

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 octobre 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : M. Bidiville et Mme Férolles, assesseurs  
Greffière : Mme Favre

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Bex, recourant, représenté par Me X.\_\_\_\_\_, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8; art 16 LPG; art. 4 al. 1; art. 17 al. 1; art. 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**        **a)** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 29 juin 1955, marié et père de famille, travaillait depuis 1987 comme maçon auprès de l'entreprise [...], à [...]. En arrêt de travail depuis le 24 novembre 2003 en raison de gonalgies, il a déposé le 9 juin 2004 une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente d'invalidité.

**b)** Dans un rapport médical du 13 juillet 2004 adressé à l'OAI, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale, de status après ostéotomie de valgisation du tibia proximal gauche le 24 mai 2004 et de coxarthrose bilatérale ; il a attesté d'une incapacité de travail de 100% depuis le 26 janvier 2004 en tant que maçon, en précisant qu'une activité sédentaire, sans port de charges ni travaux lourds ou sur terrains accidentés, était envisageable.

          Sur demande de l'OAI, le Dr V. \_\_\_\_\_ a précisé le 4 novembre 2004 qu'un travail adapté était exigible à partir de janvier 2005 à un taux de 100%. Dans une attestation médicale du 1<sup>er</sup> mars 2005, le Dr V. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé et que le travail adapté devait être envisagé à un taux de 50%.

          Le 29 septembre 2005, l'assuré a subi une intervention de mise en place d'une prothèse totale de la hanche à droite.

**c)** Dans un rapport médical du 17 février 2006 adressé à l'OAI, le Dr Y. \_\_\_\_\_, médecin-chef en orthopédie à l'Hôpital du Chablais à Monthey, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de status après prothèse totale de hanche à droite le 29 novembre 2005, de status après arthroscopie du genou gauche et résection de la corne postérieure du ménisque interne le 26 janvier 2004, de status après

ostéotomie de valgisation du tibia proximal gauche le 24 mai 2004, de status après ablation du matériel d'ostéosynthèse le 21 mars 2005 et de gonarthrose gauche. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'améliorait au niveau de la hanche droite et était stationnaire au niveau de la hanche gauche. Interrogé sur la date et le taux auxquels des mesures professionnelles pouvaient être envisagées, il a estimé que dès le début mars 2006, dans une activité adaptée (l'assuré devant éviter toute marche en terrain inégal, éviter la montée et la descente de pentes et d'escaliers avec des charges, éviter le port de charges au-delà de 5 à 10 kg et pouvoir bénéficier de pauses régulières) à caractère sédentaire, l'activité pourrait être de 50%.

**d)** L'OAI a alors donné mandat à l'Oriph-COPAI d'Yverdon-les-Bains d'organiser un stage d'observation professionnelle de quatre semaines afin d'examiner les aptitudes de l'assuré à la réadaptation professionnelle et ses possibilités de réinsertion. Ce stage aurait dû débuter le 4 septembre 2006 mais n'a pu avoir lieu en raison d'une nouvelle intervention chirurgicale effectuée le 12 septembre 2006.

Dans un nouveau rapport médical du 21 décembre 2006 adressé à l'OAI, le Dr Y. \_\_\_\_\_, médecin-chef en orthopédie à l'Hôpital du Chablais à Monthey, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de coxarthrose droite, de status après prothèse totale de hanche à droite le 29 septembre 2005, de gonarthrose gauche, de status après ostéotomie de valgisation et ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2004 et de status après prothèse totale du genou gauche avec ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure le 12 septembre 2006. Interrogé sur l'exigibilité de l'assuré dans une activité adaptée au terme de la convalescence, il a estimé que l'assuré pourrait envisager un travail à caractère sédentaire évitant le port de toutes charges et la montée et la descente de plus d'une rampe d'escaliers, et ce dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**e)** L'OAI a alors à nouveau donné mandat à l'Oriph-COPAI d'Yverdon-les-Bains d'organiser un stage d'observation professionnelle de

quatre semaines afin d'examiner les aptitudes de l'assuré à la réadaptation professionnelle et ses possibilités de réinsertion. Toutefois, le 20 février 2007, la Dresse T.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Oriph-COPAI, a informé l'OAI qu'elle avait rencontré la veille l'assuré en pré-examen et que l'entrée en stage devait à nouveau être reportée en raison des circonstances médicales non stabilisées.

Réinterrogé par l'OAI qui l'invitait à indiquer quelles étaient les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a répondu le 27 juin 2007 que « [l]a situation de M. Q.\_\_\_\_\_ présente de multiples facettes et pour cette raison, je ne peux répondre de manière précise à cette question et vous suggère un examen par un de vos médecins conseils ».

**f)** L'assuré a ainsi été convoqué au SMR pour un examen clinique orthopédique, qui a été effectué le 30 août 2007 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur. Du rapport de ce spécialiste du 16 octobre 2007, il ressort en particulier ce qui suit :

### **"Diagnostic**

#### **- avec répercussion sur la capacité de travail**

- COXARTHROSE PRIMAIRE BILATÉRALE. STATUS APRÈS ATROPHASTIE TOTALE PAR RESURFAÇAGE DE LA MANCHE D. (M 16.01)
- GONARTHROSE PRIMAIRE À G. STATUS APRÈS ARTHROPLASTIE TOTALE (M 17.1)
- LOMBALGIES SANS TROUBLE NEUROLOGIQUE (M 54.5)

#### **- sans répercussion sur la capacité de travail**

- OBÉSITÉ AVEC BMI À 34.

### **APPRÉCIATION DU CAS**

Assuré de 52 ans, sans formation professionnelle particulière, ayant travaillé en tant que maçon. Développe une gonarthrose primaire à G après une toilette articulaire par arthroscopie suivie d'une ostéotomie tibiale de valgisation, le genou a bénéficié d'une arthroplastie totale en septembre 2006. [A] [n]oter qu'il n'y a pas eu de resurfaçage de la rotule. Les résultats de cette intervention sont mitigés car l'assuré perçoit une instabilité à la marche. A l'examen clinique, on met en évidence une laxité interne lorsque le genou est en flexion. Cette laxité n'est pas trop importante. On la retrouve fréquemment après les arthroplasties. Il garde aussi une sensation de faiblesse musculaire du MIG et des douleurs de la cuisse G qui peuvent être aussi dues à sa coxarthrose ipsilatérale. L'assuré développe des douleurs de la hanche D dès novembre 2004. Il a bénéficié d'une arthroplastie totale de cette hanche en septembre 2005 de type resurfaçage. Mis à part un hématome qui a dû être drainé, l'évolution fut satisfaisante. L'assuré a des lombosciatalgies en février 2007, aucun bilan radiologique, ni traitement spécifique a été effectué. Actuellement, il a des lombalgies uniquement lorsqu'il se penche en avant.

