

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 mars 2011

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mmes Pasche et Brélaz Braillard  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.** \_\_\_\_\_, à Nyon, recourant, représenté par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4 et 8 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** Q.\_\_\_\_\_, ressortissant italien né en 1952, sans formation professionnelle, travaillait comme maçon-coffreur pour l'entreprise B.\_\_\_\_\_. SA depuis le 1<sup>er</sup> février 1995. Le 31 janvier 2000, au cours d'un déplacement professionnel, il a été victime d'un accident de la route occasionnant une fracture plurifragmentaire du plateau tibial externe du genou droit avec tassement d'un fragment ostéo-cartilagineux de 3 cm, un trait de refend dans le plateau sagittal métaphyso-diaphysaire, une fracture du massif des épines non déplacée, une désinsertion de la corne antérieure du ménisque externe droit, et une fracture du tiers proximal de la clavicule gauche. Conduit à l'Hôpital de W.\_\_\_\_\_, le prénommé y a subi, le 3 février 2000, une réduction de la fracture compression du plateau tibial externe, une greffe autologue prélevée à la crête homolatérale, une ostéosynthèse par plaque en L fixant la fracture du plateau et le massif des épines, ainsi qu'une suture du ménisque externe. Quant à la fracture claviculaire, elle a été traitée conservativement dans un premier temps, avant d'être opérée le 17 juillet 2000; à cette occasion, un cal proéminent a été réséqué et une stabilisation par plastie de l'articulation sterno-claviculaire a été effectuée. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

**b)** L'intéressé n'a plus repris d'emploi depuis cet accident. En outre, il a perçu des indemnités de l'assurance-chômage du 14 février au 31 décembre 2003, puis du 27 janvier au 13 février 2005.

**B.**           Le 13 novembre 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), tendant à un reclassement dans une nouvelle profession et à un placement.

                  Dans le cadre de l'instruction de cette requête, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) s'est adressé au Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et

médecin traitant de l'assuré. Faisant part de ses observations dans un rapport du 27 novembre 2000, ce praticien a tout d'abord rappelé les fractures et lésions subies lors l'accident du 31 janvier 2000, ainsi que les interventions pratiquées à l'Hôpital de W.\_\_\_\_\_ le 3 février 2000. Il a ensuite indiqué que l'intéressé présentait à ce jour une instabilité sterno-claviculaire gauche et se plaignait de douleurs au niveau de l'épaule gauche, ainsi que de douleurs et de lâchages du genou droit, dont la fracture était consolidée. Il a estimé que l'état de santé de l'assuré était susceptible d'amélioration, et que si le métier exercé jusqu'alors était contre-indiqué, une activité moins lourde, en position assise, pourrait probablement être exercée à temps partiel.

L'intéressé a séjourné à la Clinique [...] de Z.\_\_\_\_\_ du 10 octobre au 29 novembre 2000; en dépit de ce séjour et de plusieurs séances de physiothérapie, il a continué à présenter des douleurs résiduelles à l'épaule gauche, ainsi que des douleurs et une sensation d'instabilité au genou droit.

Dans un rapport du 3 octobre 2001, le Dr K.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assuré demeurait stationnaire. Il a indiqué que les principaux diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail se trouvaient être la fracture compression pluri-fragmentaire du plateau externe du genou droit et la fracture du massif des épines, étant souligné que des douleurs persistantes étaient encore ressenties malgré une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 1<sup>er</sup> mars 2001. Il a estimé que l'assuré, qui déclarait ne plus pouvoir travailler en qualité de maçon-coffreur, pourrait exercer une activité légère (« *travaux de surveillance, concierge, travail dans un kiosque...* ») n'impliquant pas le port de lourdes charges et la station debout sur un temps prolongé, vraisemblablement à un taux de 75 %.

**C.** Dans un rapport d'examen final du 19 février 2002, le Dr P.\_\_\_\_\_, FMH en médecine orthopédique et médecin-conseil de la CNA, a précisé que l'épaule gauche de l'assuré suivait une évolution favorable, en dépit de légères douleurs résiduelles à la palpation sterno-claviculaire.

Il a observé que l'évolution était plus difficile s'agissant de la fracture du plateau tibial externe - dont les suites étaient compliquées par une algodystrophie -, que des séquelles du genou persistaient sous forme d'instabilité subjective, et que l'amplitude articulaire était objectivement assez bien rétablie malgré une amyotrophie de la cuisse objectivée par une diminution de 1,5 cm du périmètre mesurée à 10 cm du pôle supérieur de la rotule. Il a relevé qu'hormis une auto-musculation de la cuisse, la poursuite d'un traitement n'était plus nécessaire. Il a reconnu chez l'assuré une capacité de travail de 50% dans l'activité de maçon, et de 100% dans un travail n'exigeant pas de manutentions dépassant 10 kg, ni de déplacements en terrain irrégulier, la position accroupie prolongée ou des sollicitations répétées de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale.

Par décision du 6 septembre 2002, la CNA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente transitoire d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2002, sur la base d'un taux d'invalidité de 26%. Elle a notamment retenu une pleine capacité de travail dans une activité légère, ne mettant pas fortement à contribution le membre inférieur gauche [recte : droit] par des positions malcommodes ou des déplacements en terrains accidentés, et ménageant l'épaule lésée en évitant des tâches à effectuer le bras en élévation.

