

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 décembre 2013

---

Présidence de        Mme    THALMANN  
Juges     :        M.    Merz et M. Bonard, assesseur,  
Greffier     :        M.    Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à Gland, 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. 6 ss, 43 et 44 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 3 février 2009, G.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1956, ressortissant italien au bénéfice d'un permis C en Suisse depuis 1962, a déposé une demande de prestations invalidité. Il indiquait souffrir d'atteintes aux genoux, au bassin ainsi qu'aux hanches.

Le dossier médical de l'assureur-accidents de l'assuré (CNA) a été versé au dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé). Il en ressort notamment les documents et pièces suivants:

- Un rapport médical LAA complété le 5 décembre 2008 par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, dans lequel ce médecin faisait mention d'un accident survenu le 10 avril 2008. Il posait le diagnostic d'entorse du genou gauche et retenait une incapacité de travail à 100 % dès le 3 novembre 2008 (date des premiers soins prodigués en lien avec l'accident en question) en précisant que la situation devait être réévaluée à la fin décembre 2008. Les 1<sup>er</sup> décembre 2008 et 12 janvier 2009, le Dr E.\_\_\_\_\_ a prolongé l'incapacité de travail à 100 % de l'assuré.

- Un rapport d'entretien du 20 janvier 2009 d'un inspecteur accidents de la CNA avec l'assuré, dont il ressortait en particulier ce qui suit:

"Le 10.04.2008, je me trouvais encore autour des locaux X.\_\_\_\_\_ à [...]. Il était environ 17.30 et je terminais ma journée de travail. En me rendant à ma voiture (parc en-dessous du dépôt), j'ai emprunté le cheminement en plaques de jardin (talus) qui passe à travers l'herbe. En parcourant ces dalles en pente, j'ai glissé sur l'une d'elles et suis parti en arrière. Je me suis réceptionné sur les fesses. Vexé je me suis relevé rapidement et je suis alors parti en avant avec réception à "quatre pattes" sur les 2 genoux et les 2 mains. J'ai eu mal au genou gauche car il a tapé sur le plat de la plaque alors que le droit était dans l'herbe.

Je me suis à nouveau relevé tout seul. A cet instant, j'avais une petite douleur sur laquelle j'ai frotté une de mes mains et cela s'est atténué. J'ai constaté cependant que je boitais un peu.

Je me suis rendu à ma voiture et suis rentré chez moi. La conduite s'est plus ou moins bien passée, mais je devais froter mon genou parfois. Une fois chez moi j'ai pris un bain chaud, j'ai appliqué un peu de pommade (baume du Tigre) et cela a fait s'atténuer encore un peu la douleur. Ce n'était rien sur le moment. J'ai continué à travailler normalement mais en ressentant tout de même un tiraillement sur le genou gauche et dans les 2 hanches. Cela restant supportable, j'ai continué à travailler tout en boitant légèrement. J'ai constaté aussi les 1ères apparitions des douleurs au bas du dos.

Finalement en septembre 08, la douleur devenant trop forte, étant de plus en plus gêné par les hanches et le genou gauche et constatant une bosse derrière le genou gauche, je me suis rendu chez mon médecin traitant, Dr A. \_\_\_\_\_. Il m'a ausculté et m'a dit de me rendre à l'hôpital de [...] pour ponctionner le liquide derrière le genou; ce que j'ai fait. L'arrière du genou est redevenu normal, mais environ 3 semaines après, la boule avait fait à nouveau son apparition. Le Dr A. \_\_\_\_\_ m'a alors adressé au Dr E. \_\_\_\_\_.

Ce praticien m'a vu au tout début novembre 08 et m'a fait passer des radiographies au centre d'imagerie à Nyon dont une IRM. Lors du contrôle suivant, en voyant le résultat de l'IRM, il m'a reconnu un arrêt de travail de 100%, il m'a prescrit de la physio (cela ne m'a rien fait) et des médicaments. Par la suite, il m'a adressé à la [...] pour de la physio et des bains. Cela me fait du bien tant que je suis dans l'eau et en massage; après quoi les blocages du genou gauche, du bas du dos et des hanches refont leur apparition.

[...]

Je suis toujours en arrêt de travail à 100% tant pour le genou gauche, le bas du dos et les hanches.

J'ai des douleurs dès que je me mets en mouvement. Les nuits je dors bien, mais je ressens un tiraillement dans le dos et les hanches dès que je dois me tourner dans mon lit; cela même au niveau du genou aussi.

Ce jour j'ai toujours mal partout. [...]"

- Un rapport médical intermédiaire LAA du 23 janvier 2009 du Dr E. \_\_\_\_\_ à teneur duquel, ce médecin décrivait un évolution lentement favorable.

Un rapport IRM du genou gauche du 3 novembre 2008 du Dr C. \_\_\_\_\_, radiologue au Centre Imagerie de [...] figurait en annexe. Dit rapport avait la teneur suivante:

"Indication  
Kyste de Baker.  
Suspicion de lésion du ménisque interne.  
Gonarthrose.

Technique

Sagittal SETI, sagittal, coronal, axial DP-SPIR, Coronal SETI SPIR post Gadolinium.  
3D FFE-B WATS et post traitement des images avec reconstruction 3D.

#### Description

Compartiment fémoro-tibial interne: l'os sous chondral et les surfaces articulaires sont d'aspect normal, sans anomalie de signal et l'épaisseur du cartilage d'encroûtement est dans les limites de la norme.

Le MI est de taille normale mais dans la CPMI on observe un hypersignal irrégulier longitudinal horizontal s'ouvrant vers la surface intérieure de la corne en regard de laquelle il existe une petite languette méniscale détachée du feuillet méniscal inférieur juste en regard de la rupture, non luxée ni dans l'échancrure ni dans le récessus sous méniscal.

Compartiment fémoro-tibial externe: l'os sous chondral et les surfaces articulaires sont d'aspect normal, sans anomalie de signal et l'épaisseur du cartilage d'encroûtement est dans les limites de la norme.

Le ME est de taille normale avec un pourtour régulier et un hyposignal homogène.

Compartiment fémoro-patellaire: rotule en position habituelle, de configuration de Wiberg bien centrée avec intégrité des ailerons rotuliens.

La cartilage rétro-patellaire est d'épaisseur normale.