### **Les limitations fonctionnelles**

L'assuré peut exercer un travail sédentaire ou semi sédentaire dans lequel il peut alterner la position debout avec la position assise à sa guise. Il doit éviter le port de charges supérieures à 15 kg. Des courts déplacements à plat sont possibles. Il doit éviter de monter et descendre les escaliers surtout à répétition et doit éviter de marcher en terrain irrégulier. Il doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux.

### **Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?**

Arrêt de travail depuis le 24.11.03.

### **Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?**

Il n'a pas repris d'activité professionnelle. Un stage COPAI à Yverdon prévu pour février 2007 n'a pas pu être effectué.

### **Concernant la capacité de travail exigible,**

Le Dr Y. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 27.06.07 ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assuré. Dans son rapport de décembre 2005, ce collègue considère que l'assuré est apte à la réadaptation dès le 01.01.07 à 100%. Contrairement à ce que la Dresse T. \_\_\_\_\_, médecin conseil du COPAI à Yverdon affirme dans sa lettre de février 2007, le cas de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ est stabilisé. La légère instabilité de sa prothèse de genou G ne l'empêche pas d'effectuer un travail sédentaire ou semi sédentaire. Les lombalgies apparaissent seulement lorsqu'il se penche en avant. Après avoir examiné attentivement cet assuré, il est clair que sa capacité de travail en tant que maçon est nulle, par contre dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, nous n'avons pas d'argument pour diminuer sa capacité.

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%.

DEPUIS LE: 01.01.07 C'EST-À-DIRE TROIS MOIS ET DEMI APRÈS SON ARTHROPLASTIE DU GENOU GAUCHE".

**g)** L'OAI a alors à nouveau donné mandat à l'Oriph-COPAI d'Yverdon-les-Bains d'organiser un stage d'observation professionnelle de quatre semaines afin d'examiner les aptitudes de l'assuré à la réadaptation professionnelle et ses possibilités de réinsertion.

Le 26 février 2008, la Dresse H. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du CHUV, a adressé au Dr S. \_\_\_\_\_, qui lui avait adressé l'assuré en consultation le 25 février 2008, un rapport de consilium dans lequel elle s'exprimait sur l'origine des douleurs dont se plaignait l'assuré, sans se

prononcer sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail de ce dernier.

**h)** L'assuré a finalement effectué un stage d'observation professionnelle à l'Oriph-COPAI d'Yverdon-les-Bains du 5 au 30 mai 2008. Le rapport final de l'Oriph-COPAI du 3 juillet 2008 aboutit à la conclusion que l'assuré n'est actuellement pas en mesure de mettre en valeur une capacité résiduelle de travail suffisante pour qu'elle puisse être avantageusement exploitée dans l'économie du marché ; l'absence de points d'appui fonctionnels sur les membres inférieurs et la nécessité de changer sans cesse de position pour essayer de pallier un inconfort constant ne permettent pas de proposer des activités matérielles adaptées pour l'assuré. Du rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Oriph-COPAI, du 9 juin 2008 joint au rapport final du 3 juillet 2008, il ressort en particulier ce qui suit :

"Au terme de ce stage, notre groupe d'observation ne pense pas que Monsieur Q.\_\_\_\_\_ pourra atteindre le 100% de capacité de travail évalué par le médecin traitant et le SMR. Bien loin de là, les rendements observés sur nos supports d'action simples et légers se situent au mieux à 36% et baissent encore au fil du stage. L'élément déterminant de ce faible rendement est les limitations fonctionnelles, surtout l'absence de point d'appui et de position confortable et la nécessité de changer très souvent de position. Dans une moindre mesure, la faible motivation à reprendre un travail et une revendication concernant l'état de son genou gauche opéré jouent un rôle dans les nombreuses pauses et la baisse du rendement. Aucun des travaux présentés ni dans nos ateliers ni lors du stage en entreprise n'a paru adapté, si bien que notre groupe d'observation n'est pas en mesure de formuler des propositions concrètes pour une nouvelle activité adéquate".

**i)** Dans un avis médical SMR du 24 juillet 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit :

"A l'issue d'un stage d'observation de 4 semaines au COPAI, le rendement a été estimé à 36%, en raison de la nécessité de changer

souvent de position, de la faible motivation et d'une revendication concernant l'état de son genou G opéré.

Aucun changement objectif de l'état de santé n'est attesté depuis l'examen orthopédique du 30.08.2007.

La discordance majeure entre l'exigibilité médicale de 100% dans une activité adaptée et le rendement de 36% observé ne s'explique pas entièrement par des raisons médicales. Médicalement, on peut tout au plus réviser l'exigibilité en admettant une baisse de rendement de 20% pour tenir compte de la nécessité de changer de position.

L'exigibilité est donc de 80% dans une activité adaptée (plein temps avec diminution de rendement de 20%).

Les limitations fonctionnelles sont inchangées (voir examen clinique du 30.08.2007)".

**B.**        **a)** Le 29 juillet 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2004 et jusqu'au 31 mars 2007, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail et de gain. La motivation de ce projet de décision est en substance la suivante :

Depuis le 24 novembre 2003, la capacité de travail de l'assuré est considérablement restreinte. A l'échéance du délai d'attente d'un an de l'art. 29 LAI, il présente une incapacité de travail totale dans toutes activités, de sorte que le droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 100%, est ouvert dès le 1<sup>er</sup> novembre 2004. Toutefois, il résulte des éléments médicaux en possession de l'office, notamment de l'examen clinique orthopédique réalisé le 30 août 2007, que l'assuré présente une capacité de travail raisonnablement exigible à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit dans un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il peut alterner la position debout avec la position assise, sans port de charges supérieures à 15kg, sans montée/descente d'escaliers surtout à répétition, sans marche

en terrain irrégulier, sans travaux penchés en avant ou en porte-à-faux) dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Le revenu d'invalidé dans une activité adaptée doit être estimé en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. 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 2006, 4'732 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise. Après adaptation de ce chiffre à l'horaire de travail usuel dans les entreprises en 2006 (41,7 heures par semaine, alors que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures) et à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007, on obtient un revenu annuel de 60'144 fr. 48 soit 48'115 fr. 58 par année pour une activité exercée avec un rendement de 80%. La comparaison de ce revenu avec celui que l'assuré aurait perçu s'il avait poursuivi son activité de maçon (72'380 fr., selon les informations prises auprès de l'ancien employeur) aboutit à une perte de gain de 24'264 fr. 42 et donc à un degré d'invalidité de 34%. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnant pas de droit à la rente par conséquent, les prestations doivent être supprimées après trois mois d'amélioration de la capacité de travail et de gain, soit au 31 mars 2007.

