

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 août 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Di Ferro Demierre et Piguet, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 17 LPGA : art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) J._____, né en [...], titulaire d'un CFC de boulanger-pâtissier, a été victime d'un accident de circulation le [...] 1980 [...]. Il a bénéficié d'une mesure de reclassement comme programmeur informatique financée par l'assurance militaire puis a travaillé dans cette branche jusqu'au 30 juin 1991.

Le 8 avril 1992, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en mentionnant une atteinte à l'épaule droite, au bras gauche, à l'épaule gauche et aux fémurs depuis août 1980.

En 1993, il est devenu associé d'une entreprise de [...].

Par décision du 12 janvier 1996, l'OAI a rejeté la demande de prestations, l'assuré n'ayant pas communiqué les renseignements économiques nécessaires à établir son invalidité.

b) Le 14 août 1997, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Il a été mis au bénéfice de mesures professionnelles, afin de lui permettre de mettre à jour ses connaissances informatiques.

Par décision du 8 mai 2003, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, estimant qu'au terme de la mesure de réadaptation professionnelle, il pouvait exercer le métier d'informaticien et réaliser un revenu excluant le droit à une rente.

c) Le 17 juillet 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, signalant une incapacité de travail depuis mars 2006 en raison d'une aggravation de son état de santé.

Dans un rapport du 21 novembre 2007, le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de séquelles de fractures consécutives à un accident (fractures des fémurs, de l'épaule droite et radio-cubitale droite), d'arthrose lombaire et de douleurs ostéoarticulaires périphériques pouvant rentrer dans un diagnostic différentiel de spondylarthrite séronégative lequel ne pouvait pas être confirmé avec certitude. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné un diabète de type II, un psoriasis cutané, une apnée du sommeil et des troubles paniques. Il était d'avis que l'assuré présentait une capacité de travail de moins de 50 % aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, soit dans un travail permettant le changement fréquent de position et sans port de charges.

Le 21 août 2008, l'assuré a été examiné par les Drs F._____
et H._____, respectivement spécialiste en psychiatrie et spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Dans leur rapport du 8 septembre 2008, ils ont posé les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- LOMBALGIES CHRONIQUES SUR TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS M 54.56.
- DOULEURS CHRONIQUES DES MEMBRES INFÉRIEURS SUR STATUS POLY-FRACTURAIRE AYANT NÉCESSITÉ 7 INTERVENTIONS D'OSTÉOSYNTÈSE ET ABLATION DU MATÉRIEL D'OSTÉOSYNTÈSE ENTRE 1980 ET 1990.
- DÉCONDITIONNEMENT MUSCULAIRE GLOBAL.
- POLYARTHRALGIES ANAMNESTIQUES D'ORIGINE INDÉTERMINÉE (ARTHRITE PSORIASIQUE ?).

- sans répercussion sur la capacité de travail

- SÉQUELLES PSYCHIATRIQUES POST-TRAUMATIQUES D'UN ACCIDENT DE LA CIRCULATION QUI A EU LIEU EN 1980, AVEC CRISES DE PANIQUE ET AGORAPHOBIE. F41.0.
- PERSONNALITÉ FRAGILE SUR UN MODE DÉPENDANT F 60.9
- OBÉSITÉ DE CLASSE II.
- DIABÈTE DE TYPE II NON INSULINODÉPENDANT.
- APNÉE DU SOMMEIL APPAREILLÉE.
- PSORIASIS CUTANÉ. »

Comme limitations fonctionnelles, ils ont retenu le port de charges supérieures à 7,5 kg de façon répétitive, la position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assises-debout, la position en porte-à-faux et en antéflexion du rachis contre résistance, les montées et descentes d'escaliers, la position en genuflexion ou accroupie, la position statique debout au-delà de 5 à 10 minutes et une diminution du périmètre de marche à 30 minutes environ. Ils ont conclu que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis la date du dépôt de la demande de prestations, précisant qu'après un reconditionnement musculaire et un réentraînement à l'effort, sur une période de six à douze mois, il devrait récupérer une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement d'au maximum 10 à 15 % en raison des limitations fonctionnelles constatées.

