

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juin 2024

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Berberat et M. Parrone, juges
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Hichri, à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. En date du 28 août 2008, Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le 8 novembre 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de rente. En résumé, il a estimé que l'assuré conservait, depuis juillet 2005, une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que « fatigabilité, pas d'effort physique trop important ». Il a retenu un taux d'abattement de 15 % sur le revenu d'invalidité compte tenu de ces limitations, et a abouti à un degré d'invalidité de 26.81 %, n'ouvrant pas de droit à la rente. Par décision du 16 mars 2011, l'OAI a rejeté la demande de rente pour les mêmes motifs que ceux indiqués dans son projet.

B. Le 20 octobre 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI.

a) Celle-ci était fondée, principalement, sur un rapport établi le 7 novembre 2011 par la Dre F._____, spécialiste en médecine interne générale et gastroentérologie au sein du Service de gastro-entérologie et d'hépatologie de la [...]. Il ressort de ce rapport que l'assuré était suivi pour un syndrome de chevauchement entre une hépatite auto-immune et une cirrhose biliaire primitive. Malgré un traitement par acide ursodeoxycholique et corticoïdes, la situation n'était pas sous contrôle et le patient avait évolué au niveau de sa fibrose hépatique de manière significative au cours des dernières années. La cirrhose biliaire primitive était connue pour induire un état d'asthénie même sans cirrhose et pour lequel il n'y avait pas de traitement spécifique à proposer. Cette fatigue, qui était présente en premier plan chez le patient, était responsable d'au moins 50 % d'invalidité. En outre, vu la mauvaise évolution de la maladie, celle-ci progressait et augmentait son incapacité de travail

progressivement. Les autres symptômes, tel qu'un prurit, étaient fluctuants mais parfois invalidants avec des réveils nocturnes. Sur le plan abdominal, le patient signalait des douleurs épigastriques et de l'hypochondre droit sans substrat au niveau vésiculaire et dont l'origine était probablement liée au problème hépatique.

Dans son avis médical du 25 novembre 2011, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé que le rapport de la Dre F._____ décrivait un tableau clinique différent de celui qui prévalait lors des instructions antérieures. L'atteinte à la santé qui affectait l'assuré était un problème rare qui évoluait habituellement, traité ou non, dans le sens d'une aggravation. A l'instar de la Dre F._____, le Dr N._____ a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire de type léger, sans effort ou déplacement prolongé et répartie harmonieusement sur cinq jours ouvrables. Dans l'activité d'aide de cuisine, la capacité de travail était nulle depuis novembre 2010 et elle était de 50 % depuis novembre 2010 dans une activité adaptée.

Entre mars 2012 et juin 2013, différentes mesures professionnelles ont été mises en place en faveur de l'assuré. Elles ont finalement abouti à l'engagement de l'assuré à 30 % comme aide de cuisine au [...].

Le 9 août 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente de 40 % dès le 1^{er} avril 2012. En substance, l'OAI a estimé que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré depuis la dernière demande. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide de cuisine n'était plus exigible depuis novembre 2010 mais elle était, depuis cette même date, de 50 % dans une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles, c'est-à-dire de type léger, sans effort ou déplacement prolongé et répartie harmonieusement sur cinq jours ouvrables. Compte tenu des limitations fonctionnelles, l'OAI a retenu un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidité. Il a abouti, après comparaison des revenus, à un degré d'invalidité de 49.03 %.

Par décision du 17 janvier 2014, l'OAI a ainsi alloué à l'assuré un quart de rente depuis le 1^{er} avril 2012.

b) Par arrêt du 3 décembre 2015 (AI 30/14 - 326/2015), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : CASSO) a admis le recours formé par Z._____ contre la décision de l'OAI du 17 janvier 2014 et a réformé celle-ci en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité était octroyée au prénommé dès le 1^{er} avril 2012. En substance, elle a estimé que le rapport de la Dre F._____, sur lequel s'était fondé le Dr N._____, mentionnait une incapacité de travail de 50 % dans toute profession et ne mentionnait pas d'incapacité de travail totale dans la profession d'aide-cuisinier. Le Dr N._____ ne pouvait donc pas être suivi lorsqu'il affirmait que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle. La cour a ainsi retenu une capacité de travail de 50 %, dans toute activité, y compris l'activité habituelle. Par conséquent, une demi-rente devait être allouée au recourant, le taux d'incapacité de travail se confondant avec le taux d'incapacité de gain et ce depuis le 1^{er} avril 2012.

