

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 novembre 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Brélaz Braillard, juge, et Gabellon, assesseur  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à Vevey, intimé.

---

**Art. 28 LAI ; 17 LPG**A

## **E n f a i t :**

**A.**           **a)** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait depuis 1996 comme ouvrier d'usine aux [...] SA. En arrêt de travail depuis le 17 novembre 2000, d'abord pour maladie (lombalgies), puis ensuite en raison d'un accident de la circulation survenu le 19 janvier 2001, il a déposé, le 16 juillet 2001, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Son contrat de travail a été résilié par son employeur pour le 31 octobre 2001.

Dans un rapport d'examen clinique bidisciplinaire SMR du 9 décembre 2003, la Dresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, ont notamment retenu ce qui suit :

### **« DIAGNOSTIC**

- STATUS POST OPÉRATION D'UN SCHWANNOME DU NERF ACOUSTIQUE À D [réd. : droite] (17.10.02) AVEC PARÉSIE FACIALE SÉQUELLAIRE D ET PERSISTANCE DES VERTIGES
- SURDITÉ D
- SYNDROME CERVICO-VERTÉBRAL ET CERVICO-BRACHIAL G [réd. : gauche] DANS LE CADRE D'UNE DISTORSION CERVICALE PROBABLE (19.01.01) ET CHONDROSE C5-C6 PRÉ-EXISTANTE
- LOMBALGIES ET LOMBOSCIATIALGIES D DANS LE CADRE D'UN TROUBLE DE LA STATIQUE, UN STATUS POST MALADIE DE SCHEUERMANN LOMBAIRE, DES ALTÉRATIONS MINEURES DÉGÉNÉRATIVES ET DES DYSBALANCES MUSCULAIRES
- STATUS APRES TYMPANOPLASTIE BILATÉRALE EN 1994 ET 1995
- STATUS POST OPÉRATION D'UNE FRACTURE DU NEZ (1997)
- DIABÈTE SUCRÉ TYPE II TRAITÉ PAR RÉGIME
- HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRAITÉE ET COMPENSÉE
- STATUS POST DEUX TENTATIVES INFRUCTUEUSES D'ÉRADICATION D'UN HELICOBACTER PYLORI

[...]

En l'absence de **limitations fonctionnelles** sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible de l'assuré [est] uniquement tributaire de son état sur le plan biomécanique.

**Les limitations fonctionnelles somatiques** : pas de travail sur des échafaudages ou sur des échelles. Eviter la position prolongée en flexion-rotation du rachis lombaire ou de rotation extension du

rachis cervical. Eviter le port de charges dépassant les 20 kg occasionnellement et de 5 kg répétitivement.

**En ce qui concerne la capacité de travail exigible**, celle-ci est limitée par les problèmes neuro-chirurgicaux et ORL, c'est-à-dire la recherche d'équilibre et les vertiges. D'un point de vue rhumatologique, cette capacité de travail n'est que peu limitée, tout au plus en ce qui concerne la position et la sollicitation du rachis. La reprise de son ancien travail dans une usine de briques [n']est bien évidemment pas exigible, par contre un travail adapté l'est clairement. La capacité de travail peut être estimée à 100 % après un temps d'adaptation d'environ 2 mois. »

Une expertise pluridisciplinaire a été réalisée au COMAI. Dans leur rapport d'examen du 23 septembre 2005, les Drs O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu que l'assuré présentait depuis décembre 2003 une incapacité de travail de 50 %, ce uniquement pour des motifs psychiatriques. De ce rapport, il ressort en particulier ce qui suit :

#### « **A.4 DIAGNOSTICS**

##### **A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail**

- Vertiges chroniques, déficit vestibulaire droit non compensé.
- Troubles dégénératifs du rachis cervical.
- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10: F32.11).
- Somatisation (CIM-10: F45.0).