Ligaments: le LCA est bien tendu et parallèle à la ligne intercondylienne de Blumensaatl avec un hyposignal homogène et d'épaisseur normale.

Le LCP est d'aspect normal à l'imagerie.

Le LCM ne présente aucune discontinuité par contre on observe une infiltration oedémateuse de part et d'autre de la bandelette superficielle réactionnelle vraisemblablement aux lésions méniscales sus-mentionnées et indépendantes de toute pathologie propre du LCA.

Par ailleurs après l'injection du Gadolinium on n'observe aucun rehaussement pathologique, il s'agit simplement de fines collections liquidiennes péri-ligamentaires. Le LCF et le tractus ilio-tibial sont d'aspect normal à l'imagerie.

L'appareil extenseur: le tendon quadricipital et le triangle graisseux sous-quadricipital sont sans particularité à l'imagerie.

Le tendon rotulien est bien tendu en hyposignal homogène. Le paquet graisseux de Hafta présente un signal homogène.

Pas de plica visible.

Epanchement articulaire modéré et kyste assez volumineux non compliqué rétrocondylien interne dû à une distension de la bourse du jumeau interne et du demi-membraneux.

#### Conclusion

Bilan IRM confirmant une rupture légèrement irrégulière longitudinale horizontale dans la CPMI.

Epanchement articulaire, kyste rétro-condylien interne assez volumineux mais non compliqué."

Selon un rapport médical du 2 mars 2009 adressé à l'OAI, le Dr E.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de méniscectomie droite, d'entorse au genou gauche et atteinte au ménisque, de gonarthrose, de début de coxarthrose et arthrose étagée. Son pronostic était mitigé et il retenait une incapacité de travail à 100 % depuis novembre 2008 dans l'activité d'aide-maçon en précisant qu'une réorientation professionnelle serait souhaitable. Selon le Dr E.\_\_\_\_\_, les limitations fonctionnelles de l'assuré dans l'exercice d'une activité adaptée étaient les suivantes: activités uniquement en position assise/dans différentes positions exigibles à 50%, pas d'activités en terrain irrégulier, en position penchée, accroupi, à genoux, impliquant de soulever/porter des charges supérieures à 10 kilos, pas de travail en hauteur, pas de montées d'escaliers.

A l'occasion d'un rapport médical du 9 avril 2009 à l'OAI, le Dr A.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques sur canal lombaire étroit sévère et de gonarthrose gauche (depuis longtemps). Il mentionnait une nette aggravation des lombalgies chroniques affectant son patient depuis novembre 2008 avec des blocages répétés, des sciatalgies droites et des gonalgies gauches, l'apparition de coxalgies gênant à la marche. Ce médecin traitant était d'avis qu'une reprise de l'activité habituelle de l'assuré semblait difficilement envisageable. Etait notamment joint, un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 14 février 2008 du Dr I.\_\_\_\_\_, radiologue, de l'hôpital de zone de [...], dont les conclusions s'articulaient en ces termes:

"CONCLUSION

Canal lombaire étroit sévère prédominant en arrière des disques L3-L4 et L4-L5. Pas de hernie discale à proprement dite mais protrusion discale circonférentielle étagée. Une irritation des racines à leur émergence ou dans leur trajet intra-foraminal n'est pas exclue [cf. commentaires]"

Le 9 avril 2009, dans un rapport médical adressé au Dr A.\_\_\_\_\_, la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a posé les

diagnostics de lombosciatalgies récidivantes sur modifications dégénératives étagées (canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5 avec claudication neurogène), de status après méniscectomie partielle interne du genou droit, de coxarthrose débutante bilatérale, de HTA (hypertension artérielle), d'obésité, de tabagisme et d'hyperlipidémie. Ce spécialiste indiquait que l'assuré souffrait de douleurs et de claudication neurogène sur troubles dégénératifs sévères étagés avec rétrécissement marqué du canal lombaire, les traitements de physiothérapie n'apportant pas d'amélioration, l'assuré ne travaillant plus depuis octobre 2008. La Dresse M. \_\_\_\_\_ proposait alors diverses mesures médicales destinées à améliorer les douleurs.

Une IRM lombaire du 27 août 2009 établie par le Dr C. \_\_\_\_\_ objectivait une sténose sévère du canal lombaire en L3-L4 et surtout en L4-L5 d'origine mixte.

Le 1<sup>er</sup> septembre 2009, l'assuré a été examiné par le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA. Au terme de son rapport d'examen daté du même jour, le médecin-conseil de l'assureur-accidents s'est prononcé comme il suit sur l'état de santé de G. \_\_\_\_\_ :

"DIAGNOSTIC:

Suite à une glissade survenue le 10.04.2008, probable décompensation-aggravation temporaire d'un état dégénératif préexistant au genou gauche.

Comme co-morbidités, je retiens une coxarthrose débutante bilatérale, d'expression seulement radiologique à droite, radiologique et clinique à gauche. Début de gonarthrose droite. Varices au MID.

Canal étroit confirmé par une récente IRM lombaire. Hypercholestérolémie, obésité.

EN RESUME:

Notre assuré est victime, le 10.04.2008, d'une glissade avec chute au travail avec atteinte du genou gauche.

Installation temporaire d'une petite boiterie, n'empêchant pas la continuation du travail, sans limitation de présence ni de rendement.

Ce n'est finalement que fin août 2008 que Monsieur G. \_\_\_\_\_ contacte le Dr A. \_\_\_\_\_ pour l'apparition d'un kyste derrière le genou gauche.

Notre confrère fait réaliser différents examens, en confiant par la suite le patient au Dr E. \_\_\_\_\_.

Une ponction d'un kyste de Baker est réalisée à l'Hôpital de [...], une infiltration de visco-supplémentation par le Dr E. \_\_\_\_\_.

Situation actuelle subjective caractérisée par des douleurs et des difficultés de déplacement surtout sur terrain inégal et dans les escaliers. Distance de marche limitée à 50-100 mètres. Phénomènes de dérouillage.

Nécessité de médication antalgique et anti-inflammatoire.

Par ailleurs, l'assuré se plaint de douleurs dans le bas du dos irradiant dans les deux cuisses ainsi que de douleurs dans la région inguinale gauche.