C. Par courrier du 9 octobre 2020, reçu par l'OAI le 12 octobre 2020, l'assuré a annoncé l'aggravation de son état de santé et a demandé la révision à la hausse de sa rente.

a) A la requête de l'OAI, l'assuré a produit, à l'appui de sa demande, un rapport établi le 30 octobre 2020 par la Dre L._____, spécialiste en rhumatologie au Service de rhumatologie de l'Hôpital [...]. Celle-ci a posé les diagnostics suivants :

« Rhupus (polyarthrite rhumatoïde séropositive et lupus érythémateux systémique biologique, actuellement sans plainte inflammatoire) avec :

- FR 49 U, anti-CCP 120 U, antinucléaires 1/320 homogènes, anticorps anti-dsDNA 666 U, anti-nucléosomes 81 U.
- IRM mains le 14.02.2019: synovite de la MCP 1 de manière bilatérale d'allure mécanique et discrète ténosynovite du 2^{ème} compartiment des extenseurs du poignet droit.

- Echographie score SONAR du 06.02.2019: score SONAR à 8/66 avec 1 synovite de grade II IPP 4 à droite, sans Doppler. Synovite grade I talo-naviculaire à gauche et au poignet gauche.
- Traitement : Léflunomide de février à juin 2020 (intolérance digestive, non efficacité), rituximab 1g 2x à 2 semaines d'intervalle dès 10.08.2020

Diagnostics secondaire et comorbidités :

- **Augmentation polyclonale des IgG et IgM.**
- **Cholangite biliaire primitive (score de Métavir like F3), anti-M2 +.**
 - o Diagnostic en 2006.
 - o Initialement syndrome de chevauchement avec hépatite auto-immune, exclu par biopsie.
 - o Anciens traitement[s] : acide ursodéoxycholique le 06.12.2006, puis Budésonide en 07.2009 pour aggravation paramètres biologiques.
 - o Traitement actuel : De Ursil et Ocaliva 5 mg depuis 12.2017.
 - o PBF 11.2016: fibrose stable, infiltrat lympho-plasmocytaire, quelques foyers nécrotico-inflammatoires et un granulome.
- **Fièvre Q chronique avec hépatite granulomateuse à C. Burnetti en 07.2005.**
- **Tendinopathie probable du long chef du biceps gauche sur probable surcharge 20.11.2017.**
- **Adénome tubulo-vileux dysplasique bas grade réséqué en 2009.**
- **HCT de type II a selon Fredrickson (suspicion HCT familiale) traitée (LDL maximal à 5.8 (8.10.13)).**
- **Athéromatose carotidienne des deux côtés (US chaque 2 ans).**
- **Acouphène oreille des deux côtés depuis 2006 (bilan ORL 2010).**
- **Rhinoconjonctivite allergique.**
- **Ostéoporose densitométrique.**
 - o Dernière DXA 08.2017, Calcimagon (PC 2019 maladies osseuses).
- **Status post-éradication H. pylori (2005).**
- **Status post-hépatite A. »**

La Dre L. _____ a par ailleurs indiqué que l'assuré était suivi en consultation de rhumatologie pour un chevauchement entre un lupus érythémateux systémique et une polyarthrite rhumatoïde. Elle a souligné que, depuis 2020, l'évolution n'était pas favorable, avec plusieurs épisodes d'arthrites des grosses et moyennes articulations qui avaient nécessité plusieurs hospitalisations, ainsi que des infiltrations locales par stéroïdes, et également la reprise d'une corticothérapie orale. Il présentait par ailleurs une atteinte inflammatoire du tarse gauche, avec une tarsite érosive qui répondait actuellement mal à plusieurs infiltrations cortisonées, conduisant à des troubles de la marche significatifs. Dans ce

contexte, il était en incapacité totale de travail depuis début septembre 2020. Un traitement biologique par rituximab avait été débuté en août, dont il conviendrait de juger de l'efficacité dans les mois suivants. Elle concluait que la situation médicale de l'assuré s'était donc clairement péjorée avec un rhumatisme inflammatoire non contrôlé, conduisant à une capacité de travail nulle, une amélioration significative de celle-ci dans l'activité professionnelle actuelle étant à moyen terme réservée.