##### **A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail**

- Syndrome métabolique avec obésité moyenne, hypertension artérielle traitée et diabète sucré de type 2.
- Status après exérèse d'un neurinome de l'acoustique à droite le 17.10.2002 avec parésie faciale droite séquellaire et surdité totale droite. »

Par décision du 25 juillet 2008, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2001 au 30 juin 2003, puis d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2004.

**b)** Dans le cadre du recours que l'assuré a interjeté contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après :

SMR) s'est déterminé sur les rapports médicaux produits par le recourant, dans son avis médical du 13 août 2009 :

« Concernant les cervicobrachialgies G

L'IRM cervicale du 16.09.2008 met en évidence une uncarthrose avec sténose bilatérale des trous de conjugaison C5-C6 responsable d'un raccourcissement des racines C6. Le radiologue, le Dr W.\_\_\_\_\_, décrit en plus des altérations dégénératives MODIC II au niveau C5-C6. L'unarthrose C3-C4 G n'a pas d'impact démontré sur la racine C4 G.

Le 08.04.2009, l'assuré est examiné par la Dresse N.\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie et médecine interne, qui retient un syndrome douloureux chronique, un syndrome métabolique et un status après craniotomie en 2002 (dans cet ordre de citation). Elle a l'IRM cervicale du 16.09.2008 à disposition mais n'en conclut pas une atteinte radiculaire, retenant des troubles dégénératifs prédominant en C3-C4 et C5-C6. Elle propose l'introduction d'un antidépresseur afin d'augmenter le seuil de la douleur et des séances de physiothérapie en piscine. Elle ne s'exprime pas sur la capacité de travail.

Le 10.06.2009, l'assuré est vu à la consultation du département de l'appareil locomoteur du R.\_\_\_\_\_, où on retient une rupture partielle de la face profonde du tendon sus-épineux et d'une arthropathie acromio-claviculaire D avec éventuel conflit sous-acromial. Les autres tendons sont intacts (IRM du 03.06.2009). La trophicité musculaire est conservée. Les autres tendons sont intacts. On propose une infiltration cortisonée, dont on ne connaît pas le résultat. Une telle atteinte d'épaule G est connue et discutée et prise en compte par l'expertise.

On est donc tout à fait d'accord avec l'appréciation du médecin traitant, le Dr V.\_\_\_\_\_, que les cervico-brachialgies bilatérales sont d'origine mixte incluant une possible irritation de la racine C6 (lettre du 18.06.2009). Ceci ne justifie cependant pas une incapacité de travail totale dans toute activité comme attestée par le médecin traitant depuis le 09.09.2008.

Concernant le problème psychiatrique

Les rapports des psychiatres de la (sic) [...] [réd. : [...]] parlent de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne (rapport du 25.10.2005), ce qui n'est pas entièrement invalidant. Nous n'avons pas de renseignements suffisants de la part du Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, pour invalider les résultats de l'expertise COMAI 2005. Je propose donc de l'interroger en lui demandant un rapport médical détaillé.

En conclusion, il y a une nouvelle atteinte à la santé objectivée, c'est-à-dire une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule D associée à une arthrose acromio-claviculaire, démontrée dans l'IRM du 03.06.2009. L'assuré lui-même déclare cependant en souffrir depuis un accident de voiture en 2001, mais les différents examens effectués dès lors n'ont jamais montré une telle atteinte

jusqu'en 2009. En terme de limitations fonctionnelles, cela signifie que tout travail qui demande de lever le bras D au-delà de l'horizontal ou de porter des charges lourdes est contre-indiqué. Ces nouvelles limitations fonctionnelles ostéo-articulaires ne sont cependant pas susceptibles de modifier la capacité de travail de 50 % définie par l'expertise de 2005.