Par décisions des 29 mai 2009 et 17 juillet 2009, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2018. L'OAI a estimé que le recourant présentait une capacité de travail de 50 % comme informaticien et a fixé le degré d'invalidité à 52 %, après comparaison du revenu sans invalidité qu'il aurait pu percevoir en tant que boulanger-pâtissier à 100 % et du revenu avec invalidité qu'il pourrait réaliser au taux de 50 % dans l'activité d'informaticien.

d) Le 11 décembre 2009, l'OAI a initié une procédure de révision d'office.

Dans un rapport du 8 février 2010, le Dr G._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de séquelles de fractures post-accident (fémurs, épaule droite, radiocubitale droite), d'arthrose lombaire, de douleurs ostéoarticulaires périphériques séquellaires, en particulier des mains, des épaules et des genoux, d'obésité et d'état anxiodépressif. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné un diabète de type II, un tabagisme, une hyperventilation, un syndrome d'apnée du sommeil et un psoriasis cutané. Il a indiqué que l'activité d'informaticien était un travail très approprié à la pathologie de l'assuré,

mais qu'il ne pensait pas que son patient pouvait reprendre une activité professionnelle, précisant que les problèmes ostéoarticulaires permettraient une reprise professionnelle en tant qu'informaticien, mais qu'il ne pouvait pas se prononcer sur l'état psychique de l'assuré qui était également un handicap majeur dans son activité. Concernant les limitations fonctionnelles, il a signalé que l'assuré développait rapidement des douleurs aux mains et aux épaules qui empêchaient une activité prolongée, en particulier les bras tendus, et que les plaintes relatives aux genoux étaient également une gêne pour les activités de marche, de port de charges et de montée et descente d'escaliers.

Interpellé le 24 février 2010 par l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il n'était pas suivi par un médecin psychiatre.

Par décision du 14 septembre 2010, l'OAI a maintenu le droit à une demi-rente d'invalidité sans modification, estimant qu'il n'y avait pas d'élément en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

e) Le 21 février 2013, dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision du droit à la rente, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé depuis un an, signalant des douleurs plus persistantes et une mobilité des bras, des mains, des hanches et des épaules plus souvent douloureuse.

Dans un rapport du 24 mai 2013, le Dr G. _____ a fait état d'une aggravation sous la forme d'une arthrose bilatérale des deux hanches et d'une arthrose cervicale occasionnant des douleurs à la mobilisation avec un déficit de mobilité. Il y avait également un syndrome de périarthropathie de l'épaule gauche. Il était d'avis que l'activité habituelle d'informaticien n'était plus que résiduelle et que le rendement y était quasi nul dès lors que la position face à un écran occasionnait des douleurs cervicales avec irradiation dans les membres supérieurs et une aggravation du syndrome péri-articulaire de l'épaule gauche et exacerbait également les douleurs lombaires.

Sur questions complémentaires de l'OAI, ce médecin a établi un nouveau rapport le 22 novembre 2013 dans lequel il a notamment indiqué que l'assuré n'avait pas bénéficié de consilium durant les dernières années et qu'il n'y avait pas de bilan radiologique.

Des radiographies des épaules, du rachis cervical et du bassin ont été réalisées le 24 février 2014. Dans un rapport daté du même jour, le Dr Z._____, radiologue au R._____, a conclu que l'épaule gauche était dans la norme avec une minime arthrose acromio-claviculaire non significative et sans évidence de tendinopathie calcifiante. L'examen du bassin révélait un status après intervention orthopédique sur les deux régions inter-trochantériennes fémorales proximales ainsi qu'une minime surélévation de 6 cm de la hanche droite par rapport à la gauche. Il a aussi constaté une déformation de la tête humérale et de la métaphyse proximale humérale droite avec un petit ossicule accolé au pôle inférieur de la glène scapulaire, précisant qu'il s'agissait de séquelles post-traumatiques probables. L'examen radiologique mettait également en évidence une ostéochondrose marquée C5-C6.