b) Dans un rapport du 28 janvier 2021, les Drs V._____ et X._____ du Centre [...], ont attesté d'une incapacité de travail à 100 % du 27 août 2020 au 6 mars 2021. Ils ont indiqué que, depuis début 2020, l'évolution clinique du patient était défavorable avec plusieurs hospitalisations pour des arthrites dans le contexte d'un chevauchement entre un lupus érythémateux systémique et une polyarthrite rhumatoïde. Avec une réponse transitoire et incomplète aux différentes interventions thérapeutiques, le patient gardait une incapacité de travail à 100 % depuis août 2020. D'ailleurs, il présentait, au moment de la rédaction du rapport, une tarsite érosive qui répondait mal au traitement, engendrant une limitation importante à ses déplacements et impliquant l'utilisation d'une canne à la marche. Dans ce contexte, le patient n'était pas en condition clinique de maintenir une activité professionnelle pour l'heure. Un traitement biologique par rituximab avait été débuté en août 2020 et pour lequel l'efficacité devait être réévaluée par son rhumatologue.

Les Drs V._____ et X._____ ont décrit les symptômes suivants : arthralgies multiples récidivantes sur les derniers mois, notamment au niveau du rachis cervical et lombaire, poignets, mains et cheville gauche, des douleurs surtout au niveau lombaire et cheville, péjorées par la marche et port de charges et ont repris les diagnostics figurant dans le rapport de la Dre L._____ du 30 octobre 2020. Ils ont constaté les limitations fonctionnelles suivantes : troubles de la marche avec déplacement à l'aide d'une canne, impossibilité de port de charges lourdes et mobilité réduite par les arthralgies multiples.

Concernant l'éventualité de l'exercice d'activités adaptées, les Drs V._____ et X._____ ont estimé que l'évolution sur le plan rhumatologique permettrait d'en définir le pourcentage. De leur point de vue, le patient présentait, au moment du rapport, une diminution significative de son rendement global en raison du traitement rhumatologique contraignant, de l'asthénie secondaire, des douleurs chroniques actuellement exacerbées et d'une fatigabilité en lien avec ses multiples comorbidités.

c) Dans son avis médical du 3 mars 2021, le Dr R._____, médecin au sein du SMR, a souligné que l'état de l'assuré n'était pas stabilisé et a proposé d'interpeller la Dre L._____ dans le courant du mois de mai 2021.

d) Le 5 octobre 2021, la Dre C._____, spécialiste en rhumatologie au Service de rhumatologie du Centre G._____ (ci-après : le G._____), a répondu aux différentes questions soumises par l'OAI.

Le rapport susmentionné fait état d'un suivi pour un rhupus (polyarthrite rhumatoïde séropositive avec un lupus érythémateux systémique biologique). S'agissant de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, la Dre C._____ a indiqué que le patient était traité par Actemra et que, malgré ce traitement, il avait été noté une persistance de l'activité inflammatoire de la maladie, raison pour laquelle la corticothérapie avait dû être gardée jusqu'au début de l'été 2021. Au moment de la rédaction du rapport, le patient présentait surtout des douleurs mécaniques de la cheville gauche s'il marchait beaucoup mais la maladie inflammatoire était relativement calme au niveau des symptômes. A l'examen clinique, il persistait néanmoins de petites synovites au niveau des IPP 2 et 3 de la main droite, sans hyperthermie. La cheville gauche était douloureuse au niveau du tendon tibial antérieur et il y avait une douleur à la résistance contre dorsi-flexion, témoignant d'une potentielle ténosynovite du tibial antérieur.

S'agissant des limitations fonctionnelles durables, la Dre C. _____ a relevé que le patient travaillait en cuisine, avec des tâches nécessitant une certaine dextérité. A cet égard, les synovites des mains et les occasionnelles poussées inflammatoires avec tuméfactions rendaient ces tâches difficiles, ainsi que la position debout, devant les douleurs de la cheville gauche. Quant à la capacité de travail dans l'activité habituelle, elle a indiqué qu'elle n'avait pas été formellement évaluée mais que, devant le type d'activités réalisées par le patient et la persistance d'une légère activité de la maladie avec les synovites, celle-ci était faible. Pour ce qui était de la capacité de travail dans une activité adaptée, la médecin a constaté que, si le patient reprenait une activité autre, moins physique, une éventuelle capacité de travail serait envisagée, initialement à 50 %, à réévaluer en fonction de l'impact fonctionnel de la maladie inflammatoire et du type de travail.

e) Dans son avis médical du 25 octobre 2021, le Dr R. _____ du SMR, a exposé ce qui suit :