**b)** Par décision du 18 novembre 2008, dont la motivation est identique à celle du projet de décision du 29 juillet 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière (ainsi qu'une rente pour enfant liée à la rente du père) du 1<sup>er</sup> novembre 2004 au 31 mars 2007.

**C. a)** L'assuré a recouru contre cette décision par acte du 15 décembre 2008, en concluant principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens du maintien d'une rente entière au-delà du 31 mars 2007, et subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il fait valoir en substance que la décision du 18 novembre 2008 de l'OAI, qui lui reconnaît le droit à une rente entière jusqu'au 31 mars 2007 mais lui refuse le droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2007 sur la base d'un taux d'invalidité de 34%, ne tient pas compte des éléments ressortant des avis

médicaux du Dr Y.\_\_\_\_\_, (cf. lettres A.c, A.d et A.e supra), de la Dresse T.\_\_\_\_\_, (cf. lettre A.e supra), et de la Dresse H.\_\_\_\_\_, (cf. lettre A.g supra), ni du rapport final de l'Oriph-COPAI du 3 juillet 2008 et du rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Oriph-COPAI, du 9 juin 2008 (cf. lettre A.h supra). A titre subsidiaire, le recourant critique l'absence d'entrée en matière de l'OAI sur d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, au motif d'une prétendue absence de motivation de sa part en relation avec de telles mesures, ce qu'il conteste formellement.

Le recourant a obtenu l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me François Gillard, avec effet au 15 décembre 2008.

Le 31 janvier 2009, le recourant a produit un rapport médical du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin traitant, du 20 janvier 2009, selon lequel la capacité de travail de l'assuré pour une activité adaptée est insuffisante (en raison des multiples limitations fonctionnelles à respecter) pour le remettre sur le marché du travail.

**b)** Dans sa réponse du 5 février 2009, l'OAI, sans avoir encore eu connaissance du certificat du Dr S.\_\_\_\_\_, a proposé le rejet du recours. Selon lui, en effet, du point de vue médical, les constatations objectives, s'agissant en particulier des atteintes dont souffre le recourant, ainsi que les limitations fonctionnelles qui en découlent, sont tout à fait concordantes. Le Dr Y.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 21 décembre 2006, parle d'une évolution favorable, tant du point de vue de la hanche droite que du genou gauche ; dans son rapport du 27 juin 2007, il parle d'une situation stationnaire mais ne se prononce toujours pas sur la capacité de travail, préconisant un examen par un des médecins conseils de l'OAI. L'examen clinique du SMR du 30 août 2007 fait ressortir une pleine capacité de travail dans un emploi adapté aux limitations fonctionnelles du recourant, et ce dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, date qui correspond à l'aptitude à la réadaptation déterminée par le Dr Y.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, selon la jurisprudence, les informations recueillies au cours d'un stage ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au

premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler. Il est en outre faux d'affirmer que les conclusions du stage à l'ORIPH n'ont pas été prises en compte, puisque c'est sur cette base qu'une diminution de rendement de 20% a été admise par le SMR afin de tenir compte de la nécessité de changer régulièrement de position.

**c)** Dans une réponse complémentaire du 9 mars 2009, l'OAI, après avoir pris connaissance du rapport médical du Dr S.\_\_\_\_\_, a admis qu'il y avait une pathologie non encore investiguée (cervicobrachialgies) et a préavisé pour la mise en place d'une expertise rhumatologique.

Interpellé le 17 mars 2009 par le juge instructeur, l'OAI a indiqué que comme la pathologie non encore investiguée (cervicobrachialgies) avait été mentionnée pour la première fois postérieurement à sa décision, il n'entendait pas reconsidérer celle-ci dans le sens de son annulation en vue d'un complément d'instruction.

**d)** Une expertise rhumatologique judiciaire a été confiée au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie. Le rapport de l'expert, déposé le 14 octobre 2009, contient une anamnèse (p. 1-3), les plaintes et données subjectives de l'assuré (p. 4), le status clinique (p. 4-6), une analyse des radiographies effectuées entre le 17 novembre 2003 et le 18 mai 2009 (p. 6-7), les diagnostics (p. 7-8), une appréciation du cas et pronostic (p. 8) et les réponses aux questions (p. 9-19). Il en résulte notamment ce qui suit:

- Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- o Douleurs persistantes du genou gauche après ostéotomie tibiale et prothèse totale (présentes depuis 2003).
- o Lombalgies chroniques (depuis 2004).
- o Trouble somatoforme douloureux. La région cervicale et le bras droit sont atteints depuis 2008.

- Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- o Obésité
- o Une crise de goutte.
- o Hypertension artérielle traitée.

- L'assuré présente une arthrose primitive. Elle est localisée essentiellement à la hanche droite et au genou gauche. Ces deux articulations ont été opérées et on a mis en place une prothèse totale, d'abord à la hanche droite, puis au genou gauche. Les douleurs ont persisté surtout au niveau du genou gauche lequel est resté instable et lâche par moments. Ceci explique probablement la raison pour laquelle le patient dit qu'il ne peut s'accroupir ni porter des charges lourdes.

A ce diagnostic d'arthrose se surajoute un diagnostic de surcharge fonctionnelle (trouble somatoforme) avec en particulier des douleurs cervicobrachiales surtout du côté droit, sans toutefois d'atteinte clinique objectivable.

- Les limitations physiques en relation avec ces troubles consistent en la limitation de la mobilité des deux hanches et en une légère instabilité antéro-postérieure et latérale du genou gauche avec crépitations.

- Des signes de non-organicité (trouble somatoforme) sont présents. On note en particulier un abaissement inexplicable de la force de préhension des mains à 20 mmHg à droite, 40 mmHg à gauche (norme 120 au minimum). La pression du manomètre déclenche des douleurs dans le bras droit jusqu'à l'épaule. En outre, le patient signale une hypoesthésie au froter, au toucher et au diapason de l'hémicorps droit dans sa totalité. L'hypoesthésie atteint même l'hémiface droite. La pression sur la tête augmente les douleurs dans la région lombaire et dans les jambes. La rotation combinée du bassin et du tronc augmente les lombalgies.

- L'expert confirme l'existence des cervicobrachialgies droites évoquées par le Dr S. \_\_\_\_\_ dans son certificat médical du 20 janvier 2009. Celles-ci ont persisté en dépit des traitements. Objectivement, elles n'entraînent aucune limitation fonctionnelle notable. Les réflexes sont normaux et symétriques. Le volume musculaire du membre supérieur droit est un peu supérieur par rapport au côté gauche, comme c'est habituel chez un droitier. En raison de l'absence de compression de phénomène neurologique objectivable, le pronostic est bon.