Si les renseignements du Dr T.\_\_\_\_\_ ne devraient pas être convaincants, il sera probablement nécessaire de revoir cet assuré, qui ne travaille plus depuis bientôt 9 ans, en examen clinique orthopédique et psychiatrique. »

Interpellé par le juge instructeur, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu, dans son rapport médical du 19 novembre 2009, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique (F32.2) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Il estimait que la capacité de travail de l'assuré était nulle, principalement du fait des troubles de la concentration importants qui affectaient toute l'activité cognitive, dus à la dépression, aux vertiges et aux douleurs.

Une expertise psychiatrique a alors été ordonnée et confiée au Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport, déposé le 25 juin 2010, l'expert a fait les conclusions suivantes :

« **4. Diagnostics**

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

Episodes dépressifs moyens avec syndrome somatique (F32.11)  
Somatisation (F45.0)  
Vertiges chroniques sur déficit vestibulaire droit non compensé  
Troubles dégénératifs du rachis cervical

4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

Diabète sucré de type II  
Syndrome métabolique avec obésité moyenne  
Status après exérèse d'un neurinome de l'acoustique à droite le 17.10.2002 avec parésie faciale droite séquellaire et surdité totale droite.

**Appréciation du cas et pronostic :**

[...]

En conclusion, l'évolution du tableau clinique est restée stable au cours de ces dernières années, sans changement ni dans un sens favorable, comme espéré d'un traitement psychiatrique et

psychothérapeutique, ni dans le sens d'une péjoration, et l'incapacité de travail pour motifs psychiatriques est à nouveau évaluée à 50 %. Il n'y a pas lieu d'attendre une amélioration de la situation clinique en raison de la fixation de l'expertisé sur ses troubles qui l'empêche d'envisager une quelconque reprise d'activité professionnelle. »

Le recours déposé par l'assuré a été rejeté par arrêt du 23 novembre 2010 (AI 456/08 - 57/2011).

**B.** Une révision du droit à la rente a été initiée en novembre 2011, à réception du rapport médical du 7 février 2011 de la Dresse S.\_\_\_\_\_, médecin-conseil du Service de l'emploi de [...], qui considérait l'assuré comme totalement incapable de reprendre une activité lucrative, même adaptée.

Dans ses avis des 2 mars et 4 juin 2012, le SMR a estimé que la situation sur le plan somatique n'avait pas changé, se référant à un rapport médical établi par le Dr V.\_\_\_\_\_ le 27 janvier 2012.

Sur le plan psychique, l'OAI a mandaté le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en vue de réaliser une expertise psychiatrique de l'assuré. Dans son rapport du 30 janvier 2013, cet expert a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1), sans constater d'aggravation depuis les dernières évaluations médicales. Il a considéré qu'une activité professionnelle à 50 % était raisonnablement exigible, d'un point de vue psychiatrique.

Par décision du 10 avril 2013, l'OAI a refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité octroyée à l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2004.

**C.** Par courrier de son mandataire du 9 septembre 2014, l'assuré a sollicité l'octroi d'une rente entière et produit deux rapports médicaux. Dans le premier, établi le 26 août 2014, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique avec des exacerbations récurrentes, essentiellement au niveau de la colonne cervicale et lombaire, ainsi que

des épaules, ce qui s'inscrivait dans un contexte de troubles dégénératifs. La situation neurologique et psychique était stable. Selon ce médecin, l'assuré n'avait pas de capacité de travail résiduelle, un travail adapté paraissant illusoire compte tenu de sa formation professionnelle. Dans un rapport médical du 4 septembre 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_ a relevé une aggravation des troubles dépressifs depuis trois ans, avec un désinvestissement progressif de toute activité ainsi qu'une aggravation des troubles de la concentration et de la thymie dépressive.

Par écrit du 23 décembre 2014, l'assuré a communiqué à l'OAI qu'il avait fait une grave chute dans les escaliers le 5 septembre 2014, entraînant des atteintes invalidantes au niveau du rachis.