« Cet assuré est au bénéfice d'une demi rente AI depuis le 1.4.2012 (syndrome de chevauchement entre hépatite auto-immune et cirrhose biliaire primitive à l'origine d'une asthénie ; CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] d'aide de cuisine nulle depuis 11.2010, CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] 50% depuis novembre 2010 ; LF [limitations fonctionnelles] : activité de type légère [sic], sans effort ou déplacement prolongé et répartie harmonieusement sur 5 jours ouvrables). Cette atteinte est stable. Cet assuré a développé un Rhupus (polyarthrite rhumatoïde séropositive et lupus érythémateux systémique) diagnostiqué début 2019. Depuis début 2020, il a présenté plusieurs épisodes d'arthrites des grosses et moyennes articulations, et finalement une IT [incapacité de travail] de 100% sans interruption depuis 8.2020. Il est suivi sur le plan rhumatologique au G. _____ et un traitement médicamenteux a permis une amélioration clinique. Actuellement, la maladie inflammatoire est relativement calme au niveau des symptômes. Il persiste de légères synovites (main droite, cheville gauche). Dans son rapport du 5.10.2021, la rhumatologue signale qu'une CT de 50% dans une activité adaptée peut être envisagée. Cet assuré a donc retrouvé la CTAA qui prévalait lors de la dernière appréciation SMR du 25.11.2011. En lien avec le Rhupus, nous pouvons admettre des limitations pour des activités impliquant de fortes contraintes manuelles, la station debout prolongée, la marche prolongée et/ou en terrain accidenté, l'accroupissement et

l'agenouillement. La CT dans l'activité d'aide de cuisine est jugée nulle depuis novembre 2010. »

f) Par projet de décision du 19 novembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui octroyer une rente d'invalidité entière du 1^{er} octobre 2020 (à la date de la demande de révision) au 31 décembre 2021, puis une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2022 (trois mois après l'amélioration). En substance, il a constaté que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré entre août 2020 et le 4 octobre 2021.

g) Par courrier du 2 décembre 2021, l'assuré s'est opposé au projet susmentionné, produisant différents certificats d'incapacité de travail à 100 %.

h) Par décision du 2 juin 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision.

D. a) Par acte du 4 juillet 2022, Z._____, représenté par Me Karim Hichri, forme recours contre la décision précitée, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens qu'il « a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2022 [recte : 2020], la cause étant renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit à la rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2021. ». En résumé, le recourant conteste l'appréciation du SMR et souligne que la Dre C._____ a qualifié sa capacité de travail d'« éventuelle » et que celle-ci devrait être réévaluée en fonction de l'impact fonctionnel de la maladie inflammatoire et du type de travail. Il estime que l'OAI a violé son obligation d'instruire et qu'il aurait par ailleurs dû, au vu de la position de la Dre C._____, mettre en place une mesure d'ordre professionnel afin d'examiner quel type d'activité pourrait être envisagé.

A la demande du recourant, la juge instructrice alors en charge du dossier a, par décision du 2 septembre 2022, octroyé à celui-ci le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 juillet 2022 et désigné Me Karim Hichri en tant qu'avocat d'office.

b) Dans sa réponse du 20 octobre 2022, l'OAI a estimé que le dossier était suffisamment instruit et qu'aucun élément ne permettait de mettre en doute l'aptitude au travail retenue.

c) A l'appui de sa réplique du 1^{er} décembre 2022, le recourant a produit différents rapports médicaux. Il souligne que le rapport établi par la Dre C. _____ le 26 avril 2022, antérieurement à la décision litigieuse, fait état d'une dyspnée d'effort et préconise des examens au niveau pulmonaire. Par ailleurs, selon un rapport du 25 juillet 2022, un examen avait été effectué le 5 mai 2022 mettant en évidence une asthénie, une somnolence diurne ainsi qu'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil sévère nécessitant un appareillage. Le recourant relève que ce point n'a pas été instruit par l'OAI, alors qu'il exercerait une influence sur sa capacité de travail. Le recourant indique encore que la procédure de révision a été entamée alors qu'il était âgé de plus 55 ans. La décision attaquée ayant augmenté puis diminué la rente allouée, il s'agissait de deux procédures de révision si bien que l'OAI aurait dû mettre en œuvre une mesure d'ordre professionnel.

d) Dans sa duplique du 21 décembre 2022, l'OAI a estimé, se fondant sur un avis médical établi le 14 décembre 2022 par le Dr R. _____ du SMR et produit à l'appui de son écriture, que les rapports produits par le recourant ne faisaient état d'aucun élément sur les plans rhumatologique, hépatologique, neurologique et pulmonaire qui aurait été ignoré et qui serait suffisamment pertinent pour modifier l'appréciation de la capacité de travail.

E. Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1^{er} mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) La décision ou la décision sur opposition porte en principe sur un ou plusieurs rapport(s) juridique(s). Le dispositif de la décision règle le rapport juridique comme tel. La motivation de la décision se rapporte à l'ensemble des éléments de fait et de droit qui conduisent à ce dispositif. Chacun de ces éléments constitue l'un des aspects de la motivation, dont dépend finalement le dispositif de la décision (ATF 125 V 413 consid. 2a et 2b).

c) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque, dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si la personne assurée ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

d) En l'espèce, le recourant conteste la réduction de sa rente entière à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2022.

La décision du 2 juin 2022 fixe le montant mensuel de la rente entière allouée au recourant du 1^{er} octobre 2020 au 31 décembre 2020

(1'597 fr.), ainsi que le montant mensuel de la rente entière allouée du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021 (1'610 fr.). Elle détaille le calcul de la rente et son montant total (24'111 fr.) duquel elle déduit les prestations déjà versées (par 12'057 fr.) et des créances à compenser (par 12'054 fr.). Par ailleurs elle indique : « **Notre décision est la suivante** : Vous avez droit à une rente entière (inv. 100 %) dès le 1^{er} octobre 2020 (soit au plus tôt à la date de la demande de révision — art. 88bis, al.1, RAI), puis à une demi-rente (inv. 50 %) à partir du 1^{er} janvier 2022 (après trois mois) ».

Bien que la décision du 2 juin 2022 ne statue pas sur le montant de la rente à 50 %, il convient de considérer qu'elle porte bien sur le principe de la réduction de la rente à 50 % dès le 1^{er} janvier 2022. A tout le moins, en application des principes susmentionnés et de celui de la bonne foi, il convient d'admettre que le recourant était légitimé à comprendre que la décision litigieuse portait sur ce point. Par conséquent, quand bien même une décision postérieure a ou aurait été rendue sur le montant de la rente à partir du 1^{er} janvier 2022, la question du principe de la réduction de la rente à 50 % dès le 1^{er} janvier 2022 fait partie de l'objet de la contestation que le recourant peut déférer devant la cour de céans et son recours est recevable sous cet angle.

3. a) Le litige porte sur la révision du droit à la rente du recourant, plus particulièrement sur le droit à une rente entière au-delà du 31 décembre 2021.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). La réglementation y relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1^{er} janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1^{er} janvier 2022).

c) En l'occurrence, par décision du 2 juin 2022, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière limité dans le temps

pour la période du 1^{er} octobre 2020 au 31 décembre 2021, puis à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2022. Celui-ci étant âgé de 55 ans en date du 1^{er} janvier 2022, il convient donc d'appliquer les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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 LPGGA).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 LPGGA. 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 LPGGA. 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).

d) Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir

s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

6. a) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la demande de révision formulée par le recourant en octobre 2020, laquelle était motivée par une nouvelle atteinte à la santé résultant d'un Rhupus (polyarthrite rhumatoïde). Il n'est pas contesté par les parties et, au demeurant, confirmé sur le plan médical, notamment par la Dre L. _____ dans son rapport du 30 octobre 2020, que cette nouvelle atteinte à la santé somatique et son traitement ont justifié la reconnaissance d'une incapacité de travail totale dès août 2020. Demeure en revanche litigieuse

l'amélioration de la capacité de travail retenue à compter d'octobre 2021 à hauteur de 50 %.

b) L'OAI s'est fondé sur l'avis établi le 25 octobre 2021 par le Dr R._____ du SMR. Toutefois, celui-ci contient différentes erreurs et imprécisions.

Tout d'abord, il retient que le recourant présenterait une capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide de cuisine nulle depuis novembre 2010, la capacité de travail dans une activité adaptée étant de 50 % depuis cette même date, en relation avec le syndrome de chevauchement entre hépatite auto-immune et cirrhose biliaire primitive à l'origine d'une asthénie. Si c'est bien ce qu'avait retenu l'OAI dans sa décision du 17 janvier 2014 (cf. *supra* consid. B.a), celle-ci a été réformée par l'arrêt rendu par la CASSO le 3 décembre 2015, dont il ressort en particulier que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle était de 50 % (cf. *supra* consid B.b), impliquant l'octroi d'une rente à 50 %, le taux d'incapacité de travail se confondant avec le taux d'incapacité de gain. Ainsi, tant l'avis du SMR que le raisonnement de l'OAI dans le cadre de la procédure de révision de la rente octroyée dès le 1^{er} avril 2012 part de la prémisse erronée, selon laquelle la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle serait nulle depuis 2010 et - qu'avant l'aggravation de son état de santé en 2020 - sa capacité de travail de 50 % ne concernait qu'une activité adaptée.