Une expertise a été confiée au Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a examiné l'assuré le 16 avril 2014. Dans son rapport daté du même jour, il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthrose fémoropatellaire gauche et de maladie discale C6/C7 sans syndrome neurologique déficitaire. Sans incidence sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics suivants :

- « - Déconditionnement physique majeur ancien avec obésité et tabagisme ancien chronique
- Douleurs digitales à prédominance gauche sans limitation des amplitudes articulaires chez un droitier prédominant
- Fracture du col chirurgical de l'humérus droit
- Status post réduction et traitement orthopédique de la fracture humérale droite
- Status post consolidation en position vicieuse de la métaphyse proximale de l'humérus droit avec limitation partielle des amplitudes articulaires
- Minime arthrose acromio-claviculaire droite non symptomatique
- Status post fracture diaphysaire moyenne des deux os de l'avant-bras gauche

- Status post réduction et traitement orthopédique de la fracture de l'avant- bras gauche
- Diminution des amplitudes articulaire de pronation et de supination active gauches, n'entraînant pas de limitations des secteurs fonctionnels du membre non dominant
- Maladie discale dégénérative C6/C7 sans syndrome irritatif radiculaire
- Status post accident du 03.08.80 avec :
 - Fracture transversale du tiers inférieur du fémur droit avec fragment intermédiaire
 - Fracture transversale moyenne diaphysaire du fémur gauche avec long trait de refend sur le fragment supérieur
 - Status post ostéosynthèse par plaque de la fracture fémorale droite
 - Status post ostéosynthèse par enclouage de la fracture fémorale gauche
 - Status post ablation du matériel d'ostéosynthèse en 1981 et 1984
 - Status post ostéotomie intertrochantérienne de dérotation externe fémorale droite et interne fémorale gauche le 11.06.85
 - Status post ablation du matériel d'ostéosynthèse des deux fémurs le 09.09.86
 - Status post ostéotomie sus-condylienne de valgisation droite avec transposition de la tubérosité tibiale antérieure le 09.09.86
 - Status post ablation du matériel d'ostéosynthèse fémoral et tibial droit, avec ablation d'os exubérant au grand trochanter et bursectomie le 03.03.87
 - Status post contusions multiples et léger syndrome commotionnel le 03.08.80
- Status post fracture du tibia droit en 1971 »

Il a retenu des limitations fonctionnelles en lien avec l'épaule droite (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de travail au-dessus du plan des épaules, ne pas pousser ou tirer régulièrement des charges de plus de 15 kg) et avec la lésion du genou gauche (pas de marche en terrain irrégulier ou en pente, ni de travaux sur des lieux élevés, échafaudages ou échelles, ni gravir régulièrement des escaliers). Il a conclu à une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, depuis le 16 avril 2014 aussi bien dans l'activité de préparateur de produits alimentaires que dans l'activité d'informaticien.

Sur questions de l'OAI, le Dr D. _____ a rendu un rapport complémentaire le 21 juillet 2014, précisant notamment que la lésion discale C6/C7 était à retenir comme diagnostic ayant des conséquences sur la capacité de travail, les limitations fonctionnelles énumérées dans son précédent rapport étant maintenues, dès lors que les limitations

entraînées par la pathologie de l'épaule recouvraient celles à retenir pour la pathologie discale cervicale.

Dans un avis du 19 août 2014, le Dr K._____ du SMR s'est éloigné de l'appréciation de l'expert sur la capacité de travail de l'assuré et a confirmé la capacité de travail de 50 % retenue en 2008 par le SMR dans une activité adaptée, soit dans un travail respectant les mesures d'épargne du rachis lombaire et les limitations fonctionnelles induites par l'épaule et le genou gauches. Selon lui, l'activité d'informaticien était adaptée.

Par communication du 20 janvier 2015, l'OAI a informé l'assuré que le droit à la demi-rente était maintenu sans changement.

B. Le 6 août 2019, dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision du droit à la rente, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé depuis 2017, signalant une polyarthrite de type oedémateux au niveau de la main, du coude et des épaules, ainsi qu'un suivi auprès des Drs W._____ et U._____.

Dans un rapport du 18 avril 2019 au Dr U._____, la Dre W._____, spécialiste en rhumatologie au V._____, a indiqué que le dernier bilan sanguin révélait un syndrome inflammatoire qui restait important avec une CRP (protéine C Réactive) à 45 et qu'il pouvait s'agir d'une possible polyarthrite de type oedémateux séronégative.