Selon le rapport de sortie du Service des urgences du R.\_\_\_\_\_ (ci-après : R.\_\_\_\_\_) du 6 septembre 2014, l'assuré avait présenté un traumatisme crânio-cérébral mineur sans perte de connaissance, ainsi qu'un trauma de l'épaule et du coude.

Selon une prescription de séances de physiothérapie du 19 janvier 2015 faite par la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, l'assuré avait eu un choc sur l'épaule gauche qui avait entraîné une tendinopathie du sus-épineux et du biceps gauches.

Dans un rapport médical du 28 janvier 2015, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a attesté un état stationnaire sur le plan ORL.

Dans un rapport médical du 20 février 2015, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a fait état d'une totale incapacité de travail en raison d'une dépression grave avec un risque de passage à l'acte. Elle a également retenu les diagnostics de trouble somatoforme, de diabète II, de vertiges résiduels, d'hyperplasie prostatique et d'hypertension artérielle.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué, dans un rapport du 23

mars 2015, avoir procédé à une résection d'une protubérance osseuse au niveau du coude droit en date du 10 février 2015, opération qui ne jouait aucun rôle sur la capacité de travail de l'assuré.

Le Dr T.\_\_\_\_\_ a mentionné, dans un rapport du 10 avril 2015, que l'assuré n'avait plus de capacité de travail résiduelle, que son état s'aggravait depuis les dernières années avec un désinvestissement progressif de toutes activités. Il fuyait le contact et peinait à avoir une autonomie s'il n'était pas stimulé dans la vie quotidienne. Les symptômes anxio-dépressifs étaient aggravés par des sentiments de culpabilité liés à son état de santé.

A l'initiative du SMR, un complément d'expertise psychiatrique a été sollicité auprès du Dr G.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 11 juillet 2016, cet expert a fait savoir que l'assuré avait subi une nouvelle chute en avril 2016 en raison d'un « vertige » avec une perte de connaissance de quelques secondes selon ses dires. L'arthro-IRM effectuée le 14 juin 2016 avait objectivé une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. L'assuré avait par ailleurs présenté une dermo-hypodermite du membre inférieur droit qui avait été traitée avec succès et s'était plaint d'une tuméfaction et de douleurs occasionnelles au genou droit. Au niveau psychique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a confirmé la présence d'un épisode dépressif moyen (F32.1). Il a considéré que les limitations, les ressources et l'incapacité de travail restaient les mêmes, à savoir que l'assuré présentait une incapacité de travail psychiatrique de 50 %.

Dans un rapport médical du 7 octobre 2016, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que depuis avril 2015, l'assuré avait présenté une dermo-hypodermite du membre inférieur droit (en 2015 et 2016), des douleurs de l'épaule gauche (dès mai 2016), une prostatite aiguë (en septembre 2015) et un diabète inaugural (dès août 2016). Compte tenu de la lésion de l'épaule gauche, pour laquelle une opération était prévue par le Dr Q.\_\_\_\_\_ (rapport médical 4 juillet 2016), le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle jusqu'au 31 décembre 2016.

Dans un avis médical du 1<sup>er</sup> novembre 2016, le SMR a retenu que sur le plan psychiatrique, aucune modification ne s'était produite entre 2013 et 2016, mais que l'assuré présentait une nouvelle atteinte durablement incapacitante sur le plan somatique avec la lésion de l'épaule gauche et qu'il se justifiait de reconnaître une totale incapacité de travail dans toute activité depuis l'accident d'avril 2016.

Selon les rapports médicaux des 7 et 17 février 2017 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré a été opéré le 19 janvier 2017 de l'épaule gauche avec une réparation du tendon sus-épineux et une ténodèse du long chef du biceps. Son incapacité de travail était totale.

