avril 2005 et que si la fonction respiratoire n'avait pas été améliorée depuis le 8 avril 2005, l'état de l'assuré n'en demeurait pas moins stationnaire d'un point de vue pneumologique, confirmant que de ce point de vue, il existait toujours une incapacité de 50% dans la profession antérieure de relieur. Dans un rapport d'examen du 4 janvier 2006, le Dr M._____ du SMR avait résumé les avis médicaux au dossier et noté que depuis avril 2005, l'incapacité de travail permanente était de 50% en dehors des périodes de décompensation de la BPCO. Dans son avis médical du 30 janvier 2007, le Dr C._____ du SMR avait constaté que la capacité de travail dans l'activité actuelle était de 0%, mais qu'elle demeurait de 50% dans une activité adaptée. Selon un courrier du 26 novembre 2007 du Dr L._____ à l'OAI, l'état respiratoire de son patient s'était dégradé, si bien qu'il estimait qu'une reprise d'activité semblait compromise. Dans son courrier du 17 janvier 2008 au Dr K._____, le Dr L._____ relevait qu'il n'y avait pas d'amélioration de l'état de santé de son patient depuis février 2006 ; il estimait que la capacité actuelle de travail était très limitée et que concrètement, une activité occupationnelle légère serait théoriquement possible mais que sur le marché actuel du travail, une telle place n'était pas envisageable. Pour le Dr L._____, si l'assurance AI ne couvrait pas entièrement son patient, une assistance au placement lui semblerait absolument indispensable. Il notait qu'en une année, il y avait eu une légère dégradation de l'état de santé en particulier respiratoire. Dans son rapport du 9 avril 2008 à l'OAI, le Dr L._____ relevait que pour une activité résiduelle, une expertise et des stages seraient nécessaires, ainsi qu'une aide au placement, laissant ainsi entendre que l'assuré présentait toujours une capacité de travail résiduelle. Dans l'arrêt de février 2011, la Cour avait toutefois retenu que les résultats d'examens respiratoires effectués par le Dr L._____ en 2007 avaient été examinés par la Dresse

R._____, pneumologue FMH, du SMR, qui avait constaté dans son avis médical du 20 octobre 2008 que les résultats desdits tests respiratoires ne faisaient apparaître aucune aggravation objective de l'insuffisance respiratoire par rapport à ceux de 2005, la gazométrie montrant même une discrète amélioration de l'hypercapnie. Quant au Dr V._____, il indiquait dans son rapport médical à l'OAI du 3 octobre 2008 qu'il n'y avait à ses yeux plus d'activité professionnelle raisonnablement exigible chez l'assuré, estimant que l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Au plan rhumatologique, le Dr V._____ posait le diagnostic d'oligoarthralgies chroniques, diagnostic qu'il posait déjà en novembre 2002, et confirmait en septembre 2003. Dans ces conditions, il avait été retenu que le rapport du 3 octobre 2008 du Dr V._____ n'apportait pas d'éléments nouveaux au plan rhumatologique, dans la mesure où l'aggravation de l'incapacité de travail dont il faisait état depuis le 11 août 2003 était attribuée à la BPCO. Cependant, au plan pneumologique, les tests effectués par le Dr L._____ n'attestaient pas d'une aggravation.

A l'appui de son recours, le recourant soutient que son état de santé s'est péjoré. Se référant principalement aux rapports médicaux établis par le Dr V._____ le 23 avril 2012 et par le Dr L._____ le 3 mai 2012, il relève que son appréciation est partagée par ses médecins traitants, qui estiment que sa capacité résiduelle de travail n'ascende pas à plus de 30% dans des activités légères.

Le recourant ne peut toutefois être suivi.

b) En effet, au plan rhumatologique, le Dr V._____ a qualifié l'état de santé de son patient de stationnaire (cf. rapport médical du 23 avril 2012 à l'OAI). Il a posé les mêmes diagnostics que ceux qu'il avait mentionnés dans ses rapports initiaux des 7 janvier 2003, 3 septembre 2003 et 3 octobre 2008 (oligoarthralgies chroniques, cortico-dépendantes, touchant essentiellement les épaules, les poignets et les mains, avec perte de substance à la coiffe des rotateurs des deux côtés, composante dégénérative ; syndrome d'apnée du sommeil ; insuffisance