Dans un rapport du 17 septembre 2019, la Dre W._____ a mentionné avoir constaté une aggravation importante des atteintes à la santé de l'assuré. Elle a signalé la persistance d'une maladie chronique de type oligo-arthrite asymétrique dans un contexte d'antécédents psoriasiques sans poussée actuelle et la présence d'une très probable surinfection locale au niveau de l'avant-pied et du médio-tarse droit à l'origine d'une incapacité de travail de 100 % pour une durée au minimum de trois mois, à réévaluer, précisant que l'incapacité de travail serait très probablement à un taux supérieur à 50 % en raison de la maladie

chronique et des comorbidités. L'assuré était aussi porteur d'un diabète qui influait considérablement sur les altérations ostéoarticulaires, notamment en cas de surinfection.

Le 29 novembre 2019, ce médecin a indiqué que la situation algique, bien que loin d'être totalement résolue, était en nette amélioration après la réintroduction d'un traitement de Salazopryne. Selon elle, les plus gros problèmes se posaient au niveau des membres supérieurs avec à la fois des lésions en faveur d'une maladie de Dupuytren débutante touchant essentiellement le 4^e rayon de la main gauche et à un moindre degré à droite, qui était encore à un stade tout à fait acceptable, et une ténosynovite du fléchisseur du 3^e rayon à prédominance gauche et parfois aussi au 5^e rayon à droite. Des gestes infiltratifs pourraient être envisagés si les auto-exercices et la reprise des séances d'ergothérapie ne devaient pas soulager suffisamment l'assuré. Le profil sanguin montrait une nette amélioration du syndrome inflammatoire, même s'il persistait encore avec une CRP à 15 le 23 septembre 2019.

Dans un avis du 7 août 2020, le Dr M._____, médecin au SMR, a estimé que les nouveaux éléments médicaux parlaient en faveur d'une entrée en matière et que l'instruction médicale devait se poursuivre par une demande de renseignements à adresser aux Drs U._____ et W._____.

Interpellée le 14 août 2020 par l'OAI au sujet notamment de l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis novembre 2019, la Dre W._____ a répondu qu'elle n'avait pas revu l'assuré depuis lors.

L'OAI a également adressé un rapport médical au Dr G._____ qui l'a complété le 1^{er} mars 2021 en indiquant qu'il voyait occasionnellement l'assuré et qu'il ne gérait pas l'incapacité de travail, le suivi étant effectué par la Dre W._____. L'assuré présentait des douleurs du dos exacerbées par le mouvement mais aussi présentes la nuit, des douleurs aux épaules et aux deux hanches. Comme diagnostics, il a

mentionné une obésité, un diabète, une probable spondylarthrite séronégative liée au psoriasis de type axial, un psoriasis cutané et unguéal, une périarthropathie des épaules et des hanches et une maladie de Dupuytren. A la question de savoir s'il existait des limitations fonctionnelles, il a mentionné le port de charges et précisé que les activités utilisant les épaules étaient vite douloureuses, que les mouvements penchés en avant étaient très occasionnels, et que l'endurance à l'effort était limitée par le manque d'exercice.

Dans un avis du 16 mars 2021, le Dr M. _____ a notamment proposé de demander un complément d'informations au Dr G. _____, soulignant que le status rhumatologique décrit dans son dernier rapport du 1^{er} mars 2021 était peu fourni et décrivait surtout des douleurs rachidiennes diffuses avec une limitation des mobilités cervicales et rachidiennes légèrement aggravées par rapport à celles décrites dans le rapport d'examen du SMR du 8 septembre 2008 (rotation cervicale 45/0/45° en 2021 versus 60/0/70° en 2008 et une distance doigts/sol de 25 cm en 2008 versus 30 cm en 2021).