Il suit également une médication contre le cholestérol et un traitement à base de magnésium.

Objectivement, patient faisant un peu plus que son âge, marchant de façon saccadée, avec une boiterie modérée. Sautillement unipodal non réalisé à gauche. Colonne lombaire fortement enraidie, avec contractures musculaires.

Le patient se tient penché en avant.

La rotation interne, en position de flexion, de la hanche gauche est douloureuse, traduisant un début de dégénérescence arthrosique de la coxo-fémorale.

Le genou gauche est chaud, avec épanchement, limitation de mobilité, avec une faible amyotrophie surtout au niveau du mollet.

Du point de vue asséurologique, on peut retenir que l'événement du 10.04.2008 n'a que temporairement déséquilibré un état dégénératif préexistant, d'ailleurs polytopique. Ceci est conforté par le fait que le travail a pu être poursuivi, pratiquement sans problème, pendant 8 mois. Ce n'est que l'apparition d'un kyste de Baker au genou gauche, qui a incité l'assuré à consulter le Dr A. \_\_\_\_\_ puis le Dr E. \_\_\_\_\_.

L'état constaté se serait développé, spontanément, par évolution naturelle des lésions dégénératives.

L'événement d'avril 2008 a certainement cessé de déployer ses effets, depuis déjà plusieurs mois.

Les autres co-morbidités, notamment coxarthrose, canal étroit et pathologie veineuse, sont clairement d'origine médico-dégénérative et comme telles à confier à la caisse-maladie.

Dans ces conditions il apparaît légitime de rétablir un status quo sine, au plus tard, en date d'aujourd'hui.

L'état global constaté à l'examen médical, n'est pas compatible avec la poursuite de la profession d'aide-maçon. Cela a déjà été relevé par le Dr E.\_\_\_\_\_.

La capacité de travail actuelle, dans l'ancienne profession, est nulle, probablement de manière définitive.

Une réorientation professionnelle est souhaitable."

Par décision du 6 octobre 2009, corrigée selon préavis rendu le 23 octobre 2009, la CNA a informé l'assuré qu'au vu de l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient à ce jour n'étaient plus dus à l'accident mais exclusivement de nature malade. En présence d'un statu quo sine considéré comme atteint au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 2009, il était mis fin avec effet au 31 octobre 2009 aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement).

Par communication du 21 janvier 2010, l'OAI a accordé à G.\_\_\_\_\_ une mesure d'orientation professionnelle afin de déterminer ses possibilités de réinsertion. Au terme d'un "Rapport initial et final adulte" du 9 mars 2010, la spécialiste en réadaptation de l'OAI a relevé que l'assuré ne pensait pas être apte à assumer un emploi mais que cependant, des mesures professionnelles étaient envisageables dès lors que l'assuré serait capable d'entrer dans une démarche de réinsertion professionnelle.

Dans le cadre de l'examen de la demande de l'assuré, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise médicale au Prof. S.\_\_\_\_\_ du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV. Dans son rapport d'expertise du 3 février 2010, ce spécialiste a notamment retenu ce qui suit:

"[...]

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail et date de leur apparition.

Gonalgies gauches (début avril 2008), kyste poplité.

Lombo-fessalgies (début dans le courant de l'année 2008). Canal lombaire rétréci en L3-L4 et L4-L5.

## 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Ancienne méniscectomie du genou droit.  
Obésité.

### Appréciation du cas et pronostic

Ce patient d'habitus pychnique souffre avant tout de douleurs lombaires. Ces douleurs semblent présenter un caractère invalidant apparu dans le courant de l'année 2008. Rappelons qu'à cette époque Monsieur G. \_\_\_\_\_ avait poursuivi son travail en dépit d'un accident du genou gauche, lequel avait conduit à des douleurs répétitives de ce genou. Un kyste poplité avait même pu être mis en évidence, kyste poplité qui a persisté jusqu'à ce jour. En fait, les douleurs du genou gauche ne sont plus au premier plan actuellement. Il y a certes persistance d'un kyste poplité. Il est de dimension modeste à l'examen clinique. Il n'a pas entraîné de phénomène de pseudophlébite. Par ailleurs, il n'y a actuellement, sur le plan clinique, pas de signe méniscal et pas d'épanchement articulaire ni de limitation fonctionnelle de l'un ou l'autre genou. On ne met pas en évidence non plus d'élément clinique en faveur d'une coxarthrose, quand bien même il existe sur le plan radiologique une discrète atteinte polaire inférieure des deux côtés.

Les douleurs lombaires semblent bien être en rapport en partie avec un canal lombaire rétréci dans le cadre de modifications dégénératives postérieures sévères et dans le cadre de protrusion discale mis en évidence par l'IRM lombaire d'août 2009. Toutefois, il n'y a pas de déficit neurologique manifeste.

Le pronostic quant à une reprise de travail dans une affection aussi lourde que celle d'ouvrier du bâtiment ou de manœuvre de chantier peut donc être considéré comme très défavorable.

Le pronostic quant à une reprise de travail dans un métier adapté devrait en revanche être bon. Il y aura lieu certainement que ce patient soit investigué plus avant par un bilan de ses possibilités de reprise de travail dans un centre spécialisé (dans le cadre de l'AI par exemple).

### B. Influences sur la capacité de travail

1. Quelles sont objectivement les limitations en relation avec les troubles constatés?

Limitations de la mobilité lombaire pour les inflexions latérales et pour les mouvements antéropostérieurs.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Ces troubles causent des douleurs répétitives de la région lombaire.

2.2 Causent-ils une incapacité de travail de 20 % au moins et si oui, depuis quand?

Oui, depuis novembre 2008.

2.3 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

A mon avis partiellement.

2.4 Si oui, par quelles mesures?

Perte pondérale. Exercices actifs de tonification musculaire. Ceinture élastique lombaire. Prise d'AINS.

2.5 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail au poste actuel?

---

2.6 S'il n'est pas possible d'améliorer la capacité de travail au poste actuel, quel type d'activité s'avère adapté à l'état de santé de la personne?

Un travail en position assise principalement.

Eviter à Monsieur G. \_\_\_\_\_ le port de charges dépassant 15 kg.

Eviter les travaux en position de genuflexion prolongée ou le tronc penché en avant.