respiratoire hypoxémique depuis 2004 ; bronchopneumopathie chronique obstructive sévère ; surdité neurosensorielle modérée à sévère ; perte traumatique de l'œil gauche ; HTA ; obésité et antécédents de tuberculose pulmonaire en 1960). Les limitations fonctionnelles fixées le 23 avril 2012 par le rhumatologue correspondent également à celles qu'il avait avancées au cours de l'examen initial du droit à la rente (activités nécessitant l'utilisation continue des membres supérieurs et des mains ; activités de force ; activités nécessitant des mouvements d'élévations des épaules au dessus de 90° ; mouvements de rotations répétitifs des épaules). Ces éléments sont ainsi révélateurs d'un état de santé qui n'a pas évolué. Quant à l'évaluation de la capacité de travail, elle est peu claire. Le Dr V._____ évoque en effet simultanément une incapacité totale depuis le 11 août 2003, dans toute activité, et une capacité résiduelle de 30% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues, moyennant une diminution de rendement et une période d'adaptation. Enfin, la référence faite par le Dr V._____ dans son rapport médical du 29 novembre 2012 au « circuit économique normal », afin de justifier l'incapacité de travail minimale de 70%, ne constitue pas un élément médical et n'est pas relevant en l'espèce.

Compte tenu des constats inchangés au niveau des diagnostics et des limitations figurant dans le rapport médical du 23 avril 2012 du Dr V._____ et de la position peu claire et non étayée de celui-ci sur la question de la capacité de travail, c'est dès lors à juste titre que le SMR a conclu à une absence d'aggravation notable de l'état de santé du recourant au plan rhumatologique.

Les rapports établis ultérieurement par le Dr V._____ ne permettent pas de parvenir à une autre conclusion. En effet, lorsque dans son rapport du 29 novembre 2012, il rapporte l'augmentation des douleurs et l'apparition de lombalgies invoquées par son patient, le rhumatologue ne fait pas état d'éléments médicaux objectifs, mais fait part des plaintes subjectives de son patient. Il qualifie en outre lui-même de légères certaines limitations et n'explique pas en quoi l'évolution de l'état du patient, notamment au niveau de la distance pouce-C7 et des limitations

aux membres supérieurs, a un impact sur la capacité de travail et de gain de celui-ci, notamment en quoi ces limitations rendraient impossibles certaines activités et aggraverait ainsi les limitations retenues par l'OAI au moment de l'octroi de la rente. Le Dr V. _____ ne fournit au surplus pas de conclusion univoque sur la question litigieuse, spécifiant que « l'état de santé de M. B. _____ s'est aggravé il ne s'est en tous cas pas amélioré par rapport à 2008 ». Enfin, alors qu'il suit le recourant régulièrement depuis plusieurs années, le Dr V. _____ dit ne pas être en mesure de dater précisément l'aggravation de l'état de santé alléguée, pour finir par arrêter celle-ci en mars 2012. Cette appréciation est toutefois imprécise et en contradiction avec le constat de stabilité posé par ce médecin dans son rapport du 23 avril 2012.

C'est dès lors à juste titre qu'aucune aggravation significative au niveau rhumatologique, susceptible de modifier le droit à la rente d'invalidité reconnu jusqu'ici par l'OAI, n'a été reconnue.

Sur le plan pneumologique, les rapports des 27 avril et 3 mai 2012 du Dr L. _____ dont se prévaut le recourant à l'appui de sa contestation ne permettent pas d'aboutir à une conclusion différente.

Dans son courrier du 27 avril 2012 au Dr V. _____, le Dr L. _____ fait état d'une situation stabilisée ; il parle en effet d'un état respiratoire et général stable, sans épisode infectieux majeur durant l'hiver. Il rapporte une auscultation cardiaque sans pathologie. Il qualifie lui-même de légère la péjoration des débits respiratoires qu'il invoque, relevant une hypercapnie modérée, inchangée et une hypoxémie sévère avec une PaO₂ à 55 mmHg. Or, comme le relève à juste titre les Drs Z. _____ et C. _____ du SMR dans leur avis du 4 février 2013, cette dernière valeur correspond à celle relevée lors des examens effectués à l'époque de l'examen du droit à la rente ; il n'existe dès lors aucune aggravation significative à ce niveau.

Dans son rapport à l'OAI du 3 mai 2012, le Dr L. _____ a également défini les causes de l'incapacité de travail par des affections

correspondant en tous points au diagnostic posé à l'époque de l'instruction de la demande initiale (insuffisance respiratoire chronique globale sur BPCO sévère et obésité, syndrome d'apnées obstructives du sommeil, HTA traitée, HTA pulmonaire, polyarthrite traitée par corticothérapie au long cours, surdité neurosensorielles, status après perte traumatique de l'œil gauche). Bien qu'il ait indiqué une aggravation progressive de l'état de santé de l'assuré, avec une dyspnée au moindre effort et des douleurs articulaires prédominant aux mains, il n'a pas évoqué de nouvelles limitations excluant de nouvelles fonctionnalités et réduisant les activités professionnelles adaptées à son patient. Il a au surplus évalué l'état de celui-ci de manière équivoque, qualifiant celui-ci à la fois de stationnaire et d'aggravé. Cette évaluation ne peut dès lors pas être retenue pour établir à satisfaction une aggravation importante de l'état de santé pulmonaire du recourant, permettant d'établir que la péjoration dont il fait état affecterait la capacité de travail et de gain de son patient d'une manière suffisamment importante pour influencer sur son droit à la rente, ce d'autant plus qu'elle n'est corroborée par aucun élément objectif.