Interpellé à nouveau par l'OAI, le Dr G. _____ a établi un rapport complémentaire le 22 mars 2021 signalant ne plus suivre l'assuré depuis 2013 et l'avoir revu à une consultation en février 2021. Il pensait qu'il y avait une aggravation du status avec apparition d'une périarthropathie qui pourrait être liée à une spondylarthrite et également aggravée par le diabète. Une maladie de Dupuytren s'était en outre installée entre-temps. Les douleurs étaient aggravées par l'effort et d'allure dégénérative, mais il y avait aussi des douleurs en fin de nuit pouvant aller dans le sens d'une spondylarthrite possiblement liée au psoriasis. Anamnestiquement, il n'avait toutefois pas de signe inflammatoire à la biologie. Il pensait que l'assuré pouvait exercer une activité devant un ordinateur, mais probablement sur une durée limitée qui restait à évaluer.

Le 27 mai 2021, le Dr U._____ a informé l'OAI qu'il ne pouvait pas accéder à sa demande d'informations, l'assuré étant suivi ailleurs.

Dans un rapport du 11 juin 2021, le Dr M._____ du SMR a estimé que la maladie de Dupuytren n'était pas durablement incapacitante, relevant à ce sujet qu'elle n'était pas d'un stade avancé, la Dre W._____ la définissant comme débutante et ne nécessitant pas de geste local, mais des exercices et de l'ergothérapie. Concernant les polyarthralgies, il a notamment relevé qu'il n'y avait pas d'éléments médiaux cliniques ou paracliniques clairs et objectifs en faveur d'une aggravation, soulignant en particulier que les limitations fonctionnelles décrites par le Dr G._____ étaient moins strictes que celles décrites en 2008. Compte tenu des éléments à disposition, il ne pouvait pas conclure à une aggravation et se ralliait aux conclusions du SMR du 19 août 2014.

Dans un projet de décision du 14 juin 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de refuser d'augmenter la rente d'invalidité et de maintenir la demi-rente dont il bénéficiait.

Par courrier du 11 août 2021, l'assuré a recouru contre ce projet de décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a déclaré le recours irrecevable par arrêt du 30 septembre 2021 (cause n° AI 270/21 - 288/2021), la contestation de l'assuré devant faire l'objet d'un examen préalable par l'OAI dans le cadre d'une procédure d'opposition.

Instruisant l'opposition de l'assuré, l'OAI lui a imparti un délai au 10 novembre 2021 pour fournir tout élément susceptible de lui permettre de revoir sa position.

Le 3 novembre 2021, l'assuré a répondu que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis les derniers rapports des Drs W._____ et G._____ et qu'il n'était plus suivi que par son médecin de famille, ses

moyens économiques ne lui permettant pas de consulter des médecins spécialistes.

Par décision du 9 décembre 2021, l'OAI a confirmé le refus d'augmenter la rente d'invalidité et le maintien de la demi-rente.

C. Par acte du 6 janvier 2022, J. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité plus élevée.

Dans sa réponse du 7 mars 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Il n'y a pas eu de second échange d'écritures.

Par décision du 10 mars 2022, le juge instructeur de la Cour a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 janvier 2022, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

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 (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) 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 droit à une rente d'invalidité, plus précisément sur le point de savoir si le recourant peut se prévaloir d'un motif de révision du droit à la rente, justifiant l'augmentation des prestations qui lui sont déjà allouées.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 9 décembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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. 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. 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, si nécessaire, une comparaison des revenus - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation

complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils

ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

6. a) En l'espèce, la dernière décision sur le droit à la rente, reposant sur un examen matériel de ce droit, remonte à janvier 2015. Il s'agit de déterminer si l'état de santé du recourant s'est notablement péjoré depuis lors, entraînant une incapacité de travail et de gain plus importante qu'auparavant, au point de fonder une augmentation du droit à la rente.

b) Il convient de rappeler que l'intimé a rendu les décisions des 29 mai et 17 juillet 2009 d'octroi d'une demi-rente en se fondant sur les constatations du 21 août 2008 des Drs F._____ et H._____, médecins au SMR. Pour la décision de maintien de la demi-rente rendue le 20 janvier 2015, il s'est basé sur le rapport d'expertise du Dr D._____ du 16 avril 2014, mais également sur un avis médical du Dr K._____, médecin au SMR, du 19 août 2014. Il ressort de ces documents qu'en dépit d'une pleine capacité de travail attestée par le Dr D._____ dans une activité adaptée, l'intimé a suivi la proposition du Dr K._____ d'admettre une limitation de la capacité de travail à 50 %.