3. Est-ce qu'une reprise du travail peut être exigée:

3.1 Dans l'activité habituelle? Si oui, dans quelle mesure (période et taux)?

Non.

3.2 Dans une activité adaptée? Si oui, dans quelles mesures (période et taux)?

Oui. A 100 % avec un rendement diminué de 20 % environ.

C. Influence sur la réadaptation professionnelle

1. Si un changement de profession s'avère nécessaire, quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire?

Un changement de profession paraît s'avérer nécessaire chez ce patient. Le lieu de travail doit être si possible à l'intérieur plutôt qu'à l'extérieur. Monsieur G. \_\_\_\_\_ devrait pouvoir faire des travaux en positions alternativement assise et debout.

2. En référence aux limitations constatées dans la profession actuelle, au vu du cursus professionnel de l'assuré (professions précédentes, formations, etc.) et de ses connaissances particulières (informatique, permis de conduire, langue, etc.), un tel changement est-il possible sans l'aide de l'AI?

Non.

3. Dans quelle mesure l'activité adaptée peut-elle être exercée (par ex. taux d'activité, heures par jour)?

Une activité adaptée pourrait être exercée comme indiqué sous 3.2 actuellement à 100 % mais avec un rendement réduit (entre 20 et 30 % environ).

4. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Une activité est possible."

Dans un certificat médical du 9 avril 2010, le Dr E. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 100 % de l'assuré jusqu'à son prochain contrôle prévu le 14 mai 2010.

A teneur d'un avis médical du Service Médical Régional (SMR) de l'AI du 2 septembre 2010, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, a retenu que le Prof. S. \_\_\_\_\_ posait des diagnostics identiques à ceux retenus par le SMR et qu'il établissait les mêmes limitations fonctionnelles, de telle sorte que la diminution de rendement de 20 % de la capacité de travail dans une activité adaptée était justifiée. Concernant le certificat médical du 9 avril 2010 établi par le Dr E. \_\_\_\_\_, le médecin du SMR disait ne pas comprendre si le médecin prénommé se référait à la capacité de travail de l'assuré dans son métier habituel ou s'il s'agissait d'indications en lien avec sa capacité résiduelle dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles.

Il ressort d'un procès-verbal d'opération du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, qu'en date du 27 mai 2011, l'assuré avait subi une PTH (Prothèse Totale de la Hanche) gauche (arthroplastie totale de la hanche gauche par cupule RM 52/36, tige courte latérale no 5, tête Ceramys 36, col L.) en raison d'un diagnostic de coxarthrose gauche invalidante.

A teneur d'un avis médical SMR du 7 novembre 2011, le Dr W. \_\_\_\_\_ observait qu'à la suite de la pose d'une prothèse totale de hanche à gauche, l'assuré restait dans l'attente d'une intervention pour le traitement de son canal lombaire étroit, de sorte que la situation n'était alors pas stabilisée.

Selon un rapport d'IRM lombaire du 16 novembre 2011 établi par le Dr C.\_\_\_\_\_, des discopathies étagées sur toute la colonne lombaire associant une arthrose apophysaire postérieure sévère en L4-L5, seulement à droite en L5-S1 ainsi qu'une sténose canalaire mixte sévère en L3-L4 et L4-L5 étaient objectivées chez l'assuré.

Le 12 décembre 2011, le Dr E.\_\_\_\_\_ s'est adressé en ces termes à l'OAI s'agissant de l'état de santé de G.\_\_\_\_\_:

"Le patient susnommé présente une coxarthrose bilatérale et une gonarthrose bilatérale.

Il a déjà subi une opération de remplacement prothétique de la hanche gauche qui a relativement amélioré une situation de douleurs de cette hanche, sans pour autant améliorer l'avenir professionnel ou fonctionnel d'aucune de ses articulations.

Je l'ai adressé au CHUV, dans le service spécialisé du dos, et cela avant qu'il subisse une opération de prothèse du genou gauche. Je l'ai envoyé sur la base d'une accentuation des signes de canal lombaire étroit, connu d'après les anciens examens, avec claudications neurogènes, fréquentes, constipations et incontinence urinaire.

Si l'on revient aux diagnostics multiples de Monsieur G.\_\_\_\_\_, on peut citer: arthrose hanche droite et hanche gauche avec status après PTH gauche, arthrose genou gauche et genou droit, discarthrose et spondylarthrose avec canal lombaire étroit sévère.

J'aimerais attirer votre attention sur un point important. Ce canal lombaire étroit, non opéré, constitue déjà un empêchement majeur à une reprise de travail dans la maçonnerie.

Bien opéré avec greffe, spondylodèse et laminectomie combinée, ce canal lombaire étroit pourrait cesser de provoquer les claudications neurogènes, l'incontinence urinaire et la constipation mais, la réussite de son opération ne constitue, en aucun cas, un facteur favorisant une reprise de travail dans la maçonnerie à plus de 0%. Pour cela, je serais étonné que vous attendiez l'issue de sa consultation au CHUV pour décider de sa capacité de travail ou l'intervention de l'assurance-invalidité."

A teneur d'un rapport médical du 12 janvier 2012 établi à la suite d'une consultation du 21 décembre 2011, les Drs Z.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ du service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, ont posé le

diagnostic de canal lombaire étroit L3-L4 et L4-L5 de type C et canal lombaire étroit L2-L3 de type B. Ils ont en outre indiqué ce qui suit:

"Appréciation du cas:

Nous avons parlé à Monsieur G.\_\_\_\_\_ d'une éventuelle intervention possible et des risques que cette dernière comporte en lui expliquant clairement que les douleurs lombaires basses n'allaient jamais disparaître complètement, voir rester pareilles. La seule amélioration à espérer est une diminution, voir une disparition des douleurs du membre inférieur droit. Vu que le patient n'a jamais bénéficié d'infiltration radiculaire et facettaire, nous lui proposons ce traitement en premier lieu et nous l'adressons au Centre de la douleur de [...].

Le patient est au courant de ce geste chirurgical dont il pourrait bénéficier et nous recontactera s'il n'y avait aucun bénéfice après infiltration, voire aggravation des symptômes dans les années à suivre."

Dans un courrier du 23 décembre 2011 à l'OAI, CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, représentant de l'assuré, a indiqué que l'opération envisagée n'aurait finalement pas lieu en raison de ses risques.