Dans un rapport médical du 9 mai 2017, ce médecin a indiqué que dans une approche médico-théorique, l'activité sans utilisation du membre supérieur gauche pouvait être exercée à 100 % depuis ce jour pour ce qui concerne le problème de l'épaule. L'assuré était toutefois toujours incapable de pratiquer des efforts avec cette épaule, de sorte que le Dr B.\_\_\_\_\_ a envisagé une incapacité de travail encore de l'ordre de six à huit semaines avant une reprise progressive d'une activité à 50 % puis à 100 % un mois plus tard. Le patient avait également signalé un doigt à ressort de la main gauche pour lequel des investigations étaient en cours. Il présentait en outre un problème de neurinome de l'acoustique à droite et des lombalgies pour lesquelles la capacité de travail restait réduite.

Dans un avis médical du 22 juin 2017, le SMR a conclu à une aggravation temporaire depuis l'accident du mois d'avril 2016 avec incapacité de travail totale puis récupération d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations psychiatriques, d'épargne rachidien et du membre supérieur gauche à partir de mai 2017. Le SMR a par ailleurs noté ce qui suit :

« Nous rappelons que les atteintes signalées par le [Dr] B.\_\_\_\_\_ (neurinome de l'acoustique à droite, lombalgies) sont connues et avaient déjà été prises en compte dans le passé (Voir Avis SMR

entre 2003 et 2004 et Rapport d'examen SMR du 11.11.2015). En raison des limitations fonctionnelles engendrées par ces atteintes au plan somatique, seule une CT de 50% dans une activité adaptée avait été admise.

Nous n'avons pas retenu le 05.09.2014 comme date de début de l'aggravation, car l'assuré était tombé sur le côté droit ; aucune modification du status ORL et général n'avait [...] été décrit (Voir Rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_, ORL, R.\_\_\_\_\_, du 28.01.2015, GED 20.02.2015). »

Par projet de décision du 11 août 2017, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il prévoyait de lui accorder une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 31 août 2017, puis une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017, compte tenu d'un taux d'invalidité de 53 %, calculé sur la base des données salariales statistiques et en appliquant un taux d'abattement de 5 %.

L'assuré a présenté ses objections par courrier du 14 septembre 2017, sollicitant l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2014, précisant que c'est à la suite de l'accident de septembre 2014 qu'il avait souffert de problèmes à l'épaule et au coude gauches, et que son incapacité de travail perdurait. Il a subsidiairement requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Dans ses objections complémentaires du 22 décembre 2017, il a estimé qu'un taux d'abattement de 20 % devait être appliqué sur son revenu d'invalidité compte tenu de son âge, de sa nationalité étrangère, de son manque de formation, de sa maîtrise imparfaite du français et de ses nombreuses limitations fonctionnelles.

Par courrier du 26 février 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'une expertise orthopédique n'était pas nécessaire au vu des conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_ et a admis qu'il y avait lieu de procéder à un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité pour tenir compte de son âge et de son taux d'activité réduit, ce qui entraînait un taux d'invalidité de 55 %.

Par décision du 20 mars 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 31 août 2017, puis une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017.

**D.** Par acte de son mandataire du 4 mai 2018, F.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a fait valoir qu'il était en totale incapacité de travail, comme l'attestait le rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_ du 26 mars 2018 qu'il a produit en annexe. Il a estimé qu'un taux d'abattement de 15 % devait être appliqué sur le revenu d'invalidité et qu'un complément d'expertise était nécessaire pour déterminer dans quelle mesure son état de santé s'était aggravé postérieurement à ses accidents des 5 septembre 2014 et 28 avril 2016.

Dans le rapport précité, le Dr D.\_\_\_\_\_ a notamment exposé que les douleurs à l'épaule gauche s'étaient progressivement améliorées après la physiothérapie, mais étaient réapparues en janvier 2018, sans cause extérieure. L'arthro-IRM pratiquée le 12 février 2018 avait révélé une récurrence de rupture du tendon sus-épineux, mais une nouvelle intervention n'apparaissait pas indiquée étant donné le diabète de l'assuré qui, même bien contrôlé, entraînait des difficultés de cicatrisation. La poursuite du traitement conservateur ne permettrait vraisemblablement pas à l'assuré de récupérer un usage complet de son bras gauche. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail du recourant était nulle et qu'il n'y avait pas d'amélioration importante à attendre. Un reclassement professionnel apparaissait illusoire.

