

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 août 2021

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88a RAI.**

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

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, est carreleur de formation. Il a exercé cette activité en tant que salarié, ainsi qu'au sein de sa propre entreprise, durant de nombreuses années.

En date du 20 novembre 1998, il a été victime d'une chute, responsable de fractures du quatrième métacarpien de la main droite, lesquelles ont été traitées au sein de la Permanence K.\_\_\_\_\_. Une contusion de la main droite, en août 2001, a décompensé les douleurs dans le contexte d'une tendinopathie et d'un début d'arthrose du quatrième métacarpien. Les suites de ces événements ont été indemnisées par la Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (CNA).

Cet assureur a diligenté un examen auprès de son médecin d'arrondissement le 18 mars 2003, qui a mis en évidence une capacité de travail de 50 % dans l'activité de carreleur et une pleine capacité de travail dans toute autre activité « un peu plus légère » (cf. rapport d'examen du 18 mars 2003). Par décision du 10 octobre 2003, la CNA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité, sur la base d'une incapacité de gain de 20 %, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2003, et alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

Dans l'intervalle, l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité, par demande formelle déposée le 20 janvier 2003, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Faute de collaboration de l'assuré à des mesures de reconversion, l'OAI a rendu une décision de refus de rente et de mesures professionnelles le 5 août 2004, après avoir mis en évidence un degré d'invalidité de 5 %. Dite décision a été confirmée sur opposition le 4 juillet 2005.

**B.** B.\_\_\_\_\_ a formulé une seconde requête de prestations de l'assurance-invalidité, parvenue à l'OAI le 7 juin 2006, consécutive à un arrêt complet de travail dès le 4 octobre 2004.

Le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a rapporté à l'OAI, le 25 juin 2007, que son patient souffrait de spondylarthropathie séronégative avec HLA B 27 positive et d'une intolérance aux antiinflammatoires non stéroïdiens. L'incapacité totale de travail se poursuivait.

L'OAI a diligenté un examen clinique rhumatologique au sein du Service médical régional (SMR), lequel a été réalisé le 11 août 2008 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, rééducation et rhumatologie. Le rapport correspondant du 3 septembre 2008 a fait état des diagnostics incapacitants de sacro-iléite droite inflammatoire dans le contexte d'une spondylarthrite ankylosante HLA B 27 positive, de douleurs mécaniques et de défaut de mobilité de l'articulation métacarpo-phalangienne du quatrième rayon droite, sur status post opérations multiples avec arthrolyse de cette articulation en 2002 et révision de l'appareil extenseur. Le diagnostic de status post opération d'un tunnel carpien à droite demeurait sans incidence sur la capacité de travail. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu une aggravation de l'état de santé de l'assuré dès le 4 octobre 2004, estimant que l'exercice de l'activité habituelle de carreleur n'était plus exigible. En revanche, l'assuré conservait une capacité de travail de 50 % depuis le 8 juin 2006 (date d'une consultation auprès du médecin-conseil de l'assureur perte de gain en cas de maladie), dans une activité adaptée, physiquement légère, en dépit de la composante de type inflammatoire, de la réponse partielle au traitement et de la nécessité de pauses plus fréquentes. Les limitations fonctionnelles impliquaient d'éviter un travail de force, les mouvements répétés de flexion ou extension du rachis, les attitudes en porte-à-faux, les roulements ou travaux de nuit, le port de charges supérieures à 10 kg, les positions debout statique au-delà de 20 minutes et assise au-delà d'une heure, les travaux requérant une force de préhension ou une dextérité importante, ainsi que les travaux de vissage.

Un stage d'orientation professionnelle a été organisé entre le 18 mai et le 14 juin 2009 en vue de mettre sur pied un projet de réinsertion, mais s'est soldé par le constat que le comportement oppositionnel de l'assuré mettait d'emblée en échec toute nouvelle dynamique intégrative. Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a dès lors procédé à la détermination du préjudice économique de l'assuré et mis à jour un degré d'invalidité de 50 %, dans un rapport du 30 octobre 2009. Il a précisé que l'assuré était en mesure de mettre à profit sa capacité de travail, par exemple, dans une activité de surveillance de chantiers.

Par décisions des 30 juillet et 30 septembre 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1<sup>er</sup> octobre 2005 au 30 septembre 2006, suivie d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2006.