Complétant ses observations dans un rapport du 30 juin 2003, le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé que l'état de santé de l'assuré était stable et que l'examen clinique ne révélait aucune évolution significative depuis le rapport du 19 février 2002.

**D.** En date du 5 janvier 2004, l'assuré a débuté un stage de trois mois au Centre de formation professionnelle de S.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre F.\_\_\_\_\_). Ce stage a été interrompu neuf jours plus tard en raison de troubles cardiaques. En particulier, au cours du mois de janvier 2004, l'intéressé a présenté un accident ischémique transitoire (AIT) sylvien droit probablement d'origine cardio-embolique, un accident vasculaire cérébral (AVC) dans le territoire de la coroïdienne postérieure

gauche, et un foramen ovale perméable avec anévrisme du septum interauriculaire (ASIA); il a été hospitalisé du 29 janvier au 3 février 2004 au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_), et s'est trouvé - selon un avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 29 mars 2004 - en incapacité de travail temporaire de 100% du 29 janvier au 9 février 2004. L'assuré a réintégré son stage au Centre F. \_\_\_\_\_ le 16 février 2004, avant que celui-ci ne soit définitivement interrompu le 5 mars 2004, en raison notamment de l'annonce d'une prochaine opération cardiaque. Par communication du 14 mai 2004, la Dresse O. \_\_\_\_\_, FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a fait savoir à l'OAI que l'opération en question (une fermeture percutanée du foramen ovale perméable) avait eu lieu le 28 avril 2004 et que l'assuré pourrait reprendre le travail à 100% dès le 17 mai 2004.

Le 9 août 2004, l'intéressé a débuté un second stage de trois mois au Centre F. \_\_\_\_\_ de S. \_\_\_\_\_. Il s'est trouvé en incapacité complète de travail du 19 au 22 octobre 2004, pour cause d'affection médicale attestée par un certificat du 22 octobre 2004 émanant du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie et cardiologie interventionnelle. Ayant repris son stage le 25 octobre 2004, l'assuré a présenté, le 2 novembre 2004, un certificat du même jour rédigé par le Dr K. \_\_\_\_\_, prononçant un arrêt de travail à 100% avec effet immédiat, et ce jusqu'au 22 mars 2005. A teneur du rapport de fin de stage établi le 8 novembre 2004 par le directeur du Centre F. \_\_\_\_\_, l'intéressé aurait fait preuve, au cours de cette mesure, d'un manque de motivation à reprendre une activité professionnelle.

**E.** Dans un rapport médical adressé à la CNA le 4 avril 2005, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assuré, a notamment relevé que l'état de santé de ce dernier laissait à craindre un dommage permanent sous la forme d'une gonarthrose fémoro-tibiale externe du genou droit ainsi que de douleurs sterno-claviculaires gauches résiduelles.

Interpellé par la CNA, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 4 mai 2005, que le status décrit par le Dr J.\_\_\_\_\_ témoignait d'une fonction globalement superposable à celle exposée dans son rapport du 30 juin 2003.

**F.** Par acte du 6 septembre 2005, l'OAI a fait savoir à l'assuré que le droit à une rente entière d'invalidité allait lui être reconnu pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 30 avril 2002. Retenant que l'état de santé de ce dernier s'était stabilisé en février 2002 et que depuis lors, la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée (sans manutentions de charges supérieures à 10 kg, déplacements en terrains irréguliers, positions accroupies prolongées ou sollicitations répétées de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale), l'office a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu annuel de 4'437 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2000, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2000 (41,7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2000 à 2001 (+ 2,5%) et d'un abattement de 5%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 54'049 fr. 81. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 62'920 fr. en 2001, mettait en évidence une perte de gain de 8'871 fr., ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 14,10 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente après le 30 avril 2002.

**G.** Le 12 octobre 2005, la CNA a alloué à l'assuré une rente fixe d'invalidité, compte tenu du fait qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité n'allait être mise en œuvre.

**H.** Par décision du 13 décembre 2005, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 30 avril 2002, pour les motifs développés dans son écrit du 6 septembre 2005.

L'intéressé s'est opposé à ce prononcé par acte du 27 janvier 2006, rédigé par son mandataire.

I. Par communication du 4 juillet 2006, la Dresse O.\_\_\_\_\_ a relevé que son patient se plaignait de précordialgies à l'effort et de dyspnée à l'effort modéré depuis l'intervention du 28 avril 2004, mais que malgré des investigations étendues, il n'avait pas été possible de donner d'explications d'origine cardiaque ou pulmonaire à ces plaintes, étant relevé que l'assuré avait fait un nouveau malaise en juin 2006. Elle a joint à son écrit diverses pièces concernant des examens médicaux pratiqués sur ce dernier entre janvier 2004 et juin 2006. Complétant ses dires le 21 août 2006, cette praticienne a fait parvenir à l'OAI, entre autres, un rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ daté du 9 août 2006, retenant notamment que les symptômes (dyspnée d'effort et précordialgies) présentés par l'assuré n'étaient pas d'origine cardiaque et que, sous cet angle, le pronostic était globalement bon, même si le patient restait à risque augmenté d'un événement cardiovasculaire ultérieur, compte tenu de son tabagisme actif persistant.