Le 19 janvier 2012, le Dr K.\_\_\_\_\_ du SMR, était d'avis qu'au vu des circonstances, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle mais qu'il existait une exigibilité de 100 %, avec diminution de rendement de 20 % depuis novembre 2008, de la part de l'assuré dans une activité adaptée. Ce médecin observait par ailleurs que la prothèse de hanche gauche justifiait néanmoins une incapacité de travail totale dès le 27 mai 2011 et que trois mois après l'intervention en question, laquelle avait certes amélioré les douleurs mais pas la capacité de travail, les évaluations médicales qui prévalaient auparavant, étaient à nouveau applicables.

Le 3 février 2012, en réponse à l'OAI, le Dr E.\_\_\_\_\_ a mentionné une aggravation de l'état de santé de l'assuré en précisant que l'opération pratiquée le 27 mai 2011 n'avait rien changé. Sur demande de renseignements complémentaires de l'OAI, le 29 février 2012, ce spécialiste lui a communiqué ceci:

"[• Dans votre courrier du 12 décembre 2011, vous mentionniez que l'opération de remplacement de la prothèse de hanche gauche avait relativement amélioré les douleurs mais pas la capacité de travail.

• Merci de nous indiquer, **en ce qui concerne uniquement la hanche gauche**, en quoi la situation s'est **objectivement** empirée depuis l'opération de mai 2011?]

1. Flexion 70°

2. Rotation int. 10° Non fonctionnelle.

3. Rotation ext. 20°

4. Abduction 20°"

A la suite d'un examen clinique de l'assuré en date du 16 février 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie a retenu les diagnostics de canal lombaire étroit avec symptomatologie à prédominance S1 bilatérale confortée par une absence de réflexe de Hoffmann et des signes de dénervation dans le territoire S1 et d'absence de polyneuropathie. Ce spécialiste écartait nettement une polyneuropathie et indiquait que les symptômes, l'examen clinique et électrophysiologique étaient congruents avec l'existence d'un canal lombaire étroit hautement symptomatique.

Dans un avis médical SMR du 12 mars 2012, le Dr K.\_\_\_\_\_ a notamment observé ce qui suit sur les précisions communiquées par le Dr E.\_\_\_\_\_:

"[...] En réponse à la question posée par la gestionnaire, le Dr E.\_\_\_\_\_ nous indique les mesures de la mobilité de la hanche gauche permettant de constater une limitation en flexion et dans les rotations.

Les données objectives se limitent strictement à ce qui précède.

C'est sur cette base que la juriste demande que le SMR réponde aux questions suivantes:

• Les indications données par le Dr E.\_\_\_\_\_ sont-elles de nature à modifier les LF retenues précédemment? (selon le rapport d'examen SMR du 21.12.2009 → travail sédentaire ou semi-sédentaire en évitant le port de charges supérieur à 10 kg, éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, les courts déplacements à plat sont possibles. Doit éviter de monter ou descendre les escaliers ou les pentes à répétition, doit éviter de marcher en terrain irrégulier). Non. Ces limitations tiennent déjà compte d'une pathologie de la hanche.

• Les indications données par le Dr E.\_\_\_\_\_ dans sa réponse du 29.02.2012 sont-elles de nature à modifier votre avis du

19.01.2012 **en termes de CT exigible** dans une activité adaptée depuis l'opération de pose de prothèse de hanche en mai 2011? Non. Dans la mesure où la prothèse de hanche a diminué les douleurs du membre inférieur gauche, toutes autres choses étant inchangées, il n'y a pas de raison pour que l'exigibilité soit diminuée après l'opération.

- Les éléments fournis sont-ils suffisants pour nous positionner de manière motivée? Oui, je le pense.
- Si oui, pourquoi? (merci de bien motiver la réponse) Les éléments à disposition sont à mon avis suffisants car ils décrivent de façon cohérente l'évolution de l'assuré et les répercussions des atteintes à la santé sur sa capacité de travail.
- Si ce n'est pas le cas, il faudra examiner l'assuré lors d'un examen clinique... Un tel examen n'est à mon avis pas nécessaire.
- A noter que le Dr B. \_\_\_\_\_ également orthopédiste, n'a **pas été clair sur l'exigibilité** dans son rapport du 24.10.2011. A la page 5 de son rapport il «coche» toutes les limitations sans indiquer la CT [capacité de travail] exigible dans une activité adaptée ni de date à partir de laquelle elle serait valable...Faut-il le réinterroger? En ce qui concerne les incapacités de travail, le Dr B. \_\_\_\_\_ nous renvoie explicitement au médecin traitant. Il ne sert donc à rien de l'interroger à ce sujet. Quant au fait qu'il ait coché toutes les limitations fonctionnelles en page 5, cela témoigne manifestement de son désir de ne pas répondre à ces questions. Je vois là plus un geste de mauvaise humeur que le fruit d'une réflexion médicale poussée. Je suis convaincu qu'il est inutile de le solliciter à nouveau.
- N'y a-t-il pas plutôt lieu d'examiner l'assuré par le biais d'un examen clinique? Je crois avoir répondu à cette question plus haut."

Le 14 mai 2012, le Dr E. \_\_\_\_\_ a adressé un courrier à CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, dont il ressort en particulier les remarques et constatations suivantes:

"[...]

Diagnostics: - Gonarthrose bilatérale sévère.  
- Coxarthrose bilatérale sévère avec mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite en 2011.  
- Discopathie étagée et spondylarthrose avec un canal lombaire étroit acquis ainsi qu'hernie discale L4-L5 et L5-S1, parfois conflictuelle.

Par rapport aux examens précédents et à la situation du patient qui précède la mise en place d'une prothèse totale, le seul changement est la diminution de la douleur de la hanche droite. Cependant, Monsieur G. \_\_\_\_\_ reste handicapé de ses deux genoux, au point de consommer quotidiennement des antalgiques et anti-inflammatoires et d'avoir recours à des infiltrations de cortisone tous

les trois ou quatre mois ainsi que de la mésothérapie et un suivi actuel dans un centre de la douleur à [...].