Par ailleurs, s'agissant des conséquences du Rhupus, le Dr R._____ fonde son appréciation essentiellement sur le rapport de la Dre C._____ du 5 octobre 2021, pour retenir que le recourant aurait retrouvé, dès octobre 2021, sa capacité de travail dans une activité adaptée de 50 %, admettant l'existence de limitations pour des activités impliquant de fortes contraintes manuelles, la station debout prolongée, la marche prolongée et/ou en terrain accidenté, l'accroupissement et l'agenouillement. Or le rapport de la Dre C._____ est bien plus mesuré. En premier lieu, elle souligne que la capacité de travail n'a pas été formellement évaluée. S'agissant de l'activité habituelle d'aide de cuisine,

elle relève que les synovites des mains et les occasionnelles poussées inflammatoires avec tuméfaction rendent les tâches d'aide de cuisine, qui nécessitent une certaine dextérité, difficiles, tout comme les douleurs à la cheville ne sont pas compatibles avec la station debout découlant de ce métier. Elle qualifie ainsi la capacité de travail dans l'activité habituelle de faible. Quant à une autre activité - qui devrait être moins physique - elle indique qu' « une éventuelle capacité de travail serait envisagée, initialement à 50 %, à réévaluer en fonction de l'impact fonctionnel de la maladie inflammatoire et du type de travail ». Ainsi, la capacité de travail dans une activité adaptée ne serait qu'éventuelle et devrait faire l'objet d'une réévaluation en fonction de l'impact fonctionnel de la maladie inflammatoire. Les propos nuancés de la Dre C. _____ ne permettent pas de déduire, de manière péremptoire, comme l'a fait le Dr R. _____, puis à sa suite l'OAI, que la capacité de travail dans une activité adaptée serait de 50 %. Par ailleurs, elle ne se prononce sur les limitations fonctionnelles qu'en relation avec l'activité habituelle et non pas de manière générale, précisant uniquement que la capacité de travail dans une activité adaptée dépendrait de l'impact fonctionnel de la maladie et du type de travail.

Au vu de ces éléments, contrairement à ce que retient le Dr R. _____, la capacité de travail dans l'activité habituelle n'est pas nulle depuis novembre 2010. Elle était de 50 % jusqu'en août 2020, date à partir de laquelle l'incapacité de travail du recourant à 100 % a été attestée. Dès octobre 2021, la Dre C. _____ la qualifie de « faible ». En l'état, le dossier ne permet d'établir avec précision quelle était la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle. Quoi qu'il en soit, elle n'était pas de 50 % si bien que l'OAI ne pouvait pas réduire la rente du recourant à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2022 (trois mois après la prétendue amélioration de l'état de santé). Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle n'a été qualifiée que d'éventuelle et devant être réévaluée en fonction de l'impact fonctionnel de la maladie inflammatoire et du type de travail. Ces éléments ne sont pas suffisants, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, pour retenir, comme l'a fait le médecin du SMR, et à sa suite l'OAI, que le recourant aurait retrouvé une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée dès

octobre 2021, ce d'autant plus que l'éventuelle interaction entre les différentes atteintes dont souffre le recourant (y compris celles ayant conduit à l'octroi d'une demi-rente dès le 1^{er} avril 2012) n'a pas été examinée. A cet égard, il incombait à l'OAI d'instruire ce point plus avant et le recours doit être admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Par ailleurs, dans le cadre de son nouvel examen, l'OAI devra tenir compte des rapports médicaux antérieurs à sa décision et produits par le recourant à l'appui de sa duplique. Plus particulièrement, il devra examiner si les atteintes à la santé envisagées dans ces rapports nécessitent d'être également instruits.

Au demeurant, si l'OAI estimait que le recourant avait recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée à 50 %, il devait, conformément à la jurisprudence (cf. ATF 145 V 209 consid. 5), examiner si le recourant avait besoin de mesures d'ordre professionnel, celui-ci étant âgé de plus de 55 ans au moment déterminant (date de la décision de l'OAI : cf. ATF 148 V 321 consid. 7.3).

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 2 juin 2022 par l'intimé annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à charge de l'intimé.

d) Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la partie recourante.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 2 juin 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à celui-ci pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 à Z._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour Z._____),
- 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 :