Interpellé par l'OAI, le Dr J.\_\_\_\_\_ a fait part de ses observations dans un rapport du 13 mars 2007. A titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ce praticien a retenu une arthrose fémoro-tibiale externe du genou droit post-traumatique avec instabilité en varus valgus par défaut d'appui externe, un status après fracture-impaction du plateau tibial externe du genou droit opéré en 2000, un status après révision de l'articulation sterno-claviculaire gauche pour luxation en 2000, et un stent coronarien suite à un infarctus les 28 avril et 20 octobre 2004. Ce spécialiste a relevé que l'intéressé portait une genouillère en permanence au genou droit, que les douleurs sterno-claviculaires gauches persistaient mais étaient contrôlées par un traitement anti-inflammatoire, et que l'arthrose fémoro-tibiale était correctement gérée avec le port d'une attelle et un traitement anti-inflammatoire associé. Pour le surplus, le Dr J.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que des mesures professionnelles étaient indiquées, que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus envisageable, mais qu'une activité sédentaire demeurerait

exigible probablement à 100%, avec les limitations fonctionnelles suivantes :

"Genou droit : Incapacité à effectuer des travaux en échelle, en hauteur sur des échafaudages, sur terrain irrégulier. Nécessité d'éviter l'ascension et la descente d'escaliers répétés, nécessité d'éviter également les activités entraînant des flexions-extensions répétées, des travaux accroupis notamment.

Au niveau de son épaule gauche : Impossibilité de port de charge, impossibilité d'élévation avec charges en bout de bras notamment".

**J.** Par décision du 13 avril 2007, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Se fondant sur les avis médicaux des Drs P.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, ainsi que sur les rapports établis par les Drs O.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, l'office a retenu que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'OAI a, en outre, estimé que l'instruction du dossier apparaissait suffisamment complète et que, dans la mesure où les chiffres énoncés dans la décision du 13 décembre 2005 à titre de revenus sans invalidité et avec invalidité n'étaient ni contestés, ni critiquables, il convenait de les confirmer à l'instar du taux d'invalidité calculé à 14,10%, lequel n'ouvrait pas le droit à la rente. Pour le surplus, l'OAI a renvoyé l'assuré à la décision du 13 décembre 2005.

**K. a)** Le 15 mai 2007, l'intéressé a recouru contre cette décision, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction. Il a notamment fait valoir que le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2007 n'était pas représentatif de sa situation médicale actuelle telle qu'exposée dans un rapport établi le 22 mars 2007 par le Dr I.\_\_\_\_\_, médecin radiologue à l'Hôpital de zone de W.\_\_\_\_\_, faisant état de ce qui suit :

une "Mise en évidence d'une ostéopénie sévère sur tibia proximal avec importante raréfaction des travées spongieuses épargnant quelques [sic] peu le plateau tibial interne.

vis Status après ablation de matériel d'ostéosynthèse avec trajet d'une transmétaphysaire horizontale.

Status après ancienne fracture du plateau tibial externe et persistance d'une perte de hauteur de la partie latérale du plateau tibial externe d'environ 6 mm.

surtout au La surface articulaire du plateau tibial s'en trouve très irrégulière niveau de sa partie antérieure où l'impaction osseuse est la plus importante.

avec un aspect effilé des épines tibiales et une sclérose sous-chondrale et une ostéophytose marginale autour de la surface articulaire de la rotule. Pas d'épanchement intra-articulaire visible. Pas de corps étranger radio-opaque décelable.

### **CONCLUSION**

Séquelle d'une ancienne fracture du plateau tibial externe avec importante perte de hauteur et irrégularité de la partie antérolatérale du plateau tibial ([...]).  
Importante ostéopénie au niveau du tibia proximal."

Le recourant a ajouté que sur la base des constatations formulées par le Dr I.\_\_\_\_\_, il s'était fait poser une prothèse du genou droit en date du 26 avril 2007.

**b)** Par avis du 13 juillet 2007, le SMR, par le Dr V.\_\_\_\_\_, a relevé que l'ostéopénie n'était pas de nature à modifier l'exigibilité d'une activité adaptée, pas plus que la pose d'une prothèse au genou droit, mesure qui aurait toutefois des incidences sur les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Interpellé par l'office, le Dr J.\_\_\_\_\_ a notamment exposé, dans un rapport du 7 août 2007, que l'état de santé du recourant suivait une évolution positive, que ce dernier présentait des douleurs diffuses mal systématisées, qu'il marchait avec une canne et que sa mobilité était satisfaisante. Ce praticien a indiqué que si un travail dans la maçonnerie n'était plus exigible, il pourrait être exigé de l'assuré, probablement cinq mois après la pose de la prothèse, qu'il exerce à plein temps une activité sédentaire (« *surveillance, buraliste, classement ou travail à l'usine sans déplacement nécessaire, sans port de charge* »), sans port de charge au-delà de 10 kg, permettant le travail en position assise et debout, en évitant l'accroupissement et la position à genoux, le travail en hauteur, les échelles, ainsi que les déplacements sur sol irrégulier ou en pente.

**c)** Lors d'une audience tenue le 26 mai 2008 par-devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud, la conciliation a été tentée et a abouti comme suit :

"I. L'office intimé convient de rapporter la décision attaquée, d'une part dans le sens de l'octroi de prestations sous forme de mesures professionnelles immédiates, pour l'avenir, d'autre part par le réexamen d'un droit aux prestations dès après le 30 avril 2002.