Ce patient a été présenté au service de chirurgie de la colonne vertébrale à L'Hôpital Orthopédique à Lausanne qui trouve que la situation du dos est tellement avancée qu'une opération serait lourde de charge et de conséquence et sans aucune garantie d'amélioration de l'état douloureux.

Monsieur G.\_\_\_\_\_ se trouve dans une situation de périmètre de marche qui ne dépasse pas les 200 m. Il présente un flexum permanent des deux genoux de 5° à droite et de 10° à gauche.

Il souffre de claudications neurogènes des deux jambes, constipation et incontinence urinaire par suite du canal étroit. Il ne peut tolérer de rester assis en consultation plus de cinq minutes.

Par conséquent, lui reconnaître une capacité de travail quelconque est complètement hors du sujet et totalement indécent.

Ce patient présente une incapacité totale d'effectuer un travail quel qu'il soit.

Il s'agit d'une atteinte évolutive vers un pronostic plutôt réservé que favorable."

Dans un avis médical SMR "Audition" du 16 mai 2012, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit:

"Pour rappel, l'expertise du Prof. S.\_\_\_\_\_ du 3.2.2010 concluait à une incapacité de travail totale comme ouvrier du bâtiment, et à une pleine exigibilité dans une activité, avec une baisse de rendement de 20%.

En mai 2011, l'assuré a bénéficié de la mise en place d'une PTH gauche qui a diminué les douleurs « sans améliorer l'avenir professionnel ou fonctionnel d'aucune de ses articulations ».

Ceci revient à dire que l'on se retrouve dans une situation légèrement améliorée par rapport à ce qui prévalait avant l'intervention.

Dans le cadre de l'audition, Me Nicolas George demande la mise en œuvre d'une expertise orthopédique complémentaire indépendante et d'un complément d'expertise rhumatologique du fait de l'appréciation du Dr E.\_\_\_\_\_, telle que consignée dans son rapport du 3.2.2012. Ce dernier document est en fait une note manuscrite au bas d'un courrier de l'AI du 25.1.2012 disant textuellement: « la situation est de pire en pire l'opération n'a rien changé ». Outre le fait que cette phrase est difficilement interprétable, - doit-on comprendre que la situation s'est péjorée, ou qu'elle est restée telle qu'avant l'opération? -, il n'y a ni status clinique, ni description des limitations fonctionnelles, ni estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Plus loin, Me Nicolas George avance une hypothétique atteinte psychologique pour laquelle, sur conseil de son médecin traitant, M. G. \_\_\_\_\_ devrait prochainement consulter un psychiatre.

D'un point de vue somatique, il convient de constater que l'état de santé de l'assuré est actuellement en légère amélioration, et que les limitations fonctionnelles n'ont pas changé.

L'annonce d'une éventuelle atteinte psychique est un élément nouveau dont nous ignorions tout pour l'instant. En l'état du dossier, il paraît raisonnable de solliciter un rapport du psychiatre traitant avant de prendre une décision."

A l'occasion d'un rapport médical du 26 juin 2012, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif (F32.1) depuis environ trois mois en précisant toutefois que cette affection n'était pas déterminante, l'incapacité de travail de l'assuré étant essentiellement d'ordre somatique.

Par décision du 15 novembre 2012, l'OAI a octroyé un quart de rente à l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2009, excepté pour la période du 1<sup>er</sup> août au 30 novembre 2011 pendant laquelle le droit à une rente entière lui a été reconnu. La motivation de cette décision était la suivante:

"Résultat de nos constatations:

Vous exercez l'activité de manœuvre en génie civil.

Pour raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 10 novembre 2008. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20].

A l'échéance du délai en question, soit au 10 novembre 2009, et après consultation des éléments médicaux de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle.

Toutefois, force est de constater que votre capacité de travail est totale, avec diminution de rendement de 25 %, dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (travail sédentaire ou semi-sédentaire en évitant le port de charges supérieures à 10 kgs, éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux. De courts déplacements à plat sont possibles. Eviter de monter ou de descendre les escaliers ou les pentes à répétition. Eviter de marcher en terrain irrégulier), depuis le 10 novembre 2008 déjà.

[...]

Comparaison des revenus:  
sans invalidité CHF 73'816.20  
avec invalidité CHF 43'737.27  
La perte de gain s'élève à CHF 30'078.93 = un degré  
d'invalidité de 40.75%

Suite à l'aggravation de votre état de santé, votre incapacité de travail est totale dès le 27 mai 2011, pour une durée de 3 mois, soit jusqu'au 27 août 2011.

A partir de cette date, la situation est identique à celle antérieure à l'aggravation de l'état de santé. [...]"

**B.** Par acte du 10 décembre 2012, G. \_\_\_\_\_, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. Il a conclu sous suite de dépens, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier de la cause à l'intimé pour complément d'instruction puis nouvelle décision et subsidiairement, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à un rente entière. Il soutient que l'OAI fonde sa décision sur des investigations médicales incomplètes, en violation de l'art. 43 al. 1 LPGA et de la jurisprudence applicable. Il rappelle à cet effet que dans un rapport médical du 14 mai 2012 dûment motivé, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, est d'avis qu'il présente une incapacité de travail totale dans n'importe quel type d'activité professionnelle. Or, l'intimé n'en tient pas compte et refuse également de compléter l'instruction de son dossier par la réalisation d'une expertise orthopédique "neutre". L'OAI se base uniquement sur l'avis - pourtant contradictoire - de son SMR. Le recourant relève en outre que du point de vue médical, son état de santé s'est péjoré depuis l'expertise rhumatologique du Prof. S. \_\_\_\_\_ datant de février 2010, de sorte qu'il conviendrait également de solliciter un complément d'expertise auprès de cet expert du CHUV.

Dans sa réponse du 5 mars 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il rappelle les constatations médicales établies par le Prof. S. \_\_\_\_\_ au terme de son expertise médicale du recourant au 3 février 2010. D'avis que ce rapport satisfait l'ensemble des conditions pour se voir attribuer valeur probante au sens de la jurisprudence, il a joint un nouvel avis médical SMR du 19

février 2013 du Dr K. \_\_\_\_\_ auquel il dit se rallier et dont la teneur est la suivante:

"Le mandat demande que nous prenions connaissance du courrier du Dr E. \_\_\_\_\_ du 14.5.2012 et que nous donnions notre appréciation médicale.