**C.** L'OAI a initié une procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assuré le 16 avril 2012.

Ce dernier a fait part d'un état de santé aggravé depuis 2010, en complétant un formulaire de révision le 10 mai 2012, et indiqué être suivi \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste. Cette praticienne a rapporté à l'OAI, le 29 novembre 2012, que son patient avait été opéré à plusieurs reprises de la main droite et qu'il souffrait depuis 2010 de diabète, de dyslipidémie et d'hypertension artérielle. Il était entravé à 50 % dans l'exercice de sa profession de carreleur en raison des douleurs. Elle ne se prononçait en revanche pas sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée. Par complément du 6 février 2013, elle a mentionné que l'assuré se plaignait de douleurs au dos, à la main droite et d'une péjoration de son diabète.

Après consultation du SMR, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'augmenter la rente d'invalidité le 25 septembre 2013, en

l'absence d'aggravation avérée de l'état de santé de l'assuré et de modification des limitations fonctionnelles précédemment retenues. Ce projet a été entériné dans une décision du 4 novembre 2013, entrée en force.

**D.** L'OAI a entamé une nouvelle procédure de révision d'office, en adressant un questionnaire à l'assuré le 6 janvier 2015. Ce dernier a signalé une péjoration de son état général depuis environ deux ans. Il consultait \_\_\_\_\_ désormais \_\_\_\_\_ le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, depuis le mois de janvier 2015.

Par rapport du 17 février 2015, la Dre C.\_\_\_\_\_ a relaté la survenance d'une déchirure des tendons sus-épineux et sous-épineux de l'épaule gauche, dont le traitement était assumé par le Dr F.\_\_\_\_\_. L'assuré était, à son avis, en incapacité totale de travail.

Le Dr F.\_\_\_\_\_ a communiqué son rapport à l'OAI le 1<sup>er</sup> avril 2015, précisant que l'assuré allait faire l'objet d'une intervention chirurgicale pour cause de rupture antérieure du tendon sus-épineux de l'épaule gauche, laquelle était limitée en abduction, élévation et pour le port de charges. Il a souligné subséquemment, le 15 septembre 2015, avoir procédé à un contrôle postopératoire de son patient le 11 septembre 2015. L'opération de l'épaule avait eu lieu le 4 mai 2015. Une incapacité de travail totale avait été prononcée en conséquence, à compter de la date de l'intervention. Une activité adaptée, sans travail répétitif, sans mouvements répétitifs du haut du corps et sans port de charges, telle qu'une activité de surveillance, pouvait être envisagée à 100 %. L'épaule gauche était encore limitée en élévation et abduction, avec des douleurs séquellaires. Le traitement consistait en de la physiothérapie, du renfort musculaire et des antalgiques. Une suspicion de neuropathie C6 à gauche n'avait par ailleurs pas été confirmée. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a au surplus continué d'établir des certificats d'incapacité totale de travail, régulièrement transmis à l'OAI par l'assuré.

La Dre C.\_\_\_\_\_ a indiqué ne pas avoir revu son patient par correspondance du 5 octobre 2015.

Sollicité pour avis, le SMR a pris en compte, le 5 août 2016, une incapacité de travail totale transitoire, en rapport avec l'intervention à l'épaule gauche, entre le 4 mai et le 11 septembre 2015. Les limitations fonctionnelles observées en son temps par le Dr D.\_\_\_\_\_, auxquelles s'ajoutaient celles mises en évidence par le Dr F.\_\_\_\_\_, ne modifiaient pas l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à 50 %.

Par rapport du 26 janvier 2017, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a réitéré que l'assuré était en mesure de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité de surveillance de chantiers. Son précédent rapport du 30 octobre 2009 demeurait donc valable.

L'OAI a dès lors établi un projet de décision le 2 février 2017, envisageant de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 % pour la période limitée entre le 1<sup>er</sup> mai et le 31 décembre 2015. Le droit au versement d'une demi-rente d'invalidité se poursuivait dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

A la suite de la contestation dudit projet, formulée par l'assuré le 6 mars 2017, l'OAI a repris l'instruction médicale du cas, en réinterrogeant ses médecins traitants. La Dre C.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 7 avril 2017, que l'assuré ne s'était plus rendu à sa consultation depuis février 2015. Quant au Dr F.\_\_\_\_\_, il a signalé à l'OAI, le 11 avril 2017, que la situation de son patient faisait encore l'objet d'investigations, en raison de l'importante symptomatologie douloureuse alléguée.

Par rapport subséquent du 1<sup>er</sup> mai 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_ a annoncé à l'OAI les diagnostics d'une épaule droite pseudo paralytique depuis le 5 mai 2017, avec lésion du tendon sus-épineux transfixiante et arthrose sévère, ainsi que d'un bombement discal avec conflit radiculaire C6. L'assuré avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale à l'épaule

droite le 12 mars 2018. La capacité de travail était nulle dans les suites postopératoires. Les limitations fonctionnelles impliquaient, dans l'immédiat, l'absence d'effort et de mouvement répétitif. Un traitement de physiothérapie régulier était nécessaire.

Le 24 août 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_ a rapporté à l'OAI les résultats de son examen clinique de l'assuré du 18 juillet 2018. Il mettait en évidence des cicatrices calmes dans le cas d'un patient hyperalgique, dont l'évolution était théâtrale. Il préconisait une physiothérapie de reconditionnement musculaire en vue de récupérer les amplitudes et renforcer les abaisseurs, ainsi que de diminuer les douleurs.

Par courrier du 21 janvier 2019, l'assuré a rappelé à l'OAI avoir subi deux interventions chirurgicales aux épaules, souffrir de diabète, de cholestérol, d'hypertension artérielle et d'une carence en fer qui requérait des injections tous les trois mois. Il était désormais suivi par la Dre G.\_\_\_\_\_, médecin praticien auprès du Centre médical J.\_\_\_\_\_.

Sur questions de l'OAI, cette dernière a signalé ne pas être en possession des informations utiles sur l'état global de l'assuré, lequel ne la consultait que depuis 2017.

Dans un avis du 22 février 2019, le SMR a observé que les problèmes de diabète, d'hypertension et de cholestérol étaient connus lors de l'examen clinique du Dr D.\_\_\_\_\_ en août 2008. Une carence en fer n'engendrait pas d'incapacité de travail. Quant à la problématique de l'épaule droite, il convenait de prendre en considération une incapacité de travail totale transitoire du 12 mars au 17 juillet 2018 (soit jusqu'à l'examen clinique postopératoire du Dr F.\_\_\_\_\_), comme cela était le cas pour l'atteinte de l'épaule gauche entre le 4 mai et le 11 septembre 2015. Les douleurs et le défaut de mobilité de l'articulation métacarpienne de la main droite avaient été précédemment pris en compte. Les limitations fonctionnelles des épaules ne remettaient pas en question l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée, telle que mise en évidence en 2009.

Par un nouveau projet de décision du 1<sup>er</sup> mars 2019, annulant et remplaçant celui du 2 février 2017, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour les périodes limitées du 1<sup>er</sup> août au 31 décembre 2015, ainsi que du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2018. Le versement d'une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50 %, était maintenu dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, respectivement dès le 1<sup>er</sup> novembre 2018.

L'assuré a contesté ce projet de décision le 28 mai 2019, arguant notamment des certificats d'incapacité totale de travail émis par le Dr F.\_\_\_\_\_. Il sollicitait la mise en œuvre d'un examen médical auprès du SMR.

En dépit de cette contestation, l'OAI a rendu une première décision le 13 juin 2019, concernant la période du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2018. Il a établi une seconde décision le 25 juin 2019, annulant et remplaçant la première, valable pour l'intégralité de la période du 1<sup>er</sup> août 2015 au 31 octobre 2018, en reprenant les termes de son projet de décision du 1<sup>er</sup> mars 2019.

**E.** B.\_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 26 juillet 2019, concluant implicitement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, voire à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il s'est prévalu des rapports de ses différents médecins traitants, singulièrement des certificats d'incapacité totale de travail, établis mensuellement par le Dr F.\_\_\_\_\_, qu'il a produits en annexe à son écriture.

L'OAI a répondu au recours le 29 octobre 2019 et conclu à son rejet. Il a rappelé que le dossier de l'assuré avait l'objet de plusieurs appréciations du SMR, lequel n'avait pas jugé nécessaire de procéder à un examen clinique.

Par réplique du 19 novembre 2019, l'assuré a maintenu ses conclusions, estimant que l'OAI avait fait preuve d'arbitraire dans le traitement de son dossier. Il a fourni, au titre de justificatifs, un tirage du protocole opératoire de son épaule droite du 12 mars 2018, ainsi que les certificats subséquents rédigés par le Dr F.\_\_\_\_\_, qui prononçait une incapacité totale de travail jusqu'au 31 décembre 2019.

L'OAI a dupliqué le 12 décembre 2019 et confirmé ses propres conclusions.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 26 juillet 2019 contre la décision de l'intimé du 25 juin 2019 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le refus de l'intimé d'augmenter la demi-rente d'invalidité perçue par le recourant, hormis pour les périodes limitées s'étendant d'août à décembre 2015 et de juin à octobre 2018.

**b)** Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions pour 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 le recourant ne 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 (ATF 125 V 413 consid. 2d).

**3.** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**4. a)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

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

**c)** En vertu de l'art. 17 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, et

donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b). 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 reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

**5. a)** Selon 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 soit à craindre.

**b)** A teneur de l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

**6. a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les

médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2).

**b)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a).

**7. a)** En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé du recourant a connu une modification substantielle et durable, au sens requis par l'art. 17 LPGA, depuis la précédente décision rendue sur le fond par l'intimé le 4 novembre 2013.

**b)** A cette date, étaient notamment versés au dossier médical du recourant les rapports d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA et le rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr D. \_\_\_\_\_ du

3 septembre 2008. Les diagnostics incapacitants consistaient en une sacro-iléite droite dans le contexte d'une spondylarthrite ankylosante et des séquelles des accidents survenus à l'articulation métacarpo-phalangienne droite. Le Dr D.\_\_\_\_\_ avait également relevé un status post opération d'un tunnel carpien à droite, sans incidence sur la capacité de travail (cf. rapport d'examen du 3 septembre 2008, p. 5 - 8). Il avait également observé une tension artérielle « légèrement élevée » qu'il préconisait de surveiller dans un contexte de pré-obésité (cf. ibidem, p. 3 et 6). Les limitations fonctionnelles avaient trait aux conséquences de la spondylarthrite ankylosante et des accidents survenus à la main droite. Une activité légère, soit ménageant le rachis, excluant les travaux de force et de dextérité, sans port de charges et sans position statique prolongée, ni travaux irréguliers, était exigible à un taux de 50 % dès le 8 juin 2006.

On ajoutera que la Dre C.\_\_\_\_\_ avait, de son côté, par rapport du 29 novembre 2012, mentionné les diagnostics de diabète, dyslipidémie et hypertension artérielle.

**c)** Dans le cadre de la procédure de révision, entamée en janvier 2015, il a été établi que le recourant a présenté des ruptures de tendons des épaules gauche et droite, lesquelles ont requis des interventions chirurgicales le 4 mai 2015, respectivement le 12 mars 2018. Il ressort des pièces médicales réunies par l'intimé, singulièrement du rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ afférent à la première intervention, que le recourant était en mesure de déployer une activité adaptée aux limitations de l'épaule gauche, soit sans travail répétitif du haut du corps, ni port de charges, à un taux de 100 %. Un traitement de physiothérapie et de renforcement musculaire était préconisé (cf. rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2015). A l'issue de la seconde intervention, réalisée le 12 mars 2018 à l'épaule droite, le Dr F.\_\_\_\_\_ ne s'est certes pas prononcé aussi précisément sur la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée. Il a cependant clairement mentionné des limitations fonctionnelles excluant des efforts et des mouvements répétitifs, ce uniquement dans les suites postopératoires, tout en réitérant des mesures thérapeutiques identiques à celles recommandées en son temps pour

l'épaule gauche, à savoir un traitement de physiothérapie et de renforcement musculaire. Il a au surplus souligné que la capacité de travail était nulle immédiatement après l'intervention (cf. rapports du Dr F. \_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> mai et 24 août 2018). Il a, cela étant, mis en évidence des cicatrices calmes, sans mentionner de status clinique objectif défavorable, dans le cadre de son rapport du 24 août 2018, soulignant au passage avoir affaire à un patient hyperalgique et théâtral.