II. Le recourant se déclare quant à lui favorable aux propositions de l'intimé. Il souhaite toutefois bénéficier d'un bref délai de réflexion au lundi 2 juin 2008."

Le recourant ayant informé l'autorité de recours, par acte du 30 mai 2008, qu'il adhérerait aux termes de la transaction, la cause a été rayée du rôle par jugement du 2 juin 2008 (AI 195/07).

L. Par deux courriers séparés du 9 juin 2008, l'OAI a informé l'assuré que la décision sur opposition du 13 avril 2007 était annulée, et que des mesures d'orientation allaient être mises en œuvre pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.

Le SMR a notamment exposé, dans un avis du 3 juillet 2008 rédigé par le Dr V.\_\_\_\_\_ avec l'aval du Dr G.\_\_\_\_\_ (médecin-chef adjoint de ce service pour la Suisse romande), que l'intervention pratiquée le 28 avril 2004 n'avait pu entraîner une incapacité de travail que de 3 à 5 jours, que les douleurs thoraciques présentées par l'assuré avaient été largement investiguées sans qu'une origine cardiaque n'ait été décelée, et que l'on ne pouvait admettre une incapacité de travail de longue durée pour raison cardiaque, cardiovasculaire ou neurologique. Il était également relevé qu'une « *petite confusion* » figurait dans le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2007, dans la mesure où l'assuré n'avait pas eu de problème coronarien, encore moins un stent coronarien.

Le 7 juillet 2008, l'assuré a remis à l'OAI un rapport médical dressé le 17 juin 2008 par le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement à la CNA. Dans son écrit, ce praticien relevait notamment que l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis l'accident du 31 janvier 2000 avait été satisfaisante jusqu'à la survenance d'une arthrose ayant nécessité l'implantation d'une prothèse du genou - arthroplastie dont le résultat était subjectivement insatisfaisant. Relevant qu'une position basse de la rotule pourrait donner

lieu à une intervention complémentaire, le Dr H.\_\_\_\_\_ considérait que le cas n'était pas stabilisé.

Le 21 juillet 2008, la CNA a transmis diverses pièces à l'OAI, dont un rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 16 novembre 2007, dans lequel ce dernier relevait que l'évolution de l'état de santé de son patient était marquée par la persistance de douleurs antéro-internes d'origine indéterminée avec une arthroplastie sans problème particulier, et qu'à long terme, le pronostic restait réservé malgré une prothèse du genou parfaitement fonctionnelle; dans un second rapport du 15 avril 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_ n'observait « *aucune évolution et aucune progression et modification de la symptomatologie* ».

Par acte du 1<sup>er</sup> octobre 2008, l'assuré a sollicité l'octroi immédiat d'une rente d'invalidité, tout en versant au dossier deux rapports établis par le Dr L.\_\_\_\_\_, chef de clinique au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_. Dans un premier rapport daté du 14 août 2008, ce praticien indiquait que l'intéressé ne pouvait marcher sans une canne et se plaignait de gonalgies internes et sous-rotuliennes du genou droit - genou qui avait toujours mal évolué depuis l'accident et dont l'état avait eu tendance à se dégrader après chaque intervention; sur ce point, il était constaté que 15 mois après la pose de la prothèse, l'évolution était stagnante, voire défavorable suite à une arthrose post-traumatique. S'agissant de l'épaule gauche de l'assuré, le résultat était plutôt satisfaisant bien que le port de charges fût impossible, aux dires du patient. Dans son second rapport rédigé le 5 septembre 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ ajoutait que l'intéressé présentait une suspicion de défaut de scellement de sa prothèse ainsi qu'une rotule basse, et qu'il n'avait pu récupérer une fonction normale de son genou droit malgré les diverses opérations subies. Ce praticien soulignait que depuis l'implantation de la prothèse, le patient se plaignait principalement de douleurs internes, alors que seules des douleurs externes avaient été annoncées avant l'intervention. Pour ces motifs, il était désormais envisagé de remplacer cette prothèse par une prothèse postéro-stabilisée, cimentée, avec resurfaçage de la rotule.

Par avis du 8 octobre 2008, le SMR, par le Dr N.\_\_\_\_\_, a considéré que nonobstant l'absence de stabilisation de l'état de santé de l'assuré, la capacité de travail exigible était de 100% dans une activité adaptée (sédentaire).

**M.** Dans son rapport final du 13 octobre 2008, l'OAI a considéré que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis mars 2007 et ne s'était toujours pas stabilisé à ce jour, si bien que l'incapacité de travail était totale dans toute profession.

**N.** Le 17 décembre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à des prestations de l'AI pour la période allant d'avril 2002 à mars 2007, motif pris que le rapport du Dr J.\_\_\_\_ du 13 mars 2007 mentionnait pour cette période un état stationnaire et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En revanche, compte tenu de l'aggravation des problèmes médicaux depuis mars 2007 et plus particulièrement depuis la pose d'une prothèse au genou gauche [recte : droit] en avril 2007, l'office entendait reconnaître à l'intéressé le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2008.

L'assuré s'est déterminé par acte du 21 janvier 2009 rédigé par son mandataire. Il a contesté l'appréciation de l'office pour la période d'avril 2002 à mars 2007, reprochant à l'OAI de s'être fondé sur le rapport du Dr J.\_\_\_\_ du 13 mars 2007 en violation des engagements pris au terme de la transaction du 26 mai 2008 ratifiée par jugement du 2 juin 2008.

Par courrier du 1<sup>er</sup> mai 2009 adressé à l'assuré, l'office a souligné que le projet de décision du 17 décembre 2008 était notamment basé sur un nouveau rapport du Dr J.\_\_\_\_ du 7 août 2007, sur divers documents médicaux issus du dossier de la CNA, ainsi que sur une nouvelle appréciation d'ensemble du SMR. Dès lors, l'OAI a estimé que l'affaire avait été suffisamment instruite.

O. Par décision du 14 mai 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2008 pour les motifs suivants :

**"Résultat de nos constatations :**

Comme convenu en audience du 26 mai 2008, nous avons repris votre dossier afin de réexaminer votre droit à des prestations de l'AI du 30 avril 2002. Il avait également été convenu que notre Service de réadaptation vous recevrait pour vous aider à réintégrer le marché du travail.

Votre dossier a donc été soumis une nouvelle fois au SMR afin qu'il se repositionne sur l'ensemble des documents médicaux au dossier et détermine l'évolution de votre capacité de travail dans une activité adaptée depuis cette date.

Pour rappel, nous avons retenu une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité de janvier 2000 à février 2002. Nous vous avons donc octroyé une rente entière limitée dans le temps du 01.01.2001 au 30.04.2002. Votre capacité de travail était à nouveau entière dans une activité adaptée depuis février 2002 tel que le mentionne l'examen du médecin d'arrondissement de la SUVA du 19 février 2002. Au-delà de cette date, votre préjudice économique s'élevait à 14%.

Après réexamen de votre dossier, le SMR maintient sa position pour la période d'avril 2002 à mars 2007. Il admet une incapacité de travail totale de courte durée du 29 janvier 2004 au 09 février [...] 2004 en raison d'accidents ischémiques transitoires, par définition sans séquelle neurologique. L'intervention qui a suivi ne justifie pas plus de 5 jours d'incapacité de travail. Le Service médical régional estime en outre que vos douleurs thoraciques ont été largement investiguées et que lesdites investigations ont permis d'exclure une cause cardiaque. On ne peut donc pas admettre une incapacité de travail de longue durée pour raison cardiaque, cardiovasculaire ou neurologique.

Sur le plan orthopédique, le Dr J.\_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 13 mars 2007, un état stationnaire et une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de notre précédente appréciation entre avril 2002 et mars 2007.

Au vu des pièces médicales au dossier, il convient cependant d'admettre que votre état de santé s'est aggravé depuis mars 2007 avec pose d'une prothèse du genou gauche en avril 2007. Votre incapacité de travail est totale dans n'importe quelle activité depuis cette date. C'est pourquoi la démarche de réadaptation entreprise ne se justifie plus pour l'instant.

Au vu de ce qui précède, votre préjudice économique est de 14% d'avril 2002 à mars 2007. Compte tenu d'un préjudice résiduel inférieur à 20% entre avril 2002 et mars 2007, il convient de faire courir un nouveau délai d'attente d'une année (art.29 [sic] LAI dans sa teneur jusqu'au 31.12.2007) entre mars 2007 et mars 2008.

• Votre droit à une rente entière d'invalidité s'ouvre donc au 1<sup>er</sup> mars 2008."

**P.** Agissant par l'entremise de son conseil, Q.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en date du 18 juin 2009 (date du sceau postal), concluant avec dépens à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, le recourant reproche à l'intimé d'avoir nié l'existence d'une incapacité de travail de 2002 à 2007 pour des motifs similaires à ceux développés dans le prononcé du 13 avril 2007, « *qui [a] pourtant fait l'objet d'un recours couronné de succès* ». Plus particulièrement, il soutient que c'est à tort que l'intimé a évalué sa capacité de travail durant la période en cause en se fondant sur le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2007, et non sur celui du Dr I.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2007. Il allègue qu'au terme de l'audience tenue le 26 mai 2008 devant le Tribunal des assurances, l'OAI aurait admis que l'on ne pouvait statuer sur la base du rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, et que dès lors, en reprenant les conclusions de ce médecin dans la décision querellée sans avoir procédé aux mesures d'instruction nécessaires pour établir sa capacité de travail de mars 2002 à avril 2007 [sic], l'intimé aurait violé l'engagement pris lors de cette audience.

**Q.** Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 3 septembre 2009. Il estime ne pas avoir contrevenu à la transaction précitée, exposant, d'une part, que l'évolution de la situation médicale de l'assuré depuis la pose d'une prothèse du genou en avril 2007 n'a pas permis la mise en œuvre de mesures professionnelles, et que, d'autre part, le dossier de la cause a été complété par de nouveaux documents médicaux avant d'être réexaminé par le SMR.

**R.** Dans sa réplique du 29 septembre 2009, le recourant soutient que les nouveaux certificats médicaux produits n'ont eu aucune incidence sur l'appréciation faite par l'office pour la période de 2002 à 2007, dès lors que sur ce point, la décision attaquée repose exclusivement sur le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2007. Pour ce motif, il maintient les conclusions formulées dans son recours.