- Il existe une limitation des rotations de la hanche gauche. Sur le plan radiologique, il s'agit d'une coxarthrose polaire supérieure. Il n'y a pas eu d'évolution radiologique importante sur les clichés successifs de 2006, 2007 et 2009. Il est vraisemblable que la coxarthrose gauche va évoluer de façon défavorable avec le temps.

- L'activité de maçon exercée jusqu'ici n'est plus exigible. Une activité légère et adaptée est en revanche possible. On peut envisager un travail manuel en positions assise et debout alternativement, sans port de poids lourds au-delà de 10 kg.

- L'assuré ne présente pas de trouble psychique majeur et il serait tout à fait adaptable dans un environnement professionnel favorable. Il se dit toutefois très mécontent tant du résultat du traitement opératoire de son genou gauche que du retrait de la rente AI.

- Une activité légère et adaptée pourrait être exercée à raison de huit heures par jour, avec une diminution du rendement de 50%.

- En août 2007, la capacité résiduelle de travail de l'assuré était de 0% dans un travail manuel lourd comme maçon, et de 50% dans une activité adaptée (temps de travail normal et rendement diminué de 50%); cette capacité résiduelle de travail était inchangée en février 2008. En ce qui concerne le pronostic s'agissant de l'évolution de cette capacité résiduelle de travail, l'assuré pourrait exercer une activité légère en positions debout et assise alternativement, sans port de charges lourdes. Cette activité

adaptée pourrait être exercée à 50 % (temps normal mais rendement diminué). Il faudra faire des adaptations du siège et du plan de travail au besoin en raison de la coxarthrose.

e) Se déterminant le 14 novembre 2009 sur le rapport d'expertise, le recourant estime que celui-ci confirme ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il demande que l'OAI soit formellement interpellé sur une éventuelle révocation de la décision attaquée.

Egalement invité à se déterminer sur le rapport d'expertise, l'OAI expose le 16 novembre 2009 que les conclusions de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ ne sauraient remettre en question l'appréciation de la capacité de travail du recourant effectuée par le SMR. Il se réfère à cet égard à un avis médical SMR du Dr D.\_\_\_\_\_ du 9 novembre 2009, auquel il déclare se rallier et dont la teneur est la suivante:

"Après avoir pris connaissance de l'expertise judiciaire du Prof. G.\_\_\_\_\_, je formule les remarques suivantes:

1° l'étude du dossier, l'anamnèse et l'examen clinique de l'assuré sont complets et conformes aux exigences en matière d'expertise médicale.

2° l'expert retient les diagnostics suivants comme ayant répercussion sur la capacité de travail:

- douleurs persistantes du genou G après ostéotomie tibiale et prothèse totale

- lombalgies chroniques

- trouble somatoforme douloureux. La région cervicale et le bras droit sont atteints depuis 2008.

Le diagnostic de "trouble somatoforme douloureux" repose sur la seule présence de signes de non organicité (cf. pages 6 et 14) Or le

trouble somatoforme douloureux répond à la définition médicale précise suivante: "la plainte essentielle concerne une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux suffisamment important pour être considéré par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrue de l'entourage et des médecins" (CIM F45.4). Dans le cas présent, rien ne démontre que ces critères sont remplis. De plus, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Les exceptions à cette jurisprudence doivent s'appuyer sur une analyse détaillée des critères de gravité définis par le TFA. Par conséquent, on ne peut pas considérer ce diagnostic comme ayant répercussion sur la capacité de travail sur la base des renseignements figurant dans ce rapport d'expertise.

3° le point litigieux concernait en particulier les répercussions des cervico-brachialgies sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Selon l'expert, ces symptômes sont rattachés au trouble somatoforme douloureux (cf. point 4.1 page 7) et n'entraînent aucune limitation fonctionnelle notable puisque qu'aucune anomalie clinique n'est objectivée (cf. réponse 2.2 page 17).

4° Hormis le trouble somatoforme, tant les diagnostics que les limitations fonctionnelles retenus par l'expert sont concordants avec les conclusions de l'examen clinique du 30.08.2007. Dès lors, si le trouble somatoforme n'est pas invalidant et que les cervico-brachialgies n'entraînent aucune limitation fonctionnelle, la baisse de rendement de 50% retenue par l'expert n'est que l'appréciation différente d'une même situation. De plus l'expert tient compte dans cette appréciation du fait que l'expertisé parle mal le français, qu'il le comprend avec difficulté et qu'il ne le lit pas (cf. réponse C.1. page 11). Or ces éléments ne peuvent pas être pris en compte sur le plan asséculoologique.

En conclusion, la baisse de rendement de 50% retenue par l'expert n'est pas à la charge de l'AI puisque, d'une part celui-ci retient comme ayant répercussion sur la capacité de travail un diagnostic ne remplissant pas les critères d'une classification reconnue et ne justifiant pas d'incapacité de travail de longue durée selon la jurisprudence, et que, d'autre part il fait intervenir des facteurs non médicaux motivant cette baisse de rendement.

Puisque l'expert atteste que le seul élément nouveau, à savoir les cervico-brachialgies, n'entraîne pas de limitation fonctionnelle notable, l'exigibilité sur le plan asséculologique est inchangée depuis l'examen du 30.08.2007. La baisse de rendement retenue par l'expert n'est pas motivée par des raisons médicales du ressort de l'AI".

Faisant siennes les observations du Dr D.\_\_\_\_\_, l'OAI relève en outre que le Dr G.\_\_\_\_\_ ne motive pas pourquoi il s'écarte des conclusions de l'examen clinique du SMR; or selon la jurisprudence, lorsqu'une seconde expertise est ordonnée, l'expert désigné ne peut se contenter de donner son avis comme s'il s'agissait de se prononcer pour la première fois sur le cas de l'assuré. Il lui appartient au contraire de discuter l'évaluation médicale antérieure et d'expliquer les raisons pour lesquelles il s'écarte, le cas échéant, des conclusions de la première expertise (TFA I 723/05 du 30 novembre 2006). L'OAI confirme dès lors ses conclusions et renvoie pour le surplus à sa réponse du 5 février 2009.

**f)** Dans un rapport d'expertise complémentaire du 22 février 2010, le Dr G.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions du Tribunal:

**"1. Veuillez expliquer les raisons pour lesquelles vous vous distancedes conclusions de l'examen clinique du SMR du 30.08.2007.**

Je me suis un peu distancé des conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_ en me basant sur des éléments d'ordre anamnestique récents et sur des constatations d'ordre clinique.