L'intimé fonde la décision litigieuse, à nouveau, sur un avis d'un médecin du SMR, le Dr M._____, du 11 juin 2021. Ce médecin compare les diagnostics posés en 2015 et ceux posés depuis lors. Il constate que le Dr W._____ évoque une possible polyarthralgie inflammatoire, le Dr G._____ mentionnant pour sa part une possible spondylarthropathie psoriasique séronégative, et rappelle qu'une arthropathie inflammatoire avait déjà été évoquée en 2006 par le Dr G._____. Devant l'absence de signes clinico-biologiques inflammatoires, ainsi que de signes radiologiques, le diagnostic de polyarthralgies

anamnestiques sans étiologie claire avait été retenu lors de l'examen clinique effectué par le SMR en 2008, avec une influence sur la capacité de travail. Il ne s'agit ainsi pas d'une atteinte nouvelle dont il n'aurait pas été tenu compte précédemment. Le Dr M. _____ observe aussi que, comme par le passé, les examens radiologiques et biologiques ne traduisent pas d'anomalie, hormis « une CRP (protéine C Réactive) à 45 [...], fluctuante, sans VS (vitesse de sédimentation) associée et bilan auto-immun négatif », mentionnée par la Dre W. _____ en mars et avril 2019. Il précise que ce constat pouvait s'expliquer à l'époque par une surinfection de l'avant-pied et du médio-tarse droit ayant duré plusieurs mois. Il ajoute qu'il n'y a pas d'imagerie récente, notamment rachidienne, ni d'analyses de laboratoires depuis 2019 qui iraient dans le sens d'une atteinte inflammatoire. Il se détermine également sur la maladie de Dupuytren diagnostiquée dernièrement, exposant que les constatations faites par la Dre W. _____ conduisent à exclure une incapacité de travail induite par cette atteinte.

A ce qui précède, le Dr M. _____ ajoute une comparaison des limitations fonctionnelles décrites par le Dr G. _____ dans ses derniers rapports médicaux, qui sont moins restrictives que celles qui avaient été retenues par le passé, hormis en ce qui concerne le rachis, dont l'état est légèrement péjoré par rapport à ce qui prévalait en 2014, sans pour autant justifier de nouvelles limitations fonctionnelles.

Ce rapport démontre de manière convaincante qu'il n'y a pas de péjoration notable et durable de l'état de santé du recourant depuis 2015, qui entraînerait une diminution notable de sa capacité de travail par rapport à ce qui avait été admis à l'époque.

En définitive, c'est à juste titre que l'intimé a refusé la révision du droit à la rente.

c) Le recourant semble voir dans le fait que l'intimé a pris près de deux ans pour étudier sa demande de révision et qu'il a adressé des demandes de renseignements complémentaires à ses médecins traitants,

le signe que la révision aurait dû être admise, ou à tout le moins que l'intimé aurait dû compléter l'instruction par un examen au SMR. Cette argumentation ne peut être suivie. La durée de la procédure de révision n'était pas exceptionnelle et découle notamment du fait que l'intimé a effectivement demandé des renseignements médicaux aux médecins traitants, conformément à son devoir d'instruire la cause d'office lorsqu'un motif de révision est rendu plausible. Cette instruction a conduit l'intimé à demander ensuite à certains médecins de décrire plus précisément leurs constatations, ce qui a permis au SMR de procéder de manière convaincante à une comparaison de l'état de santé en 2015 et à la date de l'aggravation signalée par le recourant, en particulier en ce qui concerne les limitations fonctionnelles. Bien que plausible au début de la procédure de révision, la péjoration notable de l'état de santé a ainsi pu être exclue au terme de l'instruction, ce qui est conforme au droit. Un examen clinique par le SMR n'était pas nécessaire dans la mesure où le Dr M. _____ disposait de suffisamment d'éléments probants sur la base des rapports médicaux établis par les médecins traitants.

7. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et

des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 décembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- J. _____,
- 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 :