Par acte du 8 octobre 2009, l'OAI confirme sa position, tout en renvoyant aux arguments développés dans ses écrits des 1<sup>er</sup> mai et 3 septembre 2009.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition ainsi que celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du Tribunal compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile et répondant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, 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)** S'agissant d'une contestation relative notamment à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise 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.** La demande de prestations AI a été déposée le 13 novembre 2000, la décision entreprise rendue le 14 mai 2009 et le recours porte notamment sur l'évaluation de l'incapacité pour la période allant de mars 2002 à avril 2007 [recte : du 1<sup>er</sup> mai 2002 à mars 2007].

La LAI a subi deux révisions depuis 2002, alors que la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, si bien qu'il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au cas d'espèce.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2), en l'occurrence le 14 mai 2009.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, puis pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI engendrées par la 4<sup>e</sup> révision de cette loi, et pour le surplus au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision de cette législation entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

**3. 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'occurrence, est litigieuse la question de l'éventuel droit du recourant à des prestations de l'AI au-delà du 30 avril 2002.

**4.** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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 (dont la teneur est identique à l'art. 28 al. 1 aLAI en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007), 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.

**5. a)** 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 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 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 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C\_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1 et 9C\_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le ou les médecins traitants de l'assuré (médecin généraliste, psychiatre ou autre spécialiste), le juge prendra en considération le fait que ceux-ci peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

Par ailleurs, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C\_191/2008 du 24 novembre 2008 consid. 5.2.2; TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3).

**6. a)** Le recourant soutient qu'à l'issue de la transaction du 26 mai 2008, ratifiée par jugement du 2 juin 2008 (cf. let. K.c supra), l'OAI aurait convenu que l'incapacité pour la période d'avril 2002 à mars 2007 ne pouvait être appréciée sur la base du rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 13 mars 2007, document retenant un état stationnaire avec une capacité de travail probablement complète dans une activité adaptée, dans la mesure où cet avis ne tenait pas compte des conclusions mentionnées dans le rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ du 22 mars 2007, constatant l'existence d'une

ostéopénie sévère. Selon l'assuré, l'intimé aurait violé l'engagement pris au terme de la transaction précitée en lui niant, par décision du 14 mai 2009, le droit à des prestations de l'AI pour la période en question en se fondant précisément sur le constat du Dr J. \_\_\_\_\_ du 13 mars 2007.

**b)** Semblable argumentation procède d'une interprétation erronée de la transaction intervenue le 26 mai 2008. Cette transaction avait pour but, d'une part, de renvoyer l'assuré à bénéficier des mesures de réadaptation dont il avait été privé en raison d'un prétendu manque de volonté (cf. let. D supra; à noter que l'OAI a admis que ce reproche n'était en définitive pas fondé). D'autre part, elle visait à faire réexaminer, le cas échéant, le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité au regard de l'évolution de son état de santé depuis 2002. Il s'ensuit que l'OAI ne s'est aucunement engagé à écarter de son analyse le rapport médical du Dr J. \_\_\_\_\_ au profit de celui du Dr I. \_\_\_\_\_. Dans ces conditions, il faut admettre que l'office s'est conformé aux termes de la transaction, puisqu'il a tout d'abord mis en œuvre des mesures professionnelles (cf. communication de l'OAI du 9 juin 2008, let. H supra), et que, constatant que ces dernières ne pourraient être menées à bien en raison de la dégradation de l'état de santé du recourant, il a dès lors réexaminé le droit de ce dernier à des prestations de l'AI au-delà du 30 avril 2002.

Il sied de souligner, au demeurant, que l'issue transactionnelle apportée à la cause AI 195/07 n'équivaut pas à une admission du recours interjeté par l'intéressé le 15 mai 2007 à l'encontre de la décision de l'OAI du 13 avril 2007, la procédure ayant été radiée du rôle pour perte d'objet sans que le Tribunal des assurances n'ait eu à se déterminer sur le fond de l'affaire. Il convient donc de relativiser l'affirmation du recourant selon laquelle cette procédure aurait été couronnée de succès (cf. mémoire de recours du 18 juin 2009 p. 4, partie III, 2<sup>ème</sup> paragraphe).

**7.** Dans sa décision du 14 mai 2009 rendue après un nouvel examen du dossier, l'intimé a, d'une part, confirmé le constat dressé dans le cadre du précédent litige pour la période allant d'avril [recte : 1<sup>er</sup> mai] 2002 à mars 2007, et a, d'autre part, admis une incapacité totale de

travail dans toute profession à compter de mars 2007, période correspondant à la nécessité d'implanter une prothèse du genou et au constat de l'échec de cette mesure médicale - le délai d'attente d'une année ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2008. Le recourant, pour sa part, critique l'appréciation de l'intimé en ce qui concerne l'évaluation de son incapacité pour la période d'avril [recte : 1<sup>er</sup> mai] 2002 à mars 2007.

**a)** Il convient tout d'abord d'examiner l'affaire sous l'angle des troubles présentés par le recourant au niveau de son épaule gauche et de son genou droit.