Le Dr L._____ a en outre évalué la durée de travail exigible de son patient à 30% dans des activités légères, avec une performance d'environ 50%, puis a ajouté, dans son rapport du 8 avril 2013 au Dr V._____, que l'atteinte respiratoire n'était probablement invalidante à 100%, mais que, ne voyant pas quelle activité le patient pourrait exercer compte tenu de l'ensemble de ses pathologies articulaires et respiratoires ni quelle formation il pourrait entreprendre compte tenu de son âge, il estimait qu'une rente d'invalidité à 100% serait justifiée. Force est de plus de constater que la comparaison des valeurs effectuée par le pneumologue dans son rapport du 4 décembre 2012 n'est pas relevante, dans la mesure où elle met en regard les résultats d'examens effectués en septembre et en décembre 2012. Or, afin d'établir l'éventuelle existence d'une aggravation justifiant une révision de la rente d'invalidité, il convient de procéder à une comparaison entre les valeurs prévalant au moment de l'octroi de la rente initiale et celles existant au moment de la révision. C'est dès lors à juste titre que, dans son rapport du 4 février 2013, le SMR

a comparé les résultats des examens sanguins et pneumologiques obtenus le 23 juin 2003 et 15 octobre 2003 à ceux transmis le 4 décembre 2012. Ces valeurs n'ont pas été contestées par le recourant, ni par le Dr L._____. On peut valablement conclure avec le SMR que la comparaison de ces valeurs démontrent une certaine stabilité, voire une amélioration au niveau du PCO₂, mais pas une aggravation importante.

Ce constat de stabilité dans l'état de santé pulmonaire du recourant est de surcroît corroboré par celui opéré par le W._____ dans son rapport du 21 septembre 2011 à l'issue du bilan pneumologique annuel, qui a constaté que le patient n'avait pas émis de plainte et relaté ni hospitalisation, ni surinfection bronchique ni antibiothérapie durant l'année écoulée, décrivant des nuits de 7 heures sous ventilation avec bonne tolérance de son appareil de ventilation mécanique.

c) Le recourant fait principalement grief à l'OAI d'avoir statué en ne tenant compte que des rapports du SMR, dont il estime que la valeur probante est douteuse.

Après examen des rapports médicaux établis par le W._____ le 21 septembre 2011, par le Dr L._____ les 27 avril et 3 mai 2012, et par le Dr V._____ le 23 avril 2012, la Dresse Y._____ du SMR a estimé que si les chiffres montraient une légère péjoration au niveau pneumologique, celle-ci restait minime et l'état clinique stable, ce qui était également le cas du status ostéo-articulaire (cf. rapport SMR du 15 juin 2012). La Dresse Y._____ ne retenait pas l'incapacité totale définitive dans toute activité attestée par le Dr V._____ dans son rapport du 24 avril 2012, ainsi que la capacité maximale de 30% que le Dr L._____ annonçait depuis 2004 dans son rapport du 7 mai 2012. La Dresse Y._____ a également relevé que dans son rapport du 24 avril 2012, le Dr V._____ avait qualifié l'état de son patient de stationnaire. Le Dr L._____ avait quant à lui décrit un état respiratoire et général stable et constaté une légère péjoration de la spémétrie, mais des échanges gazeux stables avec une hypercapnie modérée inchangée et une hypoxémie sévère dans sa lettre du 27 avril 2012. La Dresse Y._____ du