L'OAI s'est déterminé le 8 août 2018 en produisant un avis du SMR du 23 juillet 2018, qui observait que si l'atteinte psychiatrique restait stable et limitait la capacité de travail à 50 %, l'évolution était objectivement défavorable au niveau de l'épaule gauche. Cela conduisait à s'interroger quant à la réelle aptitude professionnelle de l'assuré d'un

point de vue somatique et remettait en question l'appréciation médicale faite jusqu'à la réception du rapport du Dr D.\_\_\_\_\_. Une évaluation clinique de médecine interne et rhumatologie ou orthopédie était dès lors nécessaire en vue d'établir la réelle capacité de travail de l'assuré sur le plan somatique.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36] et 38 al. 4 let. a LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à octroyer une rente entière d'invalidité au recourant uniquement du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 31 août 2017, avant de le remettre au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2017.

**3. a)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, l'invalidité est définie comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

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.

**b)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer 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. 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 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et les références).

En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

**c)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**4. a)** Dans le cas présent, le recourant est au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2004, droit qui a été confirmé pour la dernière fois par décision du 10 avril 2013. Il s'agit de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves. L'OAI avait alors estimé, sur la base de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr G.\_\_\_\_\_, que le recourant présentait une incapacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique, tandis que son état de santé somatique avait été considéré comme inchangé depuis la précédente décision de l'OAI (cf. avis du SMR des 2 mars et 4 juin 2012). Cette

dernière s'appuyait sur le rapport d'examen clinique bidisciplinaire SMR du 9 décembre 2003, qui concluait à la présence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Il s'agit en l'occurrence d'examiner, d'une part, si c'est à juste titre que l'OAI a retenu la date du 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour augmenter le droit à la rente d'invalidité du recourant, passant à une rente entière d'invalidité, et, d'autre part, si le recourant a connu une amélioration de sa santé suffisamment importante pour conduire à une diminution de son taux d'invalidité et entraîner le retour à une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017.

**b)** Alors que la présente procédure de révision du droit à la rente était en cours, le recourant a fait deux chutes, l'une en septembre 2014 et l'autre en avril 2016. Il n'est pas clair de savoir si, en septembre 2014, il est tombé sur le côté droit ou gauche. Le rapport de sortie du Service des urgences du R.\_\_\_\_\_ mentionne l'épaule droite dans l'anamnèse, puis parle de trauma de l'épaule et du coude sans préciser de quel côté il s'agit. Dans la prescription de physiothérapie faite le 19 janvier 2015, la Dresse L.\_\_\_\_\_ mentionne clairement que l'assuré a subi un choc sur l'épaule gauche le 5 septembre 2014 et pose comme diagnostic une tendinopathie du sus-épineux et du biceps gauches. Dans son rapport médical du 20 février 2015, elle n'évoque cependant pas l'accident de septembre 2014, ne mentionne rien au sujet de l'épaule gauche parmi les diagnostics et indique uniquement des cervico-scapulalgies bilatérales sous la rubrique des limitations fonctionnelles.

C'est à la suite d'une nouvelle chute, en avril 2016, qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche a été mise en évidence par l'arthro-IRM réalisée le 14 juin 2016. L'OAI, par le biais du SMR, a reconnu que cette atteinte entraînait une totale incapacité de travail de l'assuré, qu'il a fait remonter à avril 2016. Dans l'avis médical du 22 juin 2017, le SMR a expliqué qu'il n'avait pas retenu le 5 septembre 2014 comme date de début de l'aggravation car l'assuré était tombé sur le côté droit et qu'aucune modification du status ORL et général n'avait