Dans ce rapport relativement bref, le Dr E. \_\_\_\_\_ rappelle les diagnostics déjà connus, à savoir:

- Gonarthrose bilatérale sévère.
- Coxarthrose bilatérale sévère, status après PTH droite en 2011.
- Discopathies étagées et spondylarthrose avec canal lombaire étroit, hernie discale L4-L5 et L5-S1.

Il fait état d'une diminution de la douleur de la hanche droite après la mise en place de la PTH. Il s'agit là d'une réponse heureusement favorable à la chirurgie. Néanmoins, l'assuré continuerait à souffrir de ses genoux malgré la prise quotidienne d'anti-inflammatoires et d'antalgiques. Il aurait recours à des infiltrations tri- ou quadrimestrielles de stéroïdes.

Le Dr E. \_\_\_\_\_ rapporte l'avis des médecins du service de chirurgie du rachis du CHUV, selon lesquels la situation nécessiterait une opération lourde sans garantie de succès.

Le Dr E. \_\_\_\_\_ ajoute que le périmètre de marche de l'assuré est limité à 200m, et qu'il présente un flexum permanent des genoux de 5° à droite et 10° à gauche.

Il y a de plus une claudication neurogène des membres inférieurs, une constipation et une incontinence urinaire neurologique. L'assuré ne tolérerait pas la position assise plus de 5 minutes.

Au vu de ce qui précède, le Dr E. \_\_\_\_\_ conclut à l'incapacité de travail totale dans toute activité.

A titre de rappel, il est utile de répéter que notre position, résumée dans le rapport SMR du 21.12.2009, se fonde sur l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA pour ce qui concerne les lombalgies post-traumatiques. Nos conclusions ont été par la suite confirmées par une expertise rhumatologique du Prof. S. \_\_\_\_\_ (3.2.2010) prenant en compte les gonalgies et les lombo-fessalgies dues au canal lombaire étroit.

Nous avons reconnu une incapacité de travail totale en raison de la mise en place de la PTH du 27.05.2011 pour une durée de 3 mois.

Objectivement, le Dr E. \_\_\_\_\_ reconnaît que la situation s'est améliorée après cette intervention. Dès lors, il n'y a pas de raison que la capacité de travail précédemment reconnue diminue.

Ni la limitation du périmètre de marche, ni la claudication neurogène, ni l'incontinence urinaire ne devraient constituer des obstacles à la reprise d'une activité sédentaire légère permettant l'alternance des positions.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de modifier notre position."

Par réplique du 20 mars 2013, le recourant a maintenu l'intégralité de ses conclusions. Il observe en premier lieu que l'avis médical SMR du 19 février 2013 se fonde sur des données médicales obsolètes ne tenant nullement compte de son état de santé actuel. Il rappelle par ailleurs que ses différentes atteintes à la santé l'entravent dans l'exercice de n'importe quelle activité et que cette appréciation vaut d'autant que ces atteintes sont pour partie de caractère évolutif. Il réitère sa demande de mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale et a produit un rapport médical daté du 18 mars 2013 du Dr E. \_\_\_\_\_ adressé à son conseil, dont il ressort ceci:

"Je ne reviendrai pas sur les diagnostics que j'ai mentionnés à plusieurs reprises concernant le patient susnommé mais je souhaiterais apporter quelques précisions sur l'étude du dossier faite le 19 février 2013 par le Dr K. \_\_\_\_\_, chirurgien généraliste. Au vu de ce rapport, j'aurais deux points à éclaircir:

- Le résumé du rapport SMR du 21 décembre 2009 et les conclusions du Professeur S. \_\_\_\_\_ du 03 février 2010 sont de vieilles données par rapport à l'état actuel en 2013. Une nouvelle expertise serait, à mon avis, nécessaire.

- Deuxièmement, il est totalement faux de dire qu'«une claudication neurogène» est un signe ne donnant pas une incapacité de travail. C'est un signe qui ne permet surtout en aucun cas, de moduler la capacité de travail (en activité adaptée) car, la douleur ne dépend pas des mouvements ou de la position. Encore, le canal lombaire étroit est une maladie évolutive dont les signes subjectifs sont aussi évolutifs et augmentent en intensité et finissent par provoquer une incontinence urinaire et une constipation opiniâtre en plus des douleurs des membres inférieurs, de la dyesthésie, des crampes et de sensations d'impatience.

Pour cela, une demande de rente complète et un arrêt de travail à 100% sont tout à fait légitimes; de même qu'une nouvelle expertise serait souhaitable."

En annexe à sa duplique du 16 avril 2013, l'OAI a produit un avis médical SMR du 28 mars 2013 établi par le Dr K. \_\_\_\_\_ auquel il se rallie et dont les constatations sont les suivantes:

"Le courrier du Dr E. \_\_\_\_\_ à CAP Protection juridique du 18.3.2013 expose que l'expertise du Prof. S. \_\_\_\_\_ serait obsolète.

A cet égard, nous pouvons répondre que nous disposons de rapports médicaux plus récents (Dr Z.\_\_\_\_\_, Dr T.\_\_\_\_\_) ne montrant pas de changement significatif par rapport à 2008. Dans ces conditions, nous pensons pouvoir dire que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas significativement modifié depuis l'expertise de 2010 (en dehors bien sûr de l'arthroplastie de hanche).

Notre Confrère poursuit en affirmant que la claudication neurogène est toujours incapacitante, du fait qu'elle se manifeste indépendamment des mouvements et de la position. Cette affirmation est manifestement erronée.

*« Claudication n.f. Litt. Action de boiter. <>Spécialt. Altération pathologique de la marche » (Le Petit Larousse Grand Format, 1996).*

Par définition, la claudication neurogène ne peut pas se manifester au repos.

Le Dr E.\_\_\_\_\_ expose aussi que le canal lombaire étroit serait responsable d'une constipation chronique et d'incontinence urinaire. Nous ne nous attarderons pas sur la constipation qui ne saurait constituer un obstacle à la reprise du travail. En ce qui concerne l'incontinence urinaire, je relève que le Dr T.\_\_\_\_\_, neurologue est plus nuancé lorsqu'il écrit en février 2012 qu'il n'y a pas d'atteinte nette sphinctérienne, « en dehors d'occasionnelles urgences mictionnelles ». Urgence n'est pas incontinence...Au surplus, l'examen électro-neuro-myographique «écarte nettement une polyneuropathie». La seule anomalie concerne la portion proximale de S1.