En effet, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ m'a signalé en ce qui concerne son genou gauche (page 3, 1 paragraphe) qu'au cours de l'année 2009 il a fait par trois fois une chute par lâchage de ce genou, ce qui est un élément nouveau.

Le patient a signalé en outre l'apparition de douleurs importantes au niveau de sa hanche gauche. Il mentionnait que l'aggravation s'était manifestée depuis le début 2009.

Sur le plan objectif, les rotations de la hanche gauche étaient pratiquement nulles lors de mon examen, ce qui n'était pas le cas dans l'examen du Dr B.\_\_\_\_\_ (voir le 3 paragraphe du status ostéo-articulaire page 4 de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_).

Monsieur Q.\_\_\_\_\_ avait été examiné après l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ par la Drsse H.\_\_\_\_\_, médecin adjoint dans le service d'orthopédie du CHUV. Dans son rapport daté du 26.02.2008, elle faisait mention d'une arthrose de la hanche gauche en progression s'exprimant par un «blocage complet de la rotation interne» et par une image radiologique de «pincement polaire supérieur quasiment complet de l'interligne articulaire, abondante ostéophytose».

J'étais en outre en possession du rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ daté du 09.06.2008 donnant les conclusions d'un stage d'observation fait au COPAI-Yverdon-les-Bains où Monsieur Q.\_\_\_\_\_ avait été suivi par la Dr S.-H. T.\_\_\_\_\_ et le Dr K.\_\_\_\_\_. On lit (page 3, fin du 2 paragraphe) que chez Monsieur Q.\_\_\_\_\_ «les rendements observés se situent au mieux à 36% et baissent encore au fil du stage». Une des explications fournies est «la faible motivation à reprendre un travail et une revendication concernant l'état de son genou gauche» (p. 3, 3<sup>e</sup> paragraphe).

J'ai indiqué, ce qui n'était pas mentionné dans le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, qu'il existait chez ce patient des signes de non organicité au moment de mon examen. Ces éléments nouveaux sont donc probablement survenus après 2007. Les signes de non organicité, selon Waddell, constatés, concernaient la région lombaire. Ils

fournissent donc une indication sur la présence d'une surcharge fonctionnelle chez Monsieur Q.\_\_\_\_\_.

**2. Veuillez indiquer sur quelles bases vous posez le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et préciser ce diagnostic au regard de la classification CIM-10.**

Lors du stage ORIF-COPAI en 2008, le patient se plaignait depuis un temps indéterminé de douleurs et d'inconforts variés. Il signalait qu'il avait des sensations d'endormissement et de brûlures principalement au niveau des articulations opérées. Il a été également fait mention lors du séjour d'un inconfort moral, d'une fatigue excessive. Ces divers éléments peuvent faire donc retenir un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Au regard de la classification CIM-10, il peut entrer dans la catégorie F45.1.

En ce qui concerne la région cervicobrachiale, aucun trouble n'était mentionné au moment de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_. Les douleurs sont survenues en effet plus tard. Il s'agissait bien lors de mon expertise d'un trouble somatoforme en raison de la mention d'une douleur persistante sans substrat organique susceptible de l'expliquer. Comme il existait lors de mon examen des éléments dissociatifs (baisse inexpliquée de la force de préhension des mains surtout à droite ainsi que des troubles sensitifs ne correspondant à aucune atteinte neurologique au bras droit), je classerais au CIM-10 le trouble somatoforme douloureux cervicobrachial droit sous le code F44.9.

**3. Ce diagnostic concerne-t-il uniquement la région cervicobrachiale droite?**

Non.

**4. Dans la mesure où vous retenez que les cervicobrachialgies n'entraînent objectivement aucune limitation fonctionnelle notable (cf. votre rapport d'expertise, question 2.2 p. 17), comment ces**

**cervicobrachialgies se répercutent-elles sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée?**

A l'examen clinique, les cervicobrachialgies n'entraînaient chez Monsieur Q. \_\_\_\_\_ pas d'atrophie musculaire significative, il n'y avait pas de signe de névralgie cervicobrachiale, pas d'anomalie des réflexes, pas d'atteinte radiculaire non plus. On peut donc admettre que les cervicobrachialgies ne devraient pas se répercuter sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Il faut aussi mentionner que la baisse de la force de préhension de la main droite (à gauche il y en a une mais moins importante) ne paraît pas de nature organique (ni d'ailleurs les troubles sensitifs comme je l'ai mentionné ci-dessus). De ce fait, il ne devrait pas y avoir de répercussion de l'atteinte cervicobrachiale droite sur la capacité de travail du requérant.

**5. Veuillez expliquer précisément quelles atteintes à la santé (à l'exclusion de tout facteur non médical) sont à l'origine d'une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée et pour quelles raisons.**

Les atteintes à la santé qui sont retenues à l'origine d'une incapacité de travail de 50% chez ce patient sont les problèmes d'ordre organique du membre inférieur gauche (faiblesse et lâchage du genou gauche, où ont eu lieu trois interventions orthopédiques à savoir une méniscectomie, puis une ostéotomie et pour finir une mise en place d'une prothèse totale). Ce genou est ressenti comme instable, ce qui a amené, dit le patient, à des chutes à trois reprises dans le courant de l'année 2009. Il faut retenir aussi que la coxarthrose gauche est devenue symptomatique. En effet, il est survenu des douleurs au pli inguinal gauche, douleurs qui s'accompagnent d'une limitation fonctionnelle avec en particulier [des] difficultés à coxarthrose apparemment relativement avancée. Cet élément est un facteur supplémentaire de la diminution de la capacité de travail.

La méconnaissance de la langue française n'a pas été considérée comme un facteur d'incapacité de travail dans mon évaluation."