été décrite par le Dr C.\_\_\_\_\_. Ces justifications apparaissent peu convaincantes au vu, d'une part, du certificat de la Dresse L.\_\_\_\_\_ du 19 janvier 2015, qui rapporte un choc sur l'épaule gauche en date du 5 septembre 2014 et, d'autre part, du fait que le Dr C.\_\_\_\_\_ s'est uniquement prononcé sur le status ORL dans son rapport. De son côté, le recourant a toujours soutenu que l'aggravation de ses douleurs à l'épaule gauche remontait à sa chute de septembre 2014 (cf. rapport médical du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2016 et du Dr B.\_\_\_\_\_ du 7 février 2017). Le Dr D.\_\_\_\_\_ expose, dans son rapport médical du 7 octobre 2016, que les douleurs de l'épaule gauche datent de mai 2016. Il faut en outre relever que le recourant présente depuis des années des douleurs au niveau des épaules, lesquelles n'avaient toutefois pas été jugées incapacitantes par les Drs I.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ dans leur examen clinique du 9 décembre 2003 (cf. également le rapport médical du Dr V.\_\_\_\_\_ du 26 août 2014 qui fait état d'un syndrome douloureux chronique avec exacerbation récurrente au niveau des épaules notamment). Il ressort de ce qui précède que des incertitudes demeurent au sujet de la date à partir de laquelle le recourant a présenté une lésion à l'épaule gauche ayant entraîné une limitation de sa capacité de travail.

Grâce à l'opération de janvier 2017, au cours de laquelle le Dr B.\_\_\_\_\_ a procédé à une réparation du tendon du sus-épineux et à une ténodèse du long chef du biceps, suivie de séances de physiothérapie, les douleurs à l'épaule gauche du recourant se sont progressivement améliorées dans un premier temps, avant de réapparaître en janvier 2018. Une arthro-IRM pratiquée le 12 février 2018 a révélé une récurrence de rupture du tendon sus-épineux, pour laquelle les médecins estiment qu'une opération n'est pas indiquée. Ces éléments ressortent du rapport médical établi le 26 mars 2018 par le Dr D.\_\_\_\_\_, produit par le recourant à l'appui de son recours. Selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). En l'occurrence, il faut constater que le rapport médical en question est postérieur de quelques jours à la décision attaquée, rendue le

20 mars 2018. Cependant, les faits qu'il relate se sont produits antérieurement à la décision litigieuse et doivent, de ce fait, être pris en compte dans le cadre du présent examen.

Il faut constater, à l'instar du SMR dans son avis médical du 23 juillet 2018, que ces éléments attestent d'une évolution objectivement défavorable au niveau de l'épaule gauche et conduisent à s'interroger sur la réelle aptitude professionnelle de l'assuré, d'un point de vue somatique. Cela étant, il convient de constater que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan somatique, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction par une expertise bidisciplinaire, à savoir de médecine interne et rhumatologie ou de médecine interne et orthopédie. Il appartiendra aux experts de se prononcer sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant sur le plan somatique depuis la dernière décision de l'OAI, rendue le 10 avril 2013. Les experts devront notamment se déterminer sur le début de l'atteinte à l'épaule gauche et sur l'évolution de cette lésion à la suite de l'opération réalisée en janvier 2017. Il y a en effet lieu de relever que si le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ semble surtout attester une péjoration de l'état de santé depuis janvier 2018 sans remettre expressément en question l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_ du 9 mai 2017, le SMR estime néanmoins que l'évolution de l'atteinte remet en cause l'appréciation de la capacité de travail faite précédemment. Il appartiendra également aux experts de déterminer si l'ensemble des autres affections somatiques est stable, voire non aggravé, au vu du cumul de plusieurs affections au potentiel évolutif.

**5. a)** Le recours est par conséquent admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**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 (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Le recourant voit ses conclusions admises, de sorte qu'il peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer cette indemnité à 1'600 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 20 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 1'600 fr. (mille six cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- 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 :