SMR a au surplus relevé que dans le rapport médical établi le 21 septembre 2011 suite au séjour effectué par le patient les 7 et 8 septembre 2011, le W._____ avait noté que sur le plan respiratoire, l'assuré n'avait pas de plaintes (cf. avis SMR du 6 novembre 2012). Comparant les valeurs sanguines et pneumologiques existant lors de l'octroi de la rente à celles transmises le 4 décembre 2012, les Drs Z._____ et C._____ du SMR ont constaté une certaine stabilité, voire une amélioration en ce qui concernait le PCO2. Attribuant les signes d'aggravation à des éléments infectieux et ceux d'amélioration au traitement de Prednisone prescrit par le rhumatologue, ils ont conclu que l'affection pneumologique ne justifiait pas une incapacité de travail à 100%. Quant à l'atteinte rhumatologique, après consultation d'un spécialiste en rhumatologie, les médecins du SMR s'étonnaient des mesures opérées par le Dr V._____, estimant que les limitations évoquées correspondaient soit à celles prévalant jusqu'alors, soit restaient peu importantes et normales pour un homme de 64 ans. Ils attribuaient de surcroît l'augmentation des douleurs à une poussée d'oligo-arthrite et jugeaient que les limitations étaient susceptibles de s'amender avec le temps. Les médecins du SMR relevaient en outre une contradiction dans le rapport du 29 novembre 2012 du Dr V._____, qui avait attesté d'une totale incapacité de travail de son patient depuis 2003, alors que dans un rapport établi le 3 septembre 2003, il avait reconnu une capacité de travail à 50%, avec une baisse de rendement lors de certaines journées où l'assuré ne pouvait travailler qu'à 30% (cf. avis SMR du 4 février 2013). Ils soulignaient enfin que la limitation d'un tiers de l'amplitude de l'épaule gauche mentionnée par le Dr V._____ dans son rapport du 3 avril 2013 était reconnue par l'OAI, qui avait admis une capacité de travail limitée à 50% et exclusivement dans une activité adaptée, estimant cependant que contrairement à ce qu'affirmait le rhumatologue traitant, cette affection n'était pas apparue en novembre 2012, dès lors qu'un rapport médical du Dr V._____ du 3 septembre 2003 signalait déjà l'objectivisation d'une légère limitation fonctionnelle d'un tiers de l'amplitude normale de l'élévation antérieure (cf. avis SMR du 27 juin 2013).

Il résulte de ce qui précède que l'OAI a pris en considération l'entier des documents médicaux au dossier pour statuer. S'il est exact qu'il s'est référé aux avis du SMR, il n'en demeure pas moins que les médecins de ce service ont exposé de manière claire et détaillée les raisons pour lesquelles ils ne retenaient pas une aggravation importante de l'état de santé du recourant. Ils ont en particulier bien pris en considération les rapports des Drs V._____ et L._____, puis posé les résultats d'analyses effectuées par les médecins traitants et expliqué de façon convaincante, chiffres à l'appui, pour quels motifs la péjoration alléguée ne pouvait être retenue. Les rapports du SMR ne contiennent au demeurant pas de contradictions intrinsèques, ce qui n'est pas le cas des rapports médicaux des médecins traitants. Il n'existe enfin pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés et qui seraient de nature à remettre en question les conclusions du SMR.

Le seul fait que les Drs V._____ et L._____ émettent des avis divergents ne permet pas de parvenir à une autre conclusion. En effet, ces deux médecins, qui suivent le recourant régulièrement depuis plus de dix ans en qualité de médecins traitants, sont enclins à prendre parti pour leur patient à la faveur de la relation de confiance qui les lie. On relèvera à cet égard que dans leur premier rapport médical à l'attention de l'OAI dans le cadre de la procédure de révision, ces deux praticiens n'ont fait état d'aucun élément objectif nouveau permettant de conclure à une aggravation importante de l'état de santé de leur patient. Ce n'est que dans un second temps, après que l'intimé ait rendu son projet de décision, puis dans la procédure de recours, que les Drs V._____ et L._____ ont fait état d'une péjoration de l'état de santé de leur patient. A cela s'ajoute que l'appréciation de ces médecins contient des contradictions intrinsèques, notamment au niveau de la survenance et du taux de l'incapacité de travail. Par ailleurs, durant la procédure de révision, les médecins traitants ont réitéré la position qu'ils avaient adoptée au cours de la procédure d'examen initial du droit à la rente, en faisant état d'une totale et définitive incapacité de travail. Or cette évaluation a déjà été écartée par la juridiction cantonale au cours de la première procédure judiciaire (AI 275/09 - 146/2011).

d) Il est ainsi établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales que l'état de santé du recourant n'a pas subi d'aggravation importante au sens de l'art. 17 LPGA depuis les décisions d'octroi de trois-quarts de rente des 1^{er} mai et 24 juillet 2009, propre à modifier sa capacité de travail résiduelle de manière à influencer le degré d'invalidité et à permettre l'octroi d'une rente entière. C'est donc à bon droit que l'OAI s'est rallié aux conclusions du SMR, confirmant le maintien d'un trois quarts de rente.

e) Le complément d'instruction sous forme d'expertise bidisciplinaire requis par le recourant ne se justifie pas. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464, consid. 4a ; TF 8C _361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2 et les références citées). Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige ; les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. La demande d'expertise pluridisciplinaire doit donc être rejetée.

5. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision rendue le 8 mars 2013 par l'OAI 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 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés

à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA- VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de B._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Flore Primault (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :