

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 février 2011

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : MM. Schmutz et Bonard, assesseurs  
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à Morges, recourant, représenté par Me Miriam Mazou, avocate  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 16 LPGA et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** X.\_\_\_\_\_, ressortissant italien né en 1964, marié et père de famille, maçon de profession, a fait une chute le 4 septembre 1998 dans le cadre de son travail, entraînant une gonalgie droite post-traumatique. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 14 avril 2000.

L'assuré a bénéficié de prestations de la Suva. Les pièces du dossier de l'assurance-accidents ont été versées au dossier.

**b)** Lors de l'instruction du cas, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a confié une expertise médicale au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2004, celui-ci a posé les diagnostics de gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante (stade I), de status après deux ménisectomies internes partielles et résection d'une plica synovialis du genou droit, ainsi que de scoliose dorso-lombaire, à double courbure, équilibrée, modérée. Il estimait que la capacité de travail de l'assuré était de 50% en tant que maçon et de 100% dans une activité adaptée à son état de santé (bureau, ordinateur, chaîne de montage maniant des objets légers, surveillance, micro-technique, etc.).

**c)** Par décision du 5 août 2005, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 août 2001, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, considérant qu'à compter du 31 mai 2001, l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L'assuré a fait opposition à cette décision le 14 septembre 2005, en sollicitant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au-delà du 31 août 2001.

**d)** Dans un avis médical du 9 janvier 2007, la Dresse [...] du Service médical régional AI (ci-après : SMR) a constaté que l'assuré présentait effectivement une aggravation de son état de santé sous la forme d'une rupture du sus-épineux de l'épaule gauche associée à une tendinopathie du reste de la coiffe et du long chef du biceps. Elle préconisait dès lors la reprise de l'instruction afin de déterminer si cette nouvelle atteinte entraînait des répercussions sur la capacité de travail exigible de l'assuré.

**e)** Dans un nouveau rapport d'expertise du 14 août 2007, le Dr D. \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport et retenu en sus celui de conflit sous-acromial bilatéral modéré, dans le cadre d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs. Selon l'expert, la pathologie des deux épaules justifiait la prise en compte de nouvelles limitations fonctionnelles, de sorte que la capacité de travail de l'assuré était désormais nulle dans son ancienne profession de maçon, mais qu'elle demeurait entière dans une activité adaptée (bureau, ordinateur, réceptionniste, chaîne de montage maniant des objets légers, surveillance ou micro-technique).

Sur la base de cette nouvelle expertise, le Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé, dans un avis médical du 30 novembre 2007, que l'assuré présentait une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles supplémentaires (pas de mouvement de force en traction ou torsion des membres supérieurs) depuis le 31 mai 2005.

**f)** Le 30 janvier 2008, le conseil de l'assuré a produit des rapports médicaux faisant état d'une hernie discale L3-L4 et de douleurs lombaires irradiant sur la cuisse droite, améliorées par physiothérapie. Dans un avis médical du 15 février 2008, le Dr [...] du SMR a estimé que ces éléments ne modifiaient pas les conclusions de l'avis médical du SMR du 30 novembre 2007, puisque les limitations fonctionnelles énoncées tenaient déjà compte du rachis.

**g)** Par décision sur opposition du 29 mai 2008, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré, considérant que son état de santé s'était amélioré depuis le 31 mai 2001 et que le degré d'invalidité n'était plus que de 19,45% depuis cette date, de sorte que le droit à la rente devait être supprimé dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001, soit trois mois après l'amélioration.

**B. a)** L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition le 30 juin 2008, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'en sus du droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 août 2001, il lui est reconnu le droit à une demi-rente au moins dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001 pour une durée indéterminée, et subsidiairement à son annulation, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour la réalisation d'une expertise neutre et indépendante. A titre de mesures d'instruction, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire. Il fait valoir que son état de santé s'est encore dégradé et que l'impact de sa hernie discale sur la capacité de travail n'a été soumis à l'appréciation d'aucun expert. Il se réfère à un rapport médical de son médecin traitant, le Dr A.\_\_\_\_\_, du 30 juin 2008, selon lequel sa capacité de travail dans une activité adaptée n'excède pas 50 pour-cent. Il soutient que toutes ses tentatives de reprendre une activité professionnelle se sont soldées par un échec, à l'exception d'une douzaine d'heures de conciergerie hebdomadaires, lesquelles lui procurent un revenu mensuel de 1'399 francs. Il estime enfin que le taux d'abattement opéré sur le revenu d'invalidité doit s'élever à 25% et non à 10%, et que le revenu sans invalidité a été sous-estimé, compte tenu des nombreuses heures supplémentaires qu'implique la profession de maçon.

**b)** Dans sa réponse du 23 septembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours. Il expose avoir tenu compte de toutes les limitations fonctionnelles, dont celles liées aux douleurs lombaires, pour déterminer la capacité de travail, comme cela ressort de l'avis médical du SMR du 15 février 2008.

**c)** Dans sa réplique du 15 janvier 2009, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et l'audition de son médecin-traitant, le Dr A.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 20 janvier 2009, le juge instructeur a informé le recourant qu'il n'était pas donné suite aux requêtes de mesures d'instruction en l'état, le dossier paraissant suffisamment complet.

**d)** Le 10 mars 2009, le recourant a produit un avis médical du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 27 février 2009, qui constate que l'intéressé présente deux atteintes très importantes de l'épaule droite et de l'épaule gauche et que dans la situation clinique actuelle, il a très clairement une incapacité de travail bien supérieure à 50% dans quelque activité physique que ce soit. Le recourant a par conséquent renouvelé sa requête d'expertise.

**e)** Se déterminant le 3 avril 2009 sur le rapport médical du Dr S.\_\_\_\_\_, l'OAI a estimé que celui-ci ne faisait pas état d'une aggravation objective de l'état de santé du recourant, puisque le conflit sous-acromial bilatéral, dans le cadre d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, avait déjà été relevé par l'expert D.\_\_\_\_\_, qui en avait tenu compte dans l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré.

**f)** Le 18 novembre 2009, le juge instructeur a ordonné une expertise orthopédique, qui a été confiée au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. Le rapport de l'expert, déposé le 6 mai 2010, pose les diagnostics de gonarthrose fémoro-tibiale interne droite débutante non évolutive, status après méniscectomie interne partielle à deux reprises et résection d'une plica synovialis du genou droit, de lombo-cruralgies droites dans un contexte de hernie discale L3-L4 foraminale et conflit potentiel avec la racine L3 droite, de dysbalances musculaires des secteurs sous-pelviens principalement antérieurs et de troubles statiques mineurs sous forme d'une scoliose rotation thoracolumbaire équilibrée, ainsi que celui de tendinopathie avérée de la coiffe des rotateurs bilatérale, status après acromio-plastie avec débridement

puis réinsertion des muscles sus-épineux, sous-scapulaire de l'épaule droite. Son appréciation est la suivante :

« Monsieur X.\_\_\_\_\_ présente une atteinte intriquée suite à l'existence de pathologies successives plurifocales à savoir : genou droit, segment lombaire et les deux épaules. Autrement dit, la liberté de mouvement d'une manière générale et sa capacité adaptative ont été fortement remises en question, puisque les compensations imposées pour le respect des régies d'ergonomie et d'hygiène posturale ne peuvent plus être adoptées. Ceci s'avère d'autant plus gênant que ce patient est soumis à une activité manuelle. Avec le temps, les méfaits mécaniques d'un flexum antalgique de hanche et genou ne se focalisent plus seulement au niveau locorégional, mais aussi se répercutent à distance soit au niveau axial, contribuant ainsi à l'installation d'un syndrome douloureux polymorphe. Le déséquilibre mécanique segmentaire induit par la discopathie lombaire moyenne a accentué la part d'irréversibilité fonctionnelle du segment lombo-pelvien auquel se sont ajoutées les demandes de compensation vertébrale inhérente à la restriction dans le débattement articulaire des épaules. Les contraintes mécaniques de ce mode adaptatif convergent habituellement vers les structures facettaires vertébrales postérieures, à l'origine d'une atteinte de type spondylogène comme le décrit le Dr. [...], en thérapie manuelle. L'atteinte discogène présentée actuellement s'exprime principalement par des troubles douloureux, sans irritabilité neuro-méningée, à l'origine d'un syndrome lombo-vertébral. Il faut encore ajouter l'existence de tendomyogéloses au niveau des masses musculaires de la cuisse du myotome en question, pouvant clairement expliquer une part de la dysharmonie fonctionnelle de la hanche et du genou. Au niveau vertébral, aucune sanction chirurgicale ou antalgique instrumentale ne devrait être considérée.

À première vue, on pourrait être surpris par cette succession de pathologies multiples, cependant on ne devrait pas oublier que Monsieur X.\_\_\_\_\_ a toujours travaillé avec des engins vibrants depuis son plus jeune âge. L'exposition au long cours aux vibrations a certainement contribué à ces remaniements. En effet, dans la littérature on fait habituellement mention que les expositions aux vibrations de basses et moyennes fréquences inhérentes à l'emploi (pelleteuse, marteau piqueur), transmises au corps entier sont à l'origine de troubles dégénératifs chroniques du rachis lombaire, mais responsable également d'arthrose des épaules, des coudes et des poignets. À cela s'ajoute le fait qu'il démontre un comportement musculaire ligneux, limitant ainsi sa capacité adaptative posturale.

Sur le plan psychologique, il ressort de l'examen que l'on ne peut retenir d'éléments en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme étant donné l'absence de sentiment de détresse, de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux. Le patient faisant état d'une très bonne intégration sociale et l'on ne relève pas de trouble de la personnalité morbide. [...]

##### **5. Quel est l'impact de l'état de santé actuel de X.\_\_\_\_\_ sur sa capacité de travail?**

Dans son cahier de charges de concierge, il doit assumer des activités en alternance de postures, sollicitées de manière variée dans des zones basses, moyennes ou hautes, dans un travail de nettoyage du bâtiment : aspirateur, récurer, nettoyer les vitres et sortir les containers des poubelles. L'organisation temporelle de son activité lui incombe et il peut de ce fait jouir d'une liberté d'adaptation dans l'organisation de son travail, témoin en est le fait qu'il sollicite parfois son épouse voire même des tiers pour certaines activités

plus contraignantes (containers). Dans la description établie par le patient, aucune adaptation environnementale ne s'avère nécessaire.

Malgré cela, il ne pourrait assumer l'intégralité d'une conciergerie d'un parc immobilier puisqu'il ne pourrait réaliser toutes les tâches auxquelles on s'attendrait d'un professionnel du métier à savoir : assurer l'entretien d'un parc avec pelouse et arbres, un déblaiement de neige, des activités qui requièrent moult déplacements, un rythme professionnel soutenu allié à une adaptabilité immédiate. Dans le cas de Monsieur X. \_\_\_\_\_, le travail actuel semble lui convenir car aucune contrainte posturale statique de longue durée, de charges ou de mouvements répétitifs, ne lui soit exigée. De plus, on ne doit pas oublier que cette activité manuelle ne comprend aucun entretien extérieur et qu'il requiert déjà de l'aide de son épouse ou autre intervenant pour certaines tâches. Par ailleurs, il a été confronté à des épisodes douloureux récurrents sur poussées fluxionnaires ce qui rend sa rentabilité au long terme fluctuante.

Sur le plan thérapeutique, on peut s'attendre raisonnablement à ce qu'il persévère dans un entretien physique régulier comprenant une stabilisation musculaire du plan profond paravertébral allié à une pratique régulière d'étirement musculaire des secteurs sous-pelviens et ceinture scapulaire, de manière à limiter les sollicitations mécaniques supplémentaires qui viendraient se surajouter au niveau de segments remaniés mal adaptés à assumer une nouvelle contrainte.

## **6. Quelles sont les limitations, qualitatives et quantitatives, en relation avec les troubles constatés, au plan physique, psychique et mental, et social?**

Sur le plan **physique**, lors des divers bilans fonctionnels, le patient s'est démontré collaborant et cohérent ayant très bien intégré l'intérêt du respect des stratégies ergonomiques. Spontanément, il démontre qu'il recourt aux stratégies économiques adaptées à l'ensemble de ces problèmes.

Sur le plan des restrictions fonctionnelles, on déplore une insécurité dans la mise en charge de son membre inférieur droit lors d'activités en **position basse**, en raison de douleurs d'apparition immédiate, mais également persistant en différé de l'activité assumée, cela conduit à une recherche de décharge en sustentation. Il en résulte une demande de compensation fonctionnelle, reflet en est l'hypertonie et l'hypoextensibilité des muscles pelviens droits, quand bien même on ne retrouve aucun remaniement structurel au niveau de la hanche. Ce déséquilibre se répercute forcément aussi au niveau vertébral. Lors du relevé du sol, le sujet nécessite des appuis. Ainsi, il n'est guère recommandé des activités imposant un accroupissement répété.

En **zone moyenne**, il recourt naturellement aux stratégies de fente avant et pieds parallèles. La base de sustentation reste harmonieuse avec un report de charge correct et un alignement vertébral satisfaisant, bien que l'exercice soit plus difficile et douloureux lors de contraintes situées en latéralité droite. Il est donc à même d'assumer des activités dans cette zone sous forme de pousser ou tracter comme un chariot de supermarché. Il est recommandé d'éviter les positions en porte-à-faux du tronc ou des bras au-dessus de l'horizontale.

En **position haute**, l'équilibre global s'avère moins satisfaisant, se traduisant par une recherche de compensation au niveau vertébral, soit cervicale, soit lombaire, vu les restrictions fonctionnelles des épaules. Les activités d'endurance s'avèrent ainsi non réalistes. Tout au plus, elles peuvent

être conduites moins d'une demi-minute et de façon non répétitive, sans charges. Dans ce contexte, un travail en hauteur ou sur une échelle n'est pas recommandé.

En **position assise**, cette posture s'avère inconfortable, le patient procédant spontanément à un ajustement postural régulier. Lors d'une activité en zone antérieure toujours assise, le patient se dispose en inclinaison latérale gauche, reflet à nouveau du déséquilibre musculaire lombo-pelvien et des souffrances structurelles discovertébrales.

En **position couchée**, le patient cherche une posture antalgique confortable. Le décubitus dorsal reste sensible au niveau lombaire, alors que le décubitus latéral accentue systématiquement les douleurs des ceintures scapulaires. Le sujet utilise des stratégies économiques pour le retournement et pour le transfert couché assis.

Sur le plan **psychologique et social**, le patient s'est démontré collaborant, faisant état d'une maîtrise de la langue laissant ainsi entrevoir une très bonne intégration. Son réseau social est riche et il tisse de manière intelligente des liens affectifs et sociaux qui l'enrichissent. Si les contraintes de sa maladie restent un important facteur limitatif et de contraintes financières, le maintien de l'équilibre familial et d'un étayage social, lui ont permis de jouer son rôle social et de ne pas être réduit à un état de malade quel qu'en soit la gravité de sa maladie, de son handicap et sa dépendance. Il démontre ainsi des ressources de qualité en lui et dans son milieu. Cette assise lui permet de conserver une certaine distance vis-à-vis de l'expression émotionnelle de son handicap physique, témoin en est le Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine. De sorte que, durant l'entretien, il exprime : "... qu'il ne veut pas verbaliser davantage sa gêne, de peur qu'on le juge mal". Il insiste souvent qu'il : "... voudrait travailler davantage et que cette situation le dérange profondément...".

## **7. Quelle est leur influence sur l'activité exercée jusqu'ici?**

Puisque l'activité de petite conciergerie est décrite comme variée dans les charges et postures, le patient parvient à s'adapter. Cependant le manque d'endurance perturbe de manière importante sa rentabilité. Les tâches doivent être entrecoupées et le port de charge est réparti dans la mesure du possible, au besoin il s'organise pour recourir à l'aide de tiers grâce à l'organisation potentielle des tâches. Les activités en zone particulièrement haute ou basse sont source d'inconfort notable et sont manifestement limitées dans la mesure du possible. Les activités statiques ou assises, également gênantes ne sont pas adoptées heureusement dans la présente activité. Les activités en porte-à-faux sont également restreintes à leur plus simple expression étant données leurs répercussions au niveau des épaules ou lombaires. Le port de charge ne dépasse les 5 kilos en zone moyenne de manière répétitive avec un maximum de 8 kilos de façon ponctuelle. Dans le cadre de son activité, les déplacements sont possibles puisque réalisés en terrain régulier, à plat, sur de courtes distances, et à son rythme.

## **8. Compte tenu de toutes les affections dont souffre X. \_\_\_\_\_, quelle serait sa capacité de travail**

### **a) dans le métier de maçon?**

Nulle depuis 1999

**b) dans une activité adaptée?**

L'activité qu'il assume, dans les conditions actuelles, peut être considérée comme adaptée à son problème. Dans pareil cas, on pourrait retenir une capacité de travail à 50%.

**9. Y a-t-il diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure?**

Non.

**10. Quelle pourrait être l'activité adaptée à l'état de santé de X. \_\_\_\_\_ au vu de l'éventuelle diminution de rendement et de ses capacités d'adaptation (physiques, psychiques et intellectuelles)?**

Petite conciergerie, distribution de courrier au sein d'une entreprise. Surveillance de processus industriel d'automatisation.

**11. Depuis quand, d'un point de vue médical, y a-t-il incapacité de travail? A quel taux?**

Trois mois après sa prise en charge par le Service de Neurochirurgie du [...] en 2007, incapacité à 50% dans une activité adaptée avec une rentabilité à 100%.

**12. De quelle manière cette incapacité de travail a-t-elle évolué ces dernières années?**

En automne 2007, suite à la survenue de lombo-cruralgies droites, on peut retenir une interruption de cette activité professionnelle pendant 3 mois avec reprise par la suite d'une incapacité à 50% dans son activité adaptée de petite conciergerie avec une rentabilité à 100%. [...]

**16. Évaluez les capacités d'adaptation à une nouvelle profession en tenant compte de l'ensemble des circonstances (physiques, psychiques, mentales et sociales).**

En choisissant une nouvelle orientation professionnelle, il est indispensable de se rendre compte que la marge de manoeuvre s'avère extrêmement étroite puisque les compétences physiques de ce patient sont fortement amoindries. Il est dès lors indispensable que ce poste travail soit ergonomiquement adapté. Habituellement, en diminuant les contraintes physiques de charge, ces activités aboutissent soit à un travail exclusivement statique, soit impliquent des mouvements répétitifs des membres supérieurs. Ces deux options ne peuvent être tolérées à moyen ou long terme.

Une alternance de postures doit impérativement lui être accordée. Les mouvements répétitifs des épaules doivent être limités. La charge de travail devrait se situer en zone dite intermédiaire, activité conduite sous forme de pousser ou tracter. Les charges ne devraient pas dépasser les cinq kilos. Les mouvements de torsions du tronc, rotations, inclinaisons latérales, et les porte-à-faux du tronc ne devraient pas être retenus. Il n'est pas recommandé non plus des activités imposant un accroupissement répété. Les déplacements en terrain accidenté, ou sur échafaudage ne sont pas recommandés. Une variabilité dans l'organisation serait souhaitable pour lui permettre de s'adapter aux contraintes physiques du moment.

Sur le plan psychologique et social, on pourrait certainement s'attendre de sa part à déployer un investissement personnel, à démontrer des compétences adaptatives et à disposer de la part de son noyau familial des ressources et le soutien nécessaire. [...]

**18. Évaluez l'impact de la volumineuse hernie discale mise en évidence par IRM en novembre 2007 sur la capacité de travail, et sur la capacité de gain, de X.\_\_\_\_\_.**

En se basant sur le rapport du service de neurochirurgie et faisant état de l'expérience en pratique courante, une irritabilité neurogène chez un ouvrier de force souffrant de problématiques combinées peut raisonnablement se résoudre entre 4 à 6 mois. Dans le cas présent, l'arrêt de travail à 100% aurait duré trois mois.

**19. Quel serait le rendement de X.\_\_\_\_\_ dans une activité adaptée?**

Dans pareil cas, on pourrait s'attendre à une exigibilité théorique d'une capacité de travail à 100% avec une rentabilité à 75%, restriction qui comprendrait les contraintes du poste non adaptable et la notion qu'il reste confronté à des épisodes douloureux récurrents ce qui rend sa rentabilité au long terme fluctuante ».

**g)** Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise, l'OAI indique, dans son écriture du 31 mai 2010, qu'il a interpellé le SMR et qu'il se rallie à l'avis établi le 20 mai 2010 par le Dr C.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

« Le rapport d'expertise judiciaire du 06.05.10 du Dr F.\_\_\_\_\_ est le résultat d'un travail fouillé sur le plan médical ; ses conclusions sont motivées et convaincantes.

L'expert ne définit cependant la capacité de travail dans une activité adaptée que depuis 2007, suite à la prise en charge par le Service de Neurochirurgie du [...] et la découverte d'une hernie discale, qui constitue une aggravation de l'état de santé. Il ne se prononce pas sur la période 1999-2007. Dès lors, on peut à notre avis partir du principe que l'expert considère cette question comme suffisamment documentée par les pièces au dossier (voir les deux expertises D.\_\_\_\_\_ de 2004 et 2007) et admet une pleine capacité de travail dans une activité adaptée entre 2001 et 2007. Il est en effet cohérent de considérer que, si après aggravation, la capacité de travail est encore de 75%, elle était entière avant l'aggravation.

Conformément aux conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_, dès l'automne 2007, la capacité de travail est de 50% dans l'activité actuelle de concierge et de 75% (plein temps avec un rendement de 75%) dans une activité totalement adaptée ».

**h)** Dans ses déterminations du 23 juin 2010, le recourant constate quant à lui que l'expert F.\_\_\_\_\_ n'a pas défini l'incapacité de travail avant 2007, de sorte qu'un complément d'expertise doit être

ordonné sur ce point, et qu'il retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, telle que celle qu'il assume aujourd'hui. Il relève que l'expert ne parle en revanche pas d'activité « totalement adaptée », comme l'interprète l'OAI, mais bien d'une exigibilité « théorique de 75%, laquelle ne pourrait pas être tolérée à moyen ou long terme. Le recourant estime dès lors qu'il y a lieu de lui reconnaître une incapacité de travail de 50% et de lui octroyer à tout le moins une demi-rente d'invalidité. Pour le cas où la cour ne partagerait pas cette appréciation, le recourant requiert un complément d'expertise pour éclaircir la question de la capacité de travail actuelle du recourant dans une activité adaptée.

**i)** Un complément d'expertise a été demandé au Dr F.\_\_\_\_\_. Il ressort en substance du rapport complémentaire du 9 septembre 2010 que dans son activité adaptée de petite conciergerie, le recourant a présenté une capacité de travail de 0% du 10 mars au 18 octobre 1999, de 100% du 19 octobre 1999 jusqu'au 12 septembre 2005, puis de 50% (sous réserve d'une incapacité de travail de 100% pendant trois mois après l'opération du 27 septembre 2007 et de nouveau pendant quatre mois depuis opération du 29 septembre 2009). L'expert indique que si l'on refuse d'introduire la notion du case management dans le cas présent – qui permettrait de retenir une exigibilité théorique de 75% dans une profession entièrement adaptée –, il serait alors préférable de maintenir une incapacité de travail de 50% dans l'activité actuelle.

**j)** Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise complémentaire, l'OAI estime, dans son écriture du 5 octobre 2010, que les précisions de l'expert permettent de clarifier à satisfaction la capacité de travail de l'assuré entre 1999 et 2007 et de confirmer l'exigibilité retenue dans la décision attaquée, en se référant à un nouvel avis médical du SMR du 30 septembre 2010.

Dans ses déterminations du 5 octobre 2010, le recourant indique qu'il n'a pas de commentaire particulier à formuler. Le 6 octobre 2010, il a produit un courrier adressé le 4 octobre 2010 à son conseil par le Dr S.\_\_\_\_\_, qui estime que son patient n'est pas apte à travailler à

100% dans une activité physique telle que celle de concierge, où il doit nettoyer des vitres et utiliser ses mains en élévation, et qu'une rente partielle permettrait de préserver une activité professionnelle à mi-temps.

**k)** Le 11 octobre 2010, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu par voie de circulation dans les prochains mois.

Le 25 octobre 2010, le recourant a produit un certificat médical attestant une incapacité totale de travail du 12 octobre au 12 novembre 2010.

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

**1. a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur

les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son droit à une rente AI au-delà du 31 août 2001.

Le recourant soutient que son état de santé s'est aggravé et que sa capacité de travail dans son activité de concierge, adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, n'excède pas 50 pour-cent. Il sollicite dès lors l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

L'OAI estime au contraire que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré depuis le 31 mai 2001 et que sa capacité de travail exigible s'élève désormais à 75% dans une activité totalement adaptée, de sorte que le droit à la rente doit être supprimé dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001, soit trois mois après l'amélioration.

**3. a)** Selon l'art. 6 LPGA, 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.

En vertu de l'art. 7 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.

A teneur 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. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

**b)** Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). Aussi un rapport médical ne saurait-il être écarté pour le seul motif qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical ait été établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante ; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical

puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2 et les références citées).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

**4.** En l'espèce, une expertise judiciaire orthopédique a été confiée au Dr F.\_\_\_\_\_. Son rapport du 6 mai 2010 fait état de diverses atteintes touchant les genoux, les épaules et le dos, et recense de manière détaillée les limitations fonctionnelles en découlant. Selon l'expert, la capacité de travail exigible est nulle dans l'ancienne profession de maçon depuis 1999. Dans l'activité de concierge, déjà exercée actuellement par le recourant à raison d'une douzaine d'heures hebdomadaires, la capacité de travail était de 0% du 10 mars au 18 octobre 1999, de 100% du 19 octobre 1999 jusqu'au 12 septembre 2005, puis de 50% depuis lors (sous réserve d'une incapacité de travail de 100% pendant les trois mois suivant l'opération du 27 septembre 2007 et les quatre mois suivant l'opération du 29 septembre 2009), ainsi que cela ressort du complément d'expertise du 9 septembre 2010. L'expert a néanmoins estimé que, moyennant une nouvelle orientation professionnelle, l'exigibilité théorique dans une activité respectant

intégralement les limitations fonctionnelles atteignait 100%, avec une rentabilité de 75% compte tenu des contraintes du poste et des épisodes douloureux récurrents.

Les conclusions de l'expert, dûment motivées, reposent sur une étude complète et soignée du dossier, ainsi que sur une anamnèse circonstanciée et des examens cliniques approfondis. Elles répondent donc en tous points aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante, ce dont convient d'ailleurs le SMR. Cela étant, elles l'emportent sur celles du Dr D.\_\_\_\_\_, lesquelles sont plus anciennes et moins étayées, ainsi que sur celles du Dr S.\_\_\_\_\_, qui ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail exigible. Quant à l'avis du Dr A.\_\_\_\_\_, il ne permet pas de mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, dont il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter.

Il convient donc de retenir, à l'instar de l'expert F.\_\_\_\_\_, que le recourant présente une capacité de travail exigible de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**5.** Reste encore à déterminer le taux d'invalidité du recourant.

**a)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent (ATF 114 V 310), permettant de calculer le taux d'invalidité (TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010, consid. 6.2).

Sont déterminantes les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la prestation d'assurance, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision litigieuse qui ont des conséquences sur le droit à cette prestation (ATF 129 V 222 ; ATF 128 V 174 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010, consid. 4.2). En l'occurrence, il convient donc de se placer au moment de la modification possible du droit à la rente, soit en septembre 2001.

**b)** Selon la jurisprudence, bien qu'il soit hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C\_104/2010 du 27 juillet 2010, consid. 4.1). Il est vrai que certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Il n'est ainsi pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles.

In casu, le revenu sans invalidité de 63'570 fr. retenu par l'OAI doit être confirmé, dès lors qu'il correspond au salaire qu'aurait perçu le recourant en 2001 s'il était resté en bonne santé, selon les indications résultant de la télécopie de l'employeur du 16 mars 2005 (4'890 fr. x 13).

**c)** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalide doit être déterminé selon les données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). Il convient alors de

se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2001, 4'437 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise (cf. ESS 2000, TA1 ; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2001 (41,7 heures ; cf. La vie économique 6/2009, p. 86, tableau B 9.2.), ce montant doit être porté à 4'625 fr. 57, ce qui donne un salaire annuel de 55'506 fr. 87, soit de 56'894 fr. 54 après indexation en 2001 (+ 2,5%).

Compte tenu de la capacité de travail exigible de 75% dans une activité adaptée, le revenu sans invalidité doit être réduit à 42'670 fr. 91.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieur à 25% (ATF 134 V 322 consid. 5.2).

En l'espèce, l'OAI a procédé à un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, ce qui n'apparaît pas critiquable compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à 38'403 fr. 81.

**d)** Comparé au revenu sans invalidité de la même période, il donne un taux d'invalidité de 39,59%, arrondi à 40% (ATF 130 V 121), qui se calcule comme suit :

$$\frac{(63'570 \text{ fr.} - 38'403 \text{ fr.} \cdot 81) \times 100}{63'570 \text{ fr.}}$$

Ce taux ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**6.** Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001.

Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 52 LPA-VD).

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens réduits, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD ; ATF 135 V 473 consid. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 29 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que X.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière

d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 août 2001, puis à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. \_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens réduits.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Miriam Mazou, avocate (pour X. \_\_\_\_\_),
- 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 :