**aa)** Le Dr P. \_\_\_\_\_ a indiqué, dans son rapport du 19 février 2002 établi à l'attention de la CNA, que la fracture de la clavicule gauche de l'assuré suivait une évolution favorable, avec un rétablissement presque total de la fonction de l'épaule gauche malgré des douleurs résiduelles légères à la palpation de la région sterno-claviculaire. En dépit d'une évolution plus difficile s'agissant du genou droit et de la fracture du plateau externe, cette dernière étant compliquée par une algodystrophie, il demeurait que la poursuite d'un traitement n'était plus nécessaire et que l'intéressé avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans un second rapport du 30 juin 2003, le Dr P. \_\_\_\_\_ a confirmé que l'état de santé du recourant était stabilisé et que l'examen clinique ne démontrait aucune évolution significative depuis les observations du 19 février 2002. Il est vrai que le 2 novembre 2004, le Dr K. \_\_\_\_\_ a délivré à l'assuré un certificat médical prononçant un arrêt de travail jusqu'au 22 mars 2005, dont la cause, selon une annotation manuscrite portée sur une copie de ce document figurant au dossier de la CNA, aurait été une « *Rechute accident* ». Compte tenu du caractère pour le moins imprécis de cette remarque, une certaine circonspection s'impose. En tout état de cause, il reste que, le Dr J. \_\_\_\_\_ ayant annoncé le 4 avril 2005 qu'une aggravation des troubles de l'assuré était à craindre sous la forme d'une gonarthrose fémoro-tibiale externe du genou droit ainsi que de douleurs sterno-claviculaires gauches résiduelles, le Dr P. \_\_\_\_\_ a précisé, dans un troisième rapport daté du 4 mai 2005, que

les constatations du médecin traitant de l'intéressé étaient entièrement superposables aux conclusions que lui-même avait formulées dans son précédent compte-rendu du 30 juin 2003.

Les trois rapports émanant du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine orthopédique, apparaissent dignes de foi. Ils ont été rédigés sur la base d'investigations complètes et approfondies, en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque, si bien que leurs conclusions apparaissent convaincantes (cf. consid. 5b supra). Elles doivent notamment l'emporter sur la simple remarque manuscrite figurant sur l'une des copies du certificat médical établi le 2 novembre 2004 par le Dr K.\_\_\_\_\_, ainsi que sur le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 4 avril 2005, se référant sans l'établir à une éventuelle détérioration de l'état de santé du recourant. Il ressort de ce qui précède que l'assuré a récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès février 2002 et que son état de santé au-delà du 30 avril 2002 est demeuré stationnaire en ce qui concerne son épaule gauche et - dans un premier temps tout du moins - son genou droit.

**bb)** C'est également ce qui ressort du rapport du 13 mars 2007 du Dr J.\_\_\_\_\_, effectué sur la base d'un examen clinique du 21 mars 2006. Ce praticien a en particulier indiqué que tant les douleurs sterno-claviculaires que l'arthrose fémoro-tibiale de l'assuré étaient contrôlées notamment par le biais de traitements médicamenteux, que l'état de santé était stationnaire, que l'intéressé n'était plus à même de reprendre son emploi de maçon-coffreur, mais qu'il disposait en revanche d'une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 100% probablement dans une activité sédentaire avec des limitations fonctionnelles tant sur le plan du genou droit que de l'épaule gauche (cf. let. I supra).

En revanche, dans son rapport du 22 mars 2007 consécutif à un examen radiologique du 20 mars 2007, le Dr I.\_\_\_\_\_ a noté, en sus des séquelles laissées par les anciennes fractures du recourant, une ostéopénie sévère au niveau du tibia proximal avec une importante raréfaction des travées spongieuses épargnant quelque peu le plateau

tibial interne; sur la base des constatations de ce médecin, l'assuré s'est fait posé une prothèse du genou droit en date du 26 mars 2007.

Il est vrai que le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ ne mentionne pas l'ostéopénie diagnostiquée par le Dr I.\_\_\_\_\_ - et pour cause, puisque celui-là a établi son rapport sur la base d'un examen clinique remontant au 21 mars 2006, tandis que celui-ci s'est fondé sur un examen radiologique du 20 mars 2007. Il faut toutefois souligner que le rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ se limite à diagnostiquer une ostéopénie sévère suite à l'examen radiologique précité, sans tirer de conclusions sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Quoi qu'il en soit, une nouvelle expertise portant sur le passé n'apparaît pas utile pour élucider ces questions, compte tenu, d'une part, de l'écoulement du temps, et d'autre part, des constats médicaux ultérieurement joints au dossier.

**cc)** A cet égard, s'il est vrai que dans son rapport du 7 août 2007, le Dr J.\_\_\_\_\_ estimait que l'assuré serait pleinement apte à travailler dans une activité adaptée cinq mois après son arthroplastie (cf. let. K.b supra), force est de constater que les prévisions - dans l'ensemble positives - de ce praticien ne se sont finalement pas réalisées. Ainsi dans un rapport du 16 novembre 2007, le Dr J.\_\_\_\_\_ annonce un pronostic réservé malgré la pose d'une prothèse du genou parfaitement fonctionnelle; dans un rapport du 15 avril 2008, il relève qu'aucune évolution, progression ou modification de la symptomatologie n'est intervenue (cf. let. L supra). Le Dr H.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 7 juillet 2008, précise que l'évolution de l'état de santé du recourant a été favorable jusqu'à l'apparition d'une arthrose ayant nécessité l'implantation d'une prothèse du genou, intervention qui s'est avérée subjectivement insatisfaisante (cf. ibid.). Quant au Dr L.\_\_\_\_\_, il expose, dans des rapports des 14 août et 5 septembre 2008, que 15 mois après la pose de la prothèse, l'évolution est stagnante voire même défavorable suite à une arthrose post-traumatique, et que l'assuré se plaint de douleurs internes suite à son arthroplastie alors qu'auparavant les douleurs annoncées étaient externes. Ce spécialiste ajoute que tout porte à soupçonner un défaut de scellement de la prothèse ainsi qu'une rotule basse, susceptible

de déboucher sur une nouvelle intervention visant à l'implantation d'une prothèse postéro-stabilisée en lieu et place de l'ancienne (cf. ibid.).