**d)** Compte tenu des éléments communiqués par le Dr F. \_\_\_\_\_ jusqu'au 18 juillet 2018, ainsi qu'en l'absence de tout rapport ultérieur de ce dernier qui viendrait évoquer des complications opératoires particulières s'agissant de l'épaule droite, on peut se rallier à l'appréciation du SMR du 22 février 2019, respectivement de l'intimé. Il s'agit ainsi de considérer que les interventions chirurgicales des 4 mai 2015 et 12 mars 2018 n'ont entraîné que des incapacités totales de travail transitoires. On ne voit aucune pièce qui justifierait de considérer que l'état de l'épaule droite serait différent de celui rapporté par le Dr F. \_\_\_\_\_ pour l'épaule gauche. Partant, on peut retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions des épaules entraînent des limitations fonctionnelles pour les travaux de force et les mouvements répétitifs du haut du corps, ainsi que le port de charges lourdes. Il n'y a pas lieu de considérer que ce tableau clinique entraîne une diminution de la capacité de travail résiduelle retenue en son temps par le Dr D. \_\_\_\_\_ à hauteur de 50 %. Au demeurant, il n'apparaît pas que l'activité de surveillance de chantiers, considérée comme adaptée à titre exemplatif par le Service de réinsertion professionnelle de l'intimé le 30 octobre 2009, soit compromise durablement par les séquelles des interventions subies par le recourant aux épaules.

**e)** Les conclusions ci-dessus restent valables s'agissant du diagnostic de bombement discal avec conflit radiculaire C6, évoqué par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 1<sup>er</sup> mai 2018. Ce diagnostic apparaît en effet compatible avec l'exercice d'une activité respectant les restrictions fonctionnelles \_\_\_\_\_ énumérées \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ le Dr D. \_\_\_\_\_, respectivement par le Dr F. \_\_\_\_\_.

**f)** Il convient par ailleurs de confirmer les périodes prises en compte par l'intimé au titre d'aggravations transitoires, soit du 4 mai au 11 septembre 2015, ainsi que du 12 mars au 17 juillet 2018. Les dates des 11 septembre 2015 et 17 juillet 2018 correspondent aux contrôles postopératoires effectués par le Dr F.\_\_\_\_\_. Dans ce contexte, on ne voit pas que les certificats d'incapacité totale de travail subséquents rédigés mensuellement par ce praticien, ne contenant aucune précision, vraisemblablement établis en lien avec l'activité de carreleur exercée antérieurement par le recourant, justifieraient une instruction complémentaire du cas. On peut en revanche estimer, par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d), qu'une telle instruction ne permettrait pas d'apporter a posteriori un éclairage nouveau ou différent du cas d'espèce.

**g)** On ajoutera que les autres affections dont se prévaut le recourant, telles que le diabète, l'hypercholestérolémie ou l'hypertension artérielle, sont des diagnostics usuellement sans incidence sur la capacité de travail exigible. Le recourant indique d'ailleurs être traité pour ces affections, sans que ses différents médecins traitants aient rapporté de complication particulière dans son cas. Ces diagnostics étaient au demeurant connus de l'intimé lorsqu'il a rendu la précédente décision au fond le 4 novembre 2013, étant donné les informations communiquées le 29 novembre 2012 par la Dre C.\_\_\_\_\_.

**8.** En définitive, au vu des pièces réunies par l'intimé, il convient de conclure à l'absence de motif de révision durable de la demi-rente d'invalidité précédemment allouée au recourant. On peut par ailleurs confirmer le bien-fondé de la limitation du versement des rentes entières d'invalidité avec effet au 31 décembre 2015, respectivement au 31 octobre 2018, à l'issue de délais de trois mois consécutivement aux contrôles postopératoires (cf. art. 88a al. 1 RAI).

**9.** Indépendamment des éléments ci-dessus, on peut s'interroger, eu égard aux interventions subies aux deux épaules par le recourant, sur le point de savoir si les atteintes à la santé correspondantes ne sont pas constitutives de nouveaux cas d'assurance, qui auraient impliqué la computation de délais de carence d'un an, en vertu de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI. Dans la mesure où un tel constat conduirait à une réforme de la décision querellée au détriment du recourant (faute d'incapacité de travail moyenne de 40 % sur une année à la suite de chacune des interventions chirurgicales), il sera toutefois renoncé à investiguer plus avant cette question.

**10. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, 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, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe.

**c)** N'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute façon pas représenté, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 juin 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B. \_\_\_\_\_, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :