

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 décembre 2018

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffier : M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à **W.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Valentine Truan,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

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

**A. a)** Le 3 février 2009, Q. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1956, 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). D'un rapport d'entretien du 20 janvier 2009 avec un inspecteur de la CNA, il ressortait en particulier ce qui suit :

Le 10.04.2008, je me trouvais encore autour des locaux Z. \_\_\_\_\_ à R. \_\_\_\_\_. 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 D. \_\_\_\_\_ 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 O. \_\_\_\_\_.

Ce praticien m'a vu au tout début novembre 08 et m'a fait passer des radiographies au centre d'imagerie à S. \_\_\_\_\_ 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 Clinique B. \_\_\_\_\_ 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. [...]

Le dossier de l'assureur-accidents contenait également un rapport IRM du genou gauche du 3 novembre 2008 du Dr J. \_\_\_\_\_, radiologue au Centre Imagerie de S. \_\_\_\_\_. Ce rapport avait la teneur suivante:

Indication

Kyste de Baker.

Suspicion de lésion du ménisque interne.

Gonarthrose.

**b)** Invité par l'OAI à lui fournir des renseignements médicaux, le Dr A. \_\_\_\_\_, médecin traitant, lui a notamment transmis le rapport de la Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, daté du 9 avril 2009. Selon ce médecin, l'assuré présentait des lombosciatalgies récidivantes sur modifications dégénératives étagées (canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5 avec claudication neurogène), un status après méniscectomie partielle interne du genou droit, une coxarthrose débutante bilatérale, de l'hypertension artérielle, une obésité, un tabagisme et une hyperlipidémie. Cette 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 F. \_\_\_\_\_ proposait alors diverses mesures médicales destinées à améliorer les douleurs.

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

Dans le cadre de l'examen de la demande de l'assuré, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise médicale au Prof. K. \_\_\_\_\_ du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital V. \_\_\_\_\_. 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 Q. \_\_\_\_\_ 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 Q. \_\_\_\_\_ 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 Q.\_\_\_\_\_ 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.

Il ressort d'un procès-verbal d'opération du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, qu'en date du 27 mai 2011, l'assuré avait subi une prothèse totale de la hanche gauche en raison d'un diagnostic de coxarthrose gauche invalidante.

Dans un rapport du 14 mai 2012, le Dr O.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

[...]

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 Q. \_\_\_\_\_ 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 X. \_\_\_\_\_.

Ce patient a été présenté au service de chirurgie de la colonne vertébrale à l'Hôpital E. \_\_\_\_\_ à Y. \_\_\_\_\_ 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 Q. \_\_\_\_\_ 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 du 16 mai 2012, le Dr L. \_\_\_\_\_ a retenu les éléments suivants:

Pour rappel, l'expertise du Prof. K. \_\_\_\_\_ 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 O. \_\_\_\_\_, 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.

**c)** Par décision du 15 novembre 2012, l'OAI a octroyé un quart de rente d'invalidité 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.

**B.** Statuant par arrêt du 20 décembre 2013 (cause n° AI 292/12 – 315/2013), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours formé par Q.\_\_\_\_\_ contre cette décision. Après avoir analysé les pièces médicales au dossier, elle a retenu que les conclusions des Drs L.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ apparaissaient contradictoires et qu'aucun rapport médical ne permettait de trancher entre les points de vue exprimés. Tel était notamment le cas du rapport d'expertise du Prof. K.\_\_\_\_\_, au demeurant antérieur de deux ans à la décision attaquée. En effet, malgré les plaintes de l'assuré, l'expert avait estimé qu'il n'y avait pas d'élément clinique en faveur d'une coxarthrose alors qu'une année et demi plus tard, l'intéressé avait subi une prothèse totale de la hanche. Au vu des contradictions mises en évidence et des lacunes d'instruction au plan médical, la Cour de céans a renvoyé le dossier à l'OAI afin qu'il complète l'instruction puis rende une nouvelle décision.

**C.** Reprenant l'instruction, l'OAI a mandaté le Dr A.A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, aux fins de procéder à l'expertise médicale de l'assuré. Dans son rapport du 11 mars 2014, il a posé les diagnostics – avec répercussion sur la capacité de travail – de canal lombaire étroit symptomatique, de prothèse totale de hanche gauche le 27 mai 2011 et de gonalgies bilatérales. Il n'a retenu aucun diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Sous l'intitulé « Appréciation du cas et pronostic », le Dr A.A.\_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes :

Monsieur Q.\_\_\_\_\_ est un assuré âgé de 58 ans ayant travaillé comme manœuvre dans la construction, en arrêt de travail de 100% dès le 10 novembre 2008 en regard de lombalgies, de douleurs des hanches et de gonalgies prédominant du côté gauche dans le cadre d'un accident dont il a été victime au mois d'avril de la même année.

A préciser qu'il a été examiné le 18 janvier 2008 par la Dresse F.\_\_\_\_\_, rhumatologue retenant pour diagnostics ostéo-articulaires des lombosciatalgies récidivantes sur modifications dégénératives étagées et suspicion de canal lombaire secondairement rétréci avec claudication neurogène et une probable coxarthrose gauche. Les radiographies ont écarté une atteinte dégénérative manifeste des genoux, IRM lombaire réalisée le 13 février 2008 mettant en lumière un canal lombaire étroit sévère prédominant en L3-L4 et L4-L5.

L'IRM du genou gauche du 3 novembre 2008 a permis de vérifier la présence d'une déchirure méniscale interne, IRM lombaire vérifiant la présence d'un canal lombaire étroit pluri étagé.

Alors que l'assurance accidents a interrompu ses prestations financières au 1<sup>er</sup> septembre 2009, l'évènement du 10 avril 2008 n'ayant que temporairement déséquilibré un état dégénératif préexistant, l'assuré a été expertisé le 18 janvier 2010 par le Professeur K.\_\_\_\_\_, rhumatologue, retenant pour diagnostic des gonalgies gauches avec kyste poplité et des lombo-fessalgies sur canal lombaire rétréci L3-L4 et L4-L5.

Après comparaison économique des revenus, l'AI, par son projet du 24 janvier 2011, a retenu un degré d'invalidité de 41% et l'octroi d'un quart de rente effectif dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009.

L'évolution va être marquée par une aggravation des lombalgies compliquées de phénomènes neuroparesthésiques et douloureux des membres inférieurs, des gonalgies et des douleurs de hanche dans le cadre d'une coxarthrose gauche pour laquelle l'assuré a bénéficié de la mise en place d'une prothèse le 27 mai 2011. L'évolution locale de cette hanche est estimée comme favorable tandis que les symptômes lombaires et des membres inférieurs vont s'aggraver au fil des ans dans le cadre d'un canal lombaire étroit sur troubles disco-dégénératifs connu, nouvelle IRM lombaire réalisée le 27 août 2009 puis le 16 novembre 2011 ne retrouvant pas de changement radiologique significatif.

Évalué dans le service d'orthopédie de l'Hôpital V.\_\_\_\_\_, le Docteur H.\_\_\_\_\_ a retenu l'indication à une chirurgie lombaire dans le cadre du canal lombaire étroit symptomatique, intervention qui n'a finalement pas eu lieu en regard d'un assuré peu désireux de cette solution compte tenu des risques liés à cette chirurgie et son pronostic aléatoire.

Des infiltrations rachidiennes antalgiques n'ont pas permis d'améliorer les symptômes de manière significative, ces derniers, bien que fluctuants en fonction des périodes, n'ayant de cesse de s'aggraver jusqu'au jour de l'expertise. Au-delà de lombalgies et ses phénomènes neuroparesthésiques et douloureux intéressant les

membres inférieurs l'assuré mettant en avant des gonalgies bilatérales mécaniques et des douleurs de hanches.

L'examen clinique vérifie un assuré se déplaçant de manière précautionneuse, à petits pas, en salutation et inclinaison rachidienne droite. Il n'y a pas d'altération de la mobilité tronculaire avec une distance doigts-sol de 35 cm, relèvement marqué d'une inversion du rythme lombo-pelvien antalgique, l'assuré devant s'aider des bras en s'appuyant sur les membres inférieurs pour se redresser. Les inclinaisons latérales sont de 15°, l'extension de 10°, algiques lombaires dès l'initiation du geste. La palpation segmentaire vérifie des douleurs médianes paramédianes bilatérales de L4-L5 et de L5-S1, s'accompagnant de zones insertionnelles intéressant les crêtes iliaques et la musculature fessière des deux côtés. Il n'y a pas d'altération de la mobilité des hanches ni des genoux, retrouvant une flexion comme une extension complète, a contrario du flexum permanent de 5° à droite et de 10° à gauche notifié par le Docteur O. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 14 mai 2012. Il n'y a pas de syndrome irritatif des membres inférieurs, la manœuvre de Lasègue est négative alors que le Docteur H. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 12 janvier 2012, faisait état d'un Lasègue positif à 60° de flexion de hanche du côté droit. Les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques au-delà d'un réflexe achilléen absent des deux côtés tel que par ailleurs déjà retrouvé lors de l'examen clinique du Docteur H. \_\_\_\_\_. Il n'y a pas d'altération de la force ni trouble de la sensibilité.

Les examens radiologiques de ce jour retrouvent des troubles disco-dégénératifs pluri étagés du rachis lombaire avec diminution des espaces prédominant en L4-L5 et ostéophytose antérieure, se rajoutant d'un rétrécissement postérieur et arthrose localisée. On retrouve un status après prothèse totale de hanche gauche sans démontage secondaire, et de discrets remaniements dégénératifs de la portion externe du cotyle droit. Les radiographies des genoux vérifient un discret remaniement ostéophyttaire postérieur du pôle supérieur et inférieur de la rotule gauche, un pincement tibiofémoral interne et ostéophytose gauche témoignant d'une gonarthrose débutante.

Il ressort un assuré présente des troubles disco-dégénératifs bien réels du rachis lombaire dans le cadre d'un canal lombaire étroit radiologique comme symptomatique toutefois ne laissant pour stigmate à l'examen clinique qu'une altération douloureuse de la mobilité tronculaire et des difficultés à la marche, en regard d'un examen neurologique sans syndrome irritatif ni trouble neuro-déficitaire manifeste des membres inférieurs, au-delà d'une aréflexie achilléenne. Il n'y a pas d'altération significative de la mobilité des hanches comme des genoux dans le cadre radiologique d'une coxarthrose droite prédominant sur le versant cotyloïdien et une gonarthrose débutante et un status après prothèse totale de hanche gauche, présentation clinique marquée de signes de surcharge fonctionnelle évocateur d'un syndrome douloureux.

Du point de vue rhumatologique, l'expert souscrit à une incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité professionnelle de manœuvre ouvrier dans la construction et ceci de manière définitive dès le 10 novembre 2008.

Il se pose dès lors la question d'une capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert se ralliant aux conclusions du Professeur K.\_\_\_\_\_, amené à expertiser l'assuré le 18 janvier 2010, soit une capacité de travail entière avec un rendement réduit entre 20 et 30% environ. Par la suite, il ne ressort du dossier d'expertise aucune aggravation objective durable de l'état de santé de l'assuré tant par les imageries que par les examens cliniques, considérant par ailleurs un assuré faisant allégation d'une aggravation progressive des symptômes rachidiens et des membres inférieurs jusqu'au jour de l'expertise quand bien même l'examen clinique de ce jour est plutôt rassurant, plutôt amélioré par rapport à l'examen clinique du Dr H.\_\_\_\_\_ tel qu'il ressort de son rapport médical de janvier 2012, ne retrouvant pas non plus sur les radiographies réalisées ce jour la gonarthrose bilatérale sévère mentionnée par le Dr O.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 14 mai 2012 comme la coxarthrose bilatérale sévère par ailleurs en regard d'un examen clinique de ce jour rassurant.

Dans ce cadre, l'expert ne peut que rejoindre l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_ amené à examiner l'assuré en 2010 et reconnaître à l'assuré une capacité de travail entière toutefois avec un rendement diminué de 30% environ dans une activité adaptée légère, excluant les ports de charges au-delà de 5 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout 2x par heures, activité sédentaire, excluant les travaux accroupis ou sur une échelle, la montée et la descente des escaliers de manière répétitive.

Du point de vue thérapeutique, l'expert n'a pas de mesure magistrale à proposer au-delà des médicaments antalgiques à la demande et la poursuite d'une activité physique régulière à même d'éviter les rétractions musculaires et le raidissement articulaire.

Le 25 mars 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ a déclaré ne pas avoir de raison de s'écarter de l'appréciation du Dr A.A.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical du 21 décembre 2015, le Dr O.\_\_\_\_\_ a signalé que l'état de santé de Q.\_\_\_\_\_ s'était dégradé au cours des deux dernières années. Souffrant de coxarthrose droite et de gonarthrose bilatérale ayant nécessité à plusieurs reprises une infiltration, l'assuré s'accommodait d'un état progressivement invalidant de son dos. Il avait présenté plus de cinq épisodes de lombo-sciatalgies aigus durant les années 2014 et 2015 ayant rendu indispensables injections intramusculaires et infiltrations locales sous scanner. Le Dr O.\_\_\_\_\_ estimait que l'état actuel de l'intéressé excluait toute activité physique en position debout et couché en raison d'une rentabilité nulle, compte tenu des douleurs et du déficit moteur. Un arrêt de travail à 100% se justifiait donc

pleinement. Il a joint le rapport de l'IRM lombaire réalisée le 9 décembre 2015, qui concluait au caractère peu adapté d'une infiltration locale en présence d'un canal lombaire étroit sévérissime en L4-L5.

Au vu de ces renseignements, la Dresse B.B.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique auprès du Dr A.A.\_\_\_\_\_ « afin de prendre en compte la nouvelle situation clinique depuis 2014. » (avis médical du 7 mars 2016).

Dans son rapport du 27 avril 2016, le Dr A.A.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de lombosciatalgies sur troubles disco-dégénératifs pluri-étagés et canal lombaire étroit secondaire symptomatique, de prothèse totale de hanche gauche le 27 mai 2011 et de gonalgies bilatérales. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué des douleurs des chevilles et podalgies bilatérales. Dans le cadre de son appréciation du cas, l'expert a notamment exposé ce qui suit :

L'assuré fait allégation d'une aggravation des lombalgies, compliquées de phénomènes douloureux et paresthésiques intéressant les membres inférieurs jusqu'au jour de l'expertise, au-delà de gonalgies, elles aussi en aggravation, justifiant des infiltrations cortisoniques régulières, se rajoutant des douleurs mécaniques des chevilles et des pieds.

L'examen clinique de ce jour vérifie un assuré se déplaçant en boiterie du membre inférieur droit, l'habillage et le déshabillage, de même que les retournements sur la table d'examen, s'effectuant en protection rachidienne, l'assuré évitant tous mouvements inconsidérés du tronc. On retrouve une altération douloureuse de la mobilité tronculaire, avec une flexion antérieure de 20 cm, marquée d'un verrouillage terminé en L4, le Schober lombaire est de 10-13 cm. Les inclinaisons latérales comme l'extension sont restreintes, algiques lombaires en fin de gestes, palpation segmentaire, vérifiant des douleurs médianes paramédianes bilatérales de L4-L5 et de L5-S1 et des zones d'insertionnelles intéressant les crêtes iliaques et la musculature fessière des deux côtés. Il n'y a pas d'altération de la mobilité cervicale ni des grosses comme des petites articulations périphériques. Il n'y a pas d'arthrite ni de synovite. Il n'y a pas de limitation de la mobilité manifeste des hanches, des genoux ni des chevilles, au-delà d'une légère restriction en extension de ces dernières. Le Dr O.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 13 juin 2014, retenait une flexion dorsale de 0° et plantaire de 5° de la cheville gauche comme de la cheville droite, constat clinique largement amélioré ce jour. Il n'y a pas de syndrome irritatif des membres inférieurs avec une manœuvre de Lasègue négative,

retrouvant toutefois une hyporéflexie rotulienne et achilléenne droite, au-delà d'une amyotrophie intéressant la cuisse droite avec un périmètre mesuré à 10 cm du bord supérieur de la rotule de 43 cm à droite pour 45 cm à gauche témoignant d'une souffrance radiculaire de ce côté. Il n'y a pas d'altération de la force ni de la sensibilité.

Les radiographies des chevilles et des pieds réalisées en 2014 vérifient une arthrose tibio-tarsienne et sous astragaliennne mais toutefois dans le cadre d'un retentissement fonctionnel clinique somme toute modeste, atteinte à la santé sans répercussion sur l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

Il ressort par ailleurs d'une IRM lombaire réalisée le 9 décembre 2015 vérifiant des troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire déjà connus, discopathies dégénératives protrusives et phénomène arthrosique engendrant un canal lombaire étroit secondaire modéré en L2-L3, important en L3-L4 et sévère en L4-L5, se rajoutant des rétrécissements étagés des trous de conjugaisons de L2 à S1 et une atrophie partielle de la musculature para-lombaire.

Force est d'admettre une aggravation de l'atteinte à la santé de l'assuré, l'expert retenant sur cette base une majoration de l'incapacité de travail dans une activité adaptée estimée à 50%, activité dont les limitations fonctionnelles restent similaires à celles déjà exprimées durant l'expertise de mars 2014 soit une activité légère, excluant les ports de charge au-delà de 5 kg, excluant les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail autorisant l'alternance de position assise et debout 2x par heure, activité sédentaire, excluant les travaux accroupis ou sur une échelle, la montée ou la descente des escaliers de manière répétitive.

L'expert abonde dans le sens du Docteur O. \_\_\_\_\_ qui préconise dans son rapport médical du 21 décembre 2015 l'interdiction de toute activité de travail physique, expert retenant toutefois une capacité de travail de 50% dans une activité légère adaptée.

A préciser que l'argumentation du Docteur O. \_\_\_\_\_ reste essentiellement liée à l'aggravation de la spondylarthrose et du canal lombaire étroit sur l'IRM, expert rappelant que ce ne sont pas les diagnostics en soi, malgré leur importance et leur nombre qui préjuge de l'atteinte à la santé. La complexité de l'anatomie du rachis et des voies de la douleur est considérable et ceci devrait nous rendre très humble quant à nos possibilités de démontrer l'étiologie exacte des douleurs lombaires chez tout patient lombalgique. S'il est tentant de vouloir démontrer la source de la douleur et pour certains de se convaincre ainsi de sa réalité, l'imagerie médicale sophistiquée ou simple, n'est malheureusement pas suffisante et en mesure d'apporter une telle preuve. Pour décider si un travail peut être exigé d'une personne, l'état de santé médical démontré reste déterminant et à même de satisfaire aux conditions exigées pour accomplir un certain travail, le rôle de l'expert devant se borner à établir des profils de fonction et de capacité. Une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité n'est pas crédible dans le cadre de l'examen clinique réalisé

ce jour, rapport médical du Docteur O. \_\_\_\_\_ du 21 décembre 2015 ne comportant aucun examen clinique.

Du point de vue thérapeutique, l'expert n'a pas de mesure magistrale à proposer, au-delà de la poursuite des médicaments antalgiques à la demande et une activité physique régulière à même d'éviter les rétractions musculaires et le raidissement articulaire.

Le 12 mai 2016, la Dresse B.B. \_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions du Dr A.A. \_\_\_\_\_.

Ensuite d'un projet de décision du 20 décembre 2016 octroyant à l'assuré un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2009 au 31 juillet 2011, une rente entière du 1<sup>er</sup> août au 30 novembre 2011, un quart de rente du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 28 février 2016 et trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2016, Q. \_\_\_\_\_ a présenté des objections en date du 17 janvier 2017. Le 1<sup>er</sup> février 2017, il a transmis à l'OAI les déterminations du Dr O. \_\_\_\_\_, datées du 27 janvier 2017. Selon ce médecin, la capacité de travail était de 30% dans une profession adaptée, à savoir exercée en position assise. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « un périmètre de marche inférieur à 50 mètres, l'extension incomplète des genoux, une claudication neurogène avec crampes et sensations d'impatience, constipation chronique et incontinence urinaire, ainsi que des douleurs lombaires presque permanentes et trochantériennes des deux côtés. » Sur cette base, l'assuré a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2009.

Le 7 septembre 2017, le Dr C.C. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a fait parvenir à l'OAI une copie de son dossier. Parmi les documents transmis figurait le protocole opératoire de l'intervention pratiquée par ses soins le 14 juin 2017 et consistant en une cure de canal lombaire étroit L3-L4 et L4-L5 bilatérale.

Dans un courrier du 27 octobre 2017, l'office AI a écrit ce qui suit à l'assuré :

(...)

Dès lors qu'en mars 2014 - date de la reddition du rapport d'expertise du Dr A.A. \_\_\_\_\_ - l'assuré était tout juste âgé de 58 ans, la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle était encore pleinement exigible.

Suite à l'aggravation survenue postérieurement à l'expertise du 11 mars 2014, une nouvelle expertise rhumatologique a été mandatée par nos soins auprès du Dr A.A. \_\_\_\_\_, au vu de l'écoulement du temps depuis la précédente et de l'aggravation de l'état de santé signalée. Celle-ci a donné lieu au rapport du 27 avril 2016. L'expert admet une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le 9 décembre 2015, date à laquelle un IRM lombaire en témoigne. Depuis lors, la capacité de travail résiduelle n'est plus que de 50% dans une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées.

Il convient toutefois de tenir compte du fait que, en avril 2016, soit au moment où il a été constaté que l'exercice partiel d'une activité lucrative était encore médicalement exigible, l'assuré était âgé de 60 ans et quatre mois, seuil à partir duquel on peut admettre que la question de l'application de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux personnes proches de l'âge de la retraite a lieu de se poser.

En l'occurrence, seule une capacité de travail de 50% peut être mise en valeur depuis le mois de décembre 2015. L'assuré présente de plus des limitations fonctionnelles relativement contraignantes (*pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout 2x/heure, activité sédentaire excluant les travaux accroupis ou sur une échelle, la montée ou la descente des escaliers de manière répétitive*).

Sans formation, il a travaillé comme aide-maçon durant toute sa carrière. Les éléments au dossier ne nous permettent pas d'affirmer qu'il dispose des facultés d'adaptation requises. En conséquence, il faut admettre que l'intéressé n'est plus en mesure de mettre en valeur la capacité de travail médico-théorique qui lui est reconnue sur le marché équilibré du travail à compter de la date de l'aggravation de son état de santé. Dès lors, le droit à une rente entière doit lui être reconnu au 1<sup>er</sup> mars 2016, soit trois mois après cette aggravation.

Par projet de décision du 27 octobre 2017, annulant et remplaçant le projet d'acceptation de rente du 20 décembre 2016, l'OAI a reconnu le droit de Q. \_\_\_\_\_ aux prestations suivantes : un quart de rente d'invalidité (taux d'invalidité de 48%) du 1<sup>er</sup> novembre 2009 au 31 juillet 2011, une rente entière (taux d'invalidité de 100%) du 1<sup>er</sup> août au 30 novembre 2011, un quart de rente (taux d'invalidité de 48%) du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 28 février 2016 puis une rente entière (taux d'invalidité de 100%) dès le 1<sup>er</sup> mars 2016.

Le 14 novembre 2017, Q.\_\_\_\_\_ a présenté des objections à l'encontre de ce projet. Il a tout d'abord fait valoir que le projet de décision, qualifié de choquant et arbitraire, se fondait sur des investigations médicales incomplètes dans la mesure où il se basait sur les seules expertises rhumatologiques du Dr A.A.\_\_\_\_\_, alors qu'il avait requis, dès 2012, la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Il a par ailleurs estimé que c'était à tort que l'OAI avait écarté les différents rapports du Dr O.\_\_\_\_\_ - retenant une capacité de travail de 30% depuis le 10 novembre 2008 - au profit de l'appréciation du Dr A.A.\_\_\_\_\_. En conséquence, il a une nouvelle fois demandé le versement d'une rente entière d'invalidité sans interruption depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2009 renouvelant, à titre subsidiaire, sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

Le 15 février 2018, l'OAI a rendu une décision formelle conforme à son projet de décision du 27 octobre 2017.

**D.**           **a)** Par acte du 14 mars 2018, Q.\_\_\_\_\_, représenté par Me Valentine Truan, avocate, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision, concluant sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> novembre 2009 et le 31 juillet 2011 et pour celle courant du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 28 février 2016, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

Invoquant une constatation inexacte et incomplète des faits, Q.\_\_\_\_\_ a reproché à l'office AI d'avoir écarté divers avis médicaux selon lesquels il présentait, même dans une activité adaptée, une incapacité de travail de 70% depuis le 10 novembre 2008 à tout le moins, au profit des seules expertises rhumatologiques du Dr A.A.\_\_\_\_\_. Or, le contenu des expertises des 11 mars 2014 et 27 avril 2016 n'était manifestement pas suffisant pour établir un diagnostic médical étayé. Alors que les Drs F.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ avaient pu l'ausculter à plusieurs

reprises durant les périodes contestées, le Dr A.A.\_\_\_\_\_ ne s'était prononcé que sur la base de la situation physique existant en 2014. Outre que ce médecin s'était fondé sur un dossier médical parfois incomplet, il ne donnait aucune précision quant à l'activité adaptée à laquelle il faisait référence, ce qui ne suffisait pas pour déterminer sa capacité de travail réelle. Au surplus, compte tenu de ses limitations fonctionnelles ainsi que de facteurs personnels (âge, longue période d'inactivité et absence de formation professionnelle), l'assuré doutait qu'un employeur consentît à l'engager. Q.\_\_\_\_\_ a par ailleurs fait grief à l'office AI de n'avoir ordonné qu'une expertise rhumatologique, alors qu'il ressortait de l'arrêt du 20 décembre 2013 qu'il avait sollicité la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Dans la mesure où l'instruction à laquelle avait procédé l'office AI ensuite de l'arrêt cantonal ne correspondait pas à ce qui avait été requis, l'assuré a renouvelé sa requête.

**b)** Dans sa réponse du 24 avril 2018, l'office AI a indiqué qu'il convenait d'accorder pleine valeur probante aux rapports d'expertise du Dr A.A.\_\_\_\_\_, soulignant plus particulièrement qu'il s'était prononcé sur les divergences d'appréciation avec les autres médecins ayant examiné l'assuré, dont les Drs H.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_. Contrairement au point de vue de l'assuré, l'office AI a estimé que la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle était pleinement exigible en mars 2014 - date de l'établissement du rapport d'expertise du Dr A.A.\_\_\_\_\_ - dès lors qu'il était âgé de 58 ans. Il ressortait par ailleurs d'un document du 8 août 2016 émanant d'un spécialiste en réinsertion professionnelle qu'il était en mesure d'exercer une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier dans des activités simples et légères dans le conditionnement. Enfin, se fondant sur une jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle les douleurs de l'appareil locomoteur étaient aussi bien du ressort de la rhumatologie que de l'orthopédie, l'office AI a estimé que la mise en œuvre d'une expertise dans une seule de ces disciplines devait être considérée comme suffisante. Il a en conséquence conclu au rejet du recours.

**c)** S'exprimant une ultime fois par pli du 4 juin 2018, l'assuré a déclaré contester l'intégralité de la réponse de l'office AI, renvoyant pour le surplus au contenu de son mémoire de recours du 14 mars 2018, dont il a confirmé les conclusions.

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

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**c)** Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**4. a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

**b)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des

règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

**5. a)** A la suite de l'accident dont il a été victime le 10 avril 2008, le recourant a présenté une lésion du genou gauche puis, n'ayant pas cessé son activité d'aide-maçon, des douleurs lombaires sont apparues, ce qui a nécessité un arrêt de travail à 100% dès le 10 novembre 2008.

**aa)** Dans son rapport du 3 février 2010, le Prof. K.\_\_\_\_\_ a souligné qu'en dépit d'une atteinte au genou gauche, Q.\_\_\_\_\_ avait poursuivi son travail, ce qui avait conduit à l'apparition de douleurs répétées à ce genou. Etant de plus en plus gêné et ayant constaté une bosse derrière le genou gauche, le recourant a consulté, en septembre 2008, le Dr A.\_\_\_\_\_, médecin traitant, examen ayant mis en évidence l'existence d'un kyste poplité. Même si celui-ci a persisté jusqu'au jour de l'examen par le Prof. K.\_\_\_\_\_, il était de dimension modeste et n'avait pas entraîné de phénomène de pseudophlébite. Quelques années plus tard, le Dr A.A.\_\_\_\_\_ a constaté l'absence de kyste de Baker (rapport du 27 avril 2016, p. 6).