Il ressort des rapports médicaux cités ci-avant, plus particulièrement ceux des Drs H.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, que ce n'est pas l'ostéopénie du recourant en tant que telle qui a entraîné une dégradation durable de son état de santé (cf. également dans ce sens l'avis du SMR du 13 juillet 2007, let. K.b supra), mais que ce sont bien l'implantation d'une prothèse du genou droit le 26 avril 2007 et le constat d'échec de cette mesure qui ont été le fait matériellement déterminant dans le basculement dans l'incapacité, avérée et admise par l'OAI dès mars 2007. L'on ne saurait dès lors reprocher à cet office l'argumentation développée à ce propos dans le prononcé entrepris ainsi que dans les écrits des 1<sup>er</sup> mai et 3 septembre 2009.

**b)** Sur le plan cardiologique, il appert qu'en janvier 2004, au cours de son premier stage au Centre F.\_\_\_\_\_ de S.\_\_\_\_\_, le recourant a été victime d'un AIT sylvien droit et d'un AVC dans le territoire de la coroïdienne postérieure gauche en raison d'un foramen ovale perméable associé à un anévrisme du septum inter-auriculaire (cf. écrit de la Dresse O.\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2006). Il s'en est suivi une période d'hospitalisation au Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_, du 29 janvier au 3 février 2004. L'OAI admet, sur ce point, une incapacité totale de travail de courte durée du 29 janvier au 9 février 2004, ce qui est conforme à l'avis du SMR du 29 mars 2004, dont il n'y a, en l'état du dossier, pas lieu de s'écarter. En date du 28 avril 2004, l'assuré a subi une intervention sous la forme d'une fermeture par voie percutanée du foramen ovale perméable. Suite à cette opération, la Dresse O.\_\_\_\_\_ a estimé, dans un rapport du 14 mai 2004, que son patient serait apte à reprendre le travail à 100% dès le 17 mai 2004. Le SMR, quant à lui, a considéré, dans un avis du 3 juillet 2008, que l'incapacité de travail pouvant être engendrée par une telle intervention n'était que de 3 à 5 jours - appréciation que l'intimé a faite sienne dans le prononcé entrepris. Dans ces conditions, l'on ne saurait admettre que l'incapacité consécutive à l'opération précitée ait été de longue durée. Par la suite, l'assuré a subi de nouveaux malaises cardiaques en octobre 2004

et juin 2006. Cependant, en l'état du dossier, rien n'indique que ces troubles aient présenté un caractère durablement incapacitant. D'une part, il faut noter que le certificat médical délivré le 22 octobre 2004 par le Dr X. \_\_\_\_\_ ne prononce un arrêt de travail que de 4 jours, du 19 au 22 octobre 2004. D'autre part, la Dresse O. \_\_\_\_\_ a relevé, par écrit du 4 juillet 2006, que l'assuré se plaignait de précordialgies à l'effort et de dyspnée à l'effort modéré depuis l'intervention du 28 avril 2004, mais que malgré des investigations étendues, il n'avait pas été possible de donner d'explications d'origine cardiaque ou pulmonaire à ces plaintes. Ces conclusions ont été confirmées par un rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 9 août 2006, selon lequel les symptômes (dyspnée d'effort et précordialgies) présentés par l'assuré n'étaient pas d'origine cardiologique, le pronostic cardiaque étant globalement bon malgré le tabagisme de l'intéressé.

Dans ces circonstances, il faut conclure, à l'instar de l'intimé, que l'intéressé n'a jamais subi d'incapacité de travail de longue durée pour des motifs cardiologiques ou cardiovasculaires.

**c)** Au vu de ce qui précède, il faut admettre que c'est à juste titre que l'OAI a retenu une capacité de travail pleinement récupérée dans une activité adaptée entre février 2002 et mars 2007. Pour le surplus, il suffit de constater que le taux d'invalidité - qui n'est d'ailleurs par contesté - calculé à 14,10% pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2002 à mars 2007 est correct (cf. let. F et O supra). Ce taux étant inférieur au seuil prévu par la loi pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 4 supra), l'intimé était fondé à refuser l'octroi d'une telle rente à l'assuré au-delà du 30 avril 2002 (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]), cela jusqu'à la dégradation de l'état de santé de ce dernier intervenue en mars 2007, en raison de la pose d'une prothèse du genou droit s'étant soldée par un échec. Le recourant étant totalement incapable de travailler depuis cette époque, c'est à bon droit que l'OAI a retenu qu'il n'y avait pas lieu d'instaurer des mesures professionnelles à son égard, mais lui a reconnu le droit à une rente entière de l'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mars 2008, conformément au délai d'attente d'une année prévu par la loi (ancien art. 29 al. 1 let. b LAI en

vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, correspondant à l'actuel art. 28 al. 1 let. b LAI).

**9. a)** En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**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 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour le recourant),
- 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 :