**g)** Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise complémentaire du 22 février 2010, l'OAI confirme le 24 mars 2010 ses conclusions tendant au rejet du recours, en exposant que les éléments sur lesquels se fonde l'expert pour justifier une diminution de la capacité de travail, soit l'affection au genou et l'aggravation de la coxarthrose gauche, sont postérieurs à la décision du 18 novembre 2008. Il se réfère à cet égard à un avis médical le 17 mars 2010 par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin-chef du SMR, auquel il déclare se rallier et dont la teneur est la suivante:

"Les réponses du Prof. G.\_\_\_\_\_ au Tribunal permet de comprendre sans équivoque que:

- les cervico-brachialgies n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré.
- Les facteurs limitants sont les problèmes organiques du membre inférieur gauche:
  - o l'affection du genou est clairement devenue cause d'incapacité de travail dès le début 2009, comme l'atteste l'expert à plusieurs reprises.
  - o La coxarthrose gauche, déjà présente lors de l'examen orthopédique du 30.08.07, s'est aggravée progressivement. En février 08, lors de l'examen de la Dresse H.\_\_\_\_\_, la rotation interne est limitée mais sans douleur élective, tandis que la flexion-extension et l'abduction-adduction sont symétriques des deux côtés au niveau des deux hanches. Selon le rapport d'expertise du Prof. G.\_\_\_\_\_, c'est «depuis 2009, début de l'année, (que) sont apparues des douleurs dans le pli inguinal gauche, douleurs irradiant vers la région lombofessière.» Il ne retient toutefois pas le diagnostic de coxarthrose gauche, ni comme ayant une répercussion sur la

capacité de travail, ni même comme sans répercussion sur la capacité de travail.

En conclusion, à la lumière de l'expertise du Prof. G. \_\_\_\_\_ et de son rapport complémentaire du 22.02.10, force est de constater que tous les facteurs médicaux justifiant une incapacité de travail sont apparus postérieurement à la décision querellée du 18.11.2008 et ne peuvent par conséquent pas être pris en compte. Jusqu'à fin 2008, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée."

**h)** Egalement invité à se déterminer sur le rapport d'expertise complémentaire du 22 février 2010, le recourant produit le 14 avril 2010 un nouveau rapport médical établi le 17 janvier 2010 par le Dr S. \_\_\_\_\_, qui indique comme nouvel élément depuis son rapport du 20 janvier 2009 des troubles du sommeil chroniques et des troubles de l'humeur liés aux douleurs chroniques et quotidiennes, en précisant que les limitations fonctionnelles et la capacité résiduelle de travail restent identiques à celles décrites en janvier 2009. Relevant que le dernier examen clinique date du 30 septembre 2009 et ne permet pas d'avoir une idée précise de son état de santé actuel, le recourant requiert un complément d'instruction sous la forme d'un nouvel examen clinique complet par un spécialiste de l'appareil locomoteur. Il requiert également un complément d'instruction sous la forme d'un nouveau stage dans un centre d'observation, dans le but de déterminer quels sont aujourd'hui ses rendements, de même que quelles sont aujourd'hui, compte tenu de ses limitations fonctionnelles à ce jour, les activités qui seraient encore adaptées pour lui et qui pourraient donc le cas échéant encore être exigées de lui.

**i)** Le 16 avril 2010, le juge instructeur informe les parties qu'il n'est pas donné suite aux requêtes de complément d'instruction présentées par le recourant, dans la mesure où elles portent sur la situation postérieure à la décision attaquée, mais que, dans la mesure où il ne paraît pas ressortir clairement de l'expertise du Prof. G. \_\_\_\_\_ et de

son rapport complémentaire du 22 février 2010 que tous les facteurs médicaux justifiant l'incapacité de travail retenue par l'expert soient apparus postérieurement à la décision attaquée du 18 novembre 2008, il s'avère nécessaire de réinterroger le Prof. G. \_\_\_\_\_ à ce sujet.

Se déterminant le 10 mai 2010 sur les questions à poser au Prof. G. \_\_\_\_\_, l'OAI expose qu'afin de clarifier au mieux la situation, il conviendrait de demander à l'expert de préciser l'évolution des incapacités de travail, en indiquant précisément quelle était la capacité de travail au moment de la décision litigieuse (novembre 2008); en effet, au vu de l'expertise et de son complément, il semble que l'état de santé du recourant se soit aggravé en 2009 (lâchages du genou gauche et coxarthrose devenue symptomatique), si bien qu'on peine à comprendre les raisons pour lesquelles la capacité de travail est restée à 50% entre août 2007 et septembre 2009.

Egalement invité à se déterminer sur les questions à poser au Prof. G. \_\_\_\_\_, le recourant n'a pas fait usage de cette possibilité.

**j)** Dans un deuxième rapport d'expertise complémentaire du 14 juillet 2010, le Prof. G. \_\_\_\_\_, après avoir pris connaissance de l'avis médical SMR du 17 mars 2010 du Dr Philippe D. \_\_\_\_\_, a répondu comme suit aux questions du juge instructeur:

**"1. Les atteintes à la santé dont vous avez retenu qu'elles entraînaient une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée (cf. réponse 5 de votre complément d'expertise du 22 février 2010) sont-elles apparues postérieurement à la décision de l'OAI du 18 novembre 2008? (Veuillez motiver votre réponse).**

Oui.

En effet, la faiblesse et le lâchage du genou gauche sont survenus chez Monsieur Q. \_\_\_\_\_ après le 18 novembre 2008 (décision de l'AI). Il les mentionne au début de l'année 2009. De surcroît,

Monsieur Q.\_\_\_\_\_ a présenté une anamnèse de douleurs persistantes du pli inguinal gauche, très évocatrices d'une coxarthrose gauche, depuis le début de l'année 2009.

**2. Quelle a été l'évolution de ces atteintes à la santé entre le mois d'août 2007 et le mois de septembre 2009? (Veuillez indiquer la date d'éventuelles aggravations, en distinguant en particulier la période antérieure au 18 novembre 2008 et la période postérieure à cette date).**

En me basant sur l'histoire clinique du patient et sur l'examen de la Drsse H.\_\_\_\_\_ daté du 26 février 2008, je peux admettre qu'il y avait, manifestement déjà en février 2008, un problème lié à une coxarthrose gauche. En effet, le rapport de la Drsse H.\_\_\_\_\_ fait état d'une irradiation douloureuse à la face antérieure de la cuisse gauche, ce qui est un symptôme habituel d'une coxarthrose débutante. Au moment de l'examen de la Drsse H.\_\_\_\_\_, les douleurs n'étaient pas encore mentionnées dans la région du pli inguinal gauche (zone classiquement douloureuse en cas de coxarthrose). Ce n'est qu'au début 2009 que le patient dit les avoir ressenties à ce niveau. On relève d'autre part dans le rapport de la Drsse H.\_\_\_\_\_, le fait qu'il n'y avait plus de rotation interne à l'examen de la hanche gauche, ce qui est un facteur objectif en faveur d'une coxarthrose présente déjà à ce moment-là.

L'évolution des atteintes a donc été défavorable entre août 2007 (examen de SMR Suisse Romande) et septembre 2009 (mon expertise).

**3. Quelle a été l'évolution de l'incapacité de travail (exprimée en pour-cent) résultant de ces atteintes à la santé entre le mois d'août 2007 et le mois de septembre 2009? (Veuillez indiquer la date d'éventuelles modifications de la capacité de travail, en distinguant en particulier la période antérieure au 18 novembre 2008 et la période postérieure à cette date).**

Dès février 2008 et jusqu'au début 2009, on peut admettre que l'incapacité de travail de Monsieur Q.\_\_\_\_\_ était de 34%. Elle l'était encore le 18 novembre 2008. Toutefois, c'est au début de l'année 2009, que l'incapacité de travail a passé à 50%.

**4. Si les atteintes à la santé constatées et l'incapacité de travail en découlant sont restées les mêmes entre août 2007 et septembre 2009, veuillez indiquer pour quelles raisons.**

Les atteintes à la santé se sont modifiées au début de l'année 2009. Les lâchages du genou gauche sont apparus ainsi que des douleurs au pli inguinal gauche consécutives essentiellement à une coxarthrose gauche, coxarthrose déjà mentionnée dans le rapport de la Drsse H.\_\_\_\_\_ le 26 février 2008. Cette aggravation de l'état de santé peut être donc considérée comme ayant entraîné une incapacité de travail à 50% dès le début 2009. La coxarthrose gauche a donc été retenue comme ayant une répercussion sur la capacité de travail (dernières lignes de mon complément d'expertise au point 5)".

**k)** Invité à se déterminer sur le deuxième rapport d'expertise complémentaire du 14 juillet 2010 du Prof. G.\_\_\_\_\_, l'OAI répète le 26 août 2010 que les éléments permettant à l'expert de justifier une incapacité de travail de 50%, à savoir la problématique au genou gauche ainsi que l'aggravation de la coxarthrose gauche, sont intervenus dès le début de l'année 2009, soit postérieurement à la décision contestée. En effet, selon l'expert, la faiblesse et le lâchage du genou gauche sont survenus au début de l'année 2009. La problématique liée à la coxarthrose gauche avait quant à elle déjà été évoquée par l'examinateur du SMR en 2007 ; ce n'est qu'au début de l'année 2009 que le recourant a commencé à se plaindre de douleurs persistantes au pli inguinal gauche ; auparavant, soit en février 2008, cette atteinte n'était que peu symptomatique (cf. l'avis médical SMR du 17 mars 2010). Relevant par ailleurs que le Prof. G.\_\_\_\_\_ fait une confusion entre la capacité de travail et la capacité de gain puisqu'il parle, pour la période allant de février 2008 à début 2009, d'une capacité de travail de 34%, ce qui correspond en fait au taux

d'invalidité retenu dans la décision attaquée, l'OAI indique qu'il ne peut que persister dans ses conclusions et conclut dès lors au rejet du recours

Egalement invité à se déterminer sur le deuxième rapport d'expertise complémentaire du 14 juillet 2010 du Prof. G.\_\_\_\_\_, le recourant expose le 4 septembre 2010 que, selon toute évidence, l'évolution défavorable mentionnée par l'expert sous réponse 2 dans son deuxième rapport d'expertise complémentaire du 14 juillet 2010 implique que l'état de santé du recourant a lentement évolué, à compter du mois de février 2008 (incapacité de travail à 34%), jusqu'à atteindre un 50% au début de l'année 2009 ; il ne serait en effet pas du tout crédible, ni médicalement établi, que l'état de santé du recourant se serait brusquement altéré au début de 2009, pour passer d'un coup de 34% à 50%. Par ailleurs, le recourant estime que, compte tenu de cette évolution défavorable de l'état de santé qui était en cours selon l'expert au moment où l'autorité intimée a pris sa décision, soit en novembre 2008, celle-ci était alors à tout le moins tenue de ne pas statuer immédiatement, mais au contraire de renvoyer le recourant à faire des tests complets, soit approfondir son dossier et réactualiser toutes les données médicales le concernant. Dès lors, le recourant estime que ses conclusions subsidiaires devraient en tout état de cause lui être allouées, à savoir une annulation de la décision attaquée et un renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction.

I) Le 7 septembre 2010, le juge instructeur a informé les parties que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dans les prochains mois.

**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, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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.

**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 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) – entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et immédiatement applicable aux causes pendantes à cette date devant les autorités de justice administrative (art. 117 LPA-VD) –, 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 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par Q. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 18 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2007, ce qui dépend du point de savoir si, au moment où elle a statué, l'autorité intimée était fondée à retenir que le recourant présentait depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 une capacité de travail résiduelle de 100%, avec un rendement de 80%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Il sied à ce stade d'observer qu'une aggravation de l'état de santé ayant entraîné une diminution de la capacité de travail postérieurement au 18 novembre 2008, date à laquelle la décision attaquée a été rendue, ne saurait conduire à la réforme de cette décision. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références; cf. encore TF, 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent donc faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 p. 366, 117 V 287 consid. 4 p. 293 et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2).

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 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<sup>er</sup> in fine LAI). 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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.

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

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Selon la jurisprudence, est réputé invalide au sens de l'art. 17 al. 1 LAI l'assuré qui, du fait de la nature et de la gravité de l'atteinte à sa santé après la survenance de celle-ci, subit une perte de gain permanente ou durable d'environ 20% dans les activités lucratives qu'on peut encore attendre de lui sans formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 108; RCC 1984 p. 95; VSI 1997 p. 79; VSI 2000 p. 63).

**b)** 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs 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 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 352 consid. 3b/aa et les références).

**4. a)** En l'espèce, une expertise rhumatologique judiciaire a été confiée au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, pour déterminer - ensuite du rapport médical du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin traitant, du 20 janvier 2009 (cf. lettre C.a supra), qui

faisait notamment état d'une pathologie nouvelle (cervicobrachialgies) non prise en compte dans le rapport d'examen clinique orthopédique du Dr B.\_\_\_\_\_ du 16 octobre 2007 (cf. lettre A.f supra) - les atteintes à la santé dont souffrait le recourant et leur répercussion sur sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles constatées.

Le rapport d'expertise judiciaire du 14 octobre 2009 (cf. lettre C.d supra), tel que précisé par un premier rapport d'expertise complémentaire du 22 février 2010 (cf. lettre C.f supra) et par un deuxième rapport d'expertise complémentaire du 14 juillet 2010 (cf. lettre C.j supra), se fonde sur des examens complets et remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée (cf. consid. 3c supra).

Hormis le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, dont l'expert judiciaire retient toutefois qu'il n'a pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant, tant les diagnostics que les limitations fonctionnelles retenus par l'expert judiciaire sont concordants avec les conclusions du rapport d'examen clinique orthopédique du Dr Michel B.\_\_\_\_\_ du 16 octobre 2007. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, soit trois mois et demi après l'arthroplastie du genou gauche (cf. lettre A.f supra). Tenant compte en partie des conclusions du groupe d'observation de l'Oriph-COPAI émises à l'issue du stage d'observation professionnelle effectué du 5 au 30 mai 2008 (cf. lettre A.h supra), le Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR a admis une diminution de rendement de 20% dans l'exercice par le recourant d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. lettre A.i supra), ce dont l'OAI a tenu compte dans le calcul économique qui a abouti à fixer le degré d'invalidité du recourant à 34% (cf. lettres B.a et B.b supra). L'expert G.\_\_\_\_\_ a quant à lui retenu une incapacité de travail de 50% dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en précisant dans son premier rapport d'expertise complémentaire du 22 février 2010 que les atteintes à la santé dont il avait retenu qu'elles entraînaient une incapacité de travail de 50% étaient les problèmes d'ordre organique du

membre inférieur gauche, soit la faiblesse et les lâchages du genou gauche, auxquels s'ajoutait la coxarthrose gauche devenue symptomatique (cf. lettre C.f supra). Dans son deuxième rapport d'expertise complémentaire du 14 juillet 2010, l'expert G.\_\_\_\_\_ a très clairement confirmé que ces atteintes à la santé étaient apparues postérieurement à la décision attaquée et que l'évolution des atteintes avait donc été défavorable entre août 2007, date de l'examen par le Dr B.\_\_\_\_\_, et septembre 2009, date de l'examen par l'expert judiciaire. Selon ce dernier, les atteintes à la santé se sont modifiées au début de l'année 2009, où sont apparus les lâchages du genou gauche ainsi que des douleurs au pli inguinal gauche consécutives essentiellement à une coxarthrose gauche, et cette aggravation de l'état de santé a entraîné une incapacité de travail de 50% dès le début de l'année 2009 (cf. lettre C.j supra).

Au regard des constatations de l'expert judiciaire, telles que précisées dans ses deux rapports d'expertise complémentaire, force est de constater qu'il n'existe aucun motif de remettre en cause la conclusion que le recourant disposait dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007 d'une capacité de travail de 80% (activité exercée à 100% avec une diminution de rendement de 20%) et que c'est au début 2009 - soit postérieurement à la décision attaquée - que cette capacité de travail est passée à 50%, en raison d'une aggravation de son état de santé. Le fait que l'expert G.\_\_\_\_\_ ait parlé d'une incapacité de travail de 34% en février 2008 - où il y avait déjà un problème lié à une coxarthrose gauche, sans que l'expert retienne à cet égard une modification de la capacité de travail (par rapport à la situation existant en août 2007) avant le début 2009 - et jusqu'au début de l'année 2009 procède d'une confusion entre le taux d'invalidité (évalué par comparaison entre le revenu de valide dans l'activité de maçon et le revenu d'invalidé dans une activité adaptée exercée avec un rendement de 80%) et le taux d'incapacité de travail et ne change rien à la conclusion que le recourant disposait dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007 d'une capacité de travail médicalement exigible de 80%.

**b)** Le taux d'exigibilité de 80% retenu dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, date qui correspond à l'aptitude à la réadaptation déterminée par le Dr Y.\_\_\_\_\_ (cf. lettre A.d supra), ne prête ainsi pas le flanc à la critique sur le plan médical. Or selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3; TFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2; I 573/04 du 10 novembre 2004, consid. 4). C'est dès lors à tort que le recourant reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte du rapport final de l'Oriph-COPAI du 3 juillet 2008 et du rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Oriph-COPAI, du 9 juin 2008 (cf. lettre A.h supra), d'autant que c'est sur cette base qu'une diminution de rendement de 20% a été admise par l'OAI, conformément à l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR (cf. lettre A.i supra), afin de tenir compte de la nécessité de changer régulièrement de position.

**c)** L'aggravation de l'état de santé du recourant qui est survenue postérieurement à la décision attaquée, et qui a entraîné selon les conclusions de l'expert judiciaire une incapacité de travail de 50% dès le début 2009 (cf. lettre C.j supra), ne peut être prise en considération dans le cadre du recours dirigé contre la décision de l'OAI du 18 novembre 2008 et devra faire l'objet d'une nouvelle décision administrative, conformément à la jurisprudence constante rappelée plus haut (cf. consid. 2b supra).

**d)** Dans la mesure où l'OAI a retenu - d'une manière qui comme on vient de le voir, échappe à la critique - que le recourant présente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, conduisant à retenir dès cette date un degré d'invalidité de 34%, le droit à la rente s'éteint dès le 1<sup>er</sup> avril 2007, soit trois mois après l'amélioration, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (cf. consid. 3b supra).

**e)** Avec un degré d'invalidité de 34%, le recourant subit une perte de gain permanente ou durable supérieure à 20% dans les activités lucratives qu'on peut encore attendre de lui sans formation professionnelle complémentaire, si bien qu'il se pose la question du droit au reclassement dans une nouvelle profession selon l'art. 17 al. 1 LAI (cf. consid. 3a supra), sur laquelle le recourant a pris des conclusions subsidiaires en annulation de la décision attaquée (cf. lettre C.a supra).

Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TFA I 268/03 du 4 mai 2004, consid. 2.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références).

En l'espèce, l'OAI a donné mandat à l'Oriph-COPAI d'Yverdon-les-Bains d'organiser un stage d'observation professionnelle de quatre semaines précisément afin d'examiner les aptitudes du recourant à la réadaptation professionnelle et ses possibilités de réinsertion. Ce stage d'observation, qui a dû être plusieurs fois reporté (cf. lettres A.d, A.e et A.g supra), a finalement eu lieu du 5 au 30 mai 2008 (cf. lettre A.h supra). Du rapport final de l'Oriph-COPAI du 3 juillet 2008 ainsi que du rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Oriph-COPAI, du 9 juin 2008 qui y était joint, il résulte clairement qu'une réadaptation est vouée à l'échec, non seulement sur le plan subjectif, en raison de la faible motivation du recourant à reprendre un travail ainsi que des revendications concernant l'état de son genou gauche opéré, mais aussi sur le plan objectif, puisqu'aucun des travaux présentés dans les ateliers de l'Oriph ni lors du stage en entreprise n'a paru adapté et qu'il n'a ainsi pas été possible de

formuler des propositions concrètes pour une nouvelle activité adéquate (cf. lettre A.h supra).

Dans ces conditions, le droit à des mesures d'ordre professionnel n'apparaît pas ouvert et la décision attaquée échappe à la critique sur ce point également.

**5. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge du recourant.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me François Gillard (pour M. Q. \_\_\_\_\_)
- 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 :