Le 12.1.2012, le Dr Z.\_\_\_\_\_ confirme que l'assuré «ne présente pas de trouble sphinctérien anamnestique». Il ne constate pas d'hypoesthésie ni d'atteinte motrice des MI.

Au vu de ce qui précède, nous pensons pouvoir maintenir notre position. Nous ajoutons une limitation fonctionnelle: l'activité exercée devrait être à proximité de toilettes, ou en tous cas permettre à l'assuré de soulager rapidement une éventuelle et occasionnelle miction impérieuse."

L'OAI a ainsi confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

Dans leurs déterminations ultérieures, les parties ont maintenu leurs positions respectives.

**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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il 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, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte en l'espèce, sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle.

**3. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demie rente, un taux de 60 % au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**b)** L'art. 8 LPGGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 (art. 7 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). Ces dispositions reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003. Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même (cf. ATF 130 V 343 et 393). Cette définition implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient réaliser en exerçant une activité

raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire dite «de comparaison des revenus» (cf. art. 16 LPG; ATF 130 V 347 consid. 3.3 ss.).

**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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1, 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2).

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 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. 2c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C\_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de

porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

**4.** En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 3 février 2010, le Prof. S.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, de gonalgies gauches, kyste poplité, lombofessalgies et canal lombaire rétréci en L3-L4 et L4-L5. Il a estimé que dans son activité professionnelle habituelle d'ouvrier du bâtiment, le recourant ne bénéficiait plus d'une capacité de travail mais que dans l'exercice d'une activité si possible en intérieur et légère (en position assise principalement, sans port de charges dépassant 15 kg et évitant les travaux en position de genuflexion prolongée ou avec le tronc penché en avant), la capacité de travail était de 100 % avec un rendement réduit entre 20 et 30 % environ. Il a notamment mentionné qu'il n'y avait pas d'éléments cliniques en faveur d'une coxarthrose quand bien même il existait sur le plan radiologique une discrète atteinte polaire inférieure des deux côtés.

Après que le Dr B.\_\_\_\_\_ ait pratiqué une PTH (prothèse totale de la hanche) gauche le 27 mai 2011, le Dr W.\_\_\_\_\_ a observé le 7 novembre 2011 que le recourant était en attente d'une intervention au CHUV pour traiter son canal lombaire étroit, son état de santé n'étant ainsi pas stabilisé. Une IRM lombaire pratiquée le 16 novembre 2011 a objectivé des discopathies étagées tout le long de la colonne lombaire associant une arthrose apophysaire postérieure sévère bilatérale ainsi qu'une sténose

canalaire mixte sévère en L3-L4 et L4-L5. Les chirurgiens du rachis du CHUV ont posé, le 12 janvier 2012, le diagnostic de canal lombaire étroit L3-L4 et L4-L5 de type C et canal lombaire étroit L2-L3 de type B et proposé une intervention chirurgicale finalement refusée par le recourant au vu des risques encourus. Dans ce contexte, le 3 février 2012, le Dr E. \_\_\_\_\_, a fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant en précisant que l'opération subie le 27 mai 2011 n'avait rien changé. Il avait d'ailleurs indiqué, le 12 décembre 2011, que le recourant souffrait d'arthrose à ses deux hanches et aux genoux, de discarthrose et spondylarthrose avec canal lombaire étroit sévère. Le 14 mai 2012, s'il a indiqué que, par rapport aux examens précédents et à la situation du patient antérieure à la mise en place d'une prothèse totale, il y avait une diminution de la douleur de la hanche droite, il a ajouté que le recourant restait handicapé de ses deux genoux, au point de consommer quotidiennement des antalgiques et anti-inflammatoires et d'avoir recours à des infiltrations de cortisone tous les trois ou quatre mois ainsi que de la mésothérapie et un suivi actuel dans un centre de la douleur à [...] et en outre qu'il se trouvait dans une situation de périmètre de marche, ne dépassant pas les 200 mètres, qu'il présentait un flexum permanent des deux genoux de 5° à droite et de 10° à gauche, souffrait de claudications neurogènes des deux jambes, constipation et incontinence urinaire par suite du canal lombaire étroit et qu'il ne pouvait tolérer de rester assis en consultation plus de cinq minutes. Il a estimé l'incapacité de travail totale dans toute activité et qu'une expertise était souhaitable.

Quant au Dr K. \_\_\_\_\_, il a estimé notamment dans ses avis médicaux des 12 mars et 16 mai 2012, confirmés par son avis du 28 mars 2013, que son appréciation précédente du 19 janvier 2012 était maintenue dès lors que la prothèse de la hanche en mai 2011 avait diminué les douleurs du membre inférieur gauche, qu'il n'y avait pas d'autres modifications de l'état de santé du recourant et donc pas de raison pour que l'exigibilité soit modifiée à la suite de l'opération. Il a relevé que l'état de santé du recourant sur le plan somatique était en légère amélioration et que les limitations fonctionnelles n'avaient pas changé, ni la limitation du périmètre de marche, ni la claudication

neurogène, ni l'incontinence urinaire ne devant constituer des obstacles à la reprise d'une activité sédentaire légère permettant l'alternance des positions.

Les conclusions des Drs K.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, sont ainsi en totale contradiction. Dès lors que l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ date de deux ans avant la décision attaquée, et que, malgré les plaintes de l'assuré, l'expert avait retenu qu'il n'y avait pas d'élément clinique en faveur d'une coxarthrose, mais qu'à peine une année et demi plus tard l'assuré avait subi une PTH, cette expertise ne permet pas de lever cette contradiction, ni aucun autre rapport médical d'ailleurs.

**5. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction au plan médical, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé du recourant, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établis. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI — auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA —, cette solution apparaissant comme la plus opportune. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier notamment par la mise en oeuvre d'une expertise (cf. art. 44 LPGA).

**6.** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

**a)** 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'assurance- invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

**b)** Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, a droit à des dépens qui s'élèvent à 2'500 fr. à la charge de l'OAI qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 15 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G.\_\_\_\_\_, la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**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 G. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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).

Le greffier :