Ayant relevé que les douleurs au genou gauche n'étaient plus au premier plan, le Prof. K. \_\_\_\_\_ n'a pas mis en évidence, dans le cadre de son examen clinique, de signe méniscal, d'épanchement articulaire ni de limitation fonctionnelle à ce genou. Aux membres inférieurs, il n'y avait pas d'amyotrophie ni de déviation de l'axe des genoux. Si le Dr A.A. \_\_\_\_\_ a, de son côté, fait état de douleurs mal systématisées à la palpation de la rotule et des éléments capsulo-ligamentaires s'y rattachant de même qu'en regard de l'interligne interne, il n'y avait toutefois pas de trouble du morphotype, pas d'épanchement et pas de signes méniscaux ni ligamentaires. La flexion-extension était complète avec une distance talon-fesse résiduelle de 4 cm (rapport du 11 mars 2014, p. 7). Lors de son examen du 26 avril 2016, le Dr A.A. \_\_\_\_\_ a encore constaté qu'il n'y avait pas de limitation de la mobilité manifeste des genoux de même que des hanches et des chevilles, au-delà d'une légère restriction en extension de ces dernières.

**bb)** Q. \_\_\_\_\_ s'étant plaint de douleurs constantes dans la région lombaire, une IRM lombaire a été réalisée le 27 août 2009, laquelle a mis en évidence l'existence d'une sténose sévère du canal lombaire en L3-L4 et surtout en L4-L5. Dans son rapport du 11 mars 2014, le Dr A.A. \_\_\_\_\_ a relevé que l'intéressé présentait des troubles disco-dégénératifs bien réels du rachis lombaire dans le cadre d'un canal lombaire étroit radiologique, ne laissant toutefois comme stigmate symptomatique à l'examen clinique qu'une altération douloureuse de la mobilité tronculaire et des difficultés à la marche, en regard d'un examen neurologique sans syndrome irritatif ni trouble neuro-déficitaire manifeste des membres inférieurs au-delà d'une aréflexie achilléenne. Il n'y avait pas d'altération significative de la mobilité des hanches comme des genoux dans le cadre radiologique d'une coxarthrose droite prédominant sur le versant cotyloïdien et une gonarthrose débutante et un status après prothèse totale de hanche gauche, présentation clinique marquée de signes de surcharge fonctionnelle évocateur d'un syndrome douloureux. Par la suite, l'IRM lombaire du 9 décembre 2015 a révélé, outre des troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire déjà connus, des discopathies dégénératives protrusives pluri-étagées prédominant en L3-

L4 et L4-L5 s'ajoutant à une arthrose postérieure engendrant un canal lombaire étroit de nature modérée en L2-L3, importante en L3-L4 et sévère en L4-L5. Des rétrécissements étagés des trous de conjugaison de L2 à S1 ainsi qu'une atrophie partielle de la musculature para-lombaire ont également été mis en évidence. L'ensemble de ces pathologies a conduit le Dr A.A. \_\_\_\_\_ à admettre l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, justifiant une réduction de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

**cc)** S'agissant de la capacité de travail, le Dr A.A. \_\_\_\_\_ a déclaré se rallier à l'appréciation du Prof. K. \_\_\_\_\_ selon lequel il convenait d'admettre une exigibilité de 100% avec une diminution de rendement de 20 à 30%, que le Dr A.A. \_\_\_\_\_ a fixée à 30% afin de tenir compte de la réduction de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis lombaire, la marche et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Ensuite de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche le 27 mai 2011, le Dr A.A. \_\_\_\_\_ a admis une incapacité totale de travail dès cette date, la capacité de travail exigible étant de nouveau de 70% trois mois plus tard. Enfin, si les limitations fonctionnelles retenues à la suite de l'IRM lombaire du 9 décembre 2015 étaient similaires à celles figurant dans le rapport d'expertise du 11 mars 2014, le Dr A.A. \_\_\_\_\_ a toutefois admis une aggravation de l'atteinte à la santé, motivant une réduction de la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée.

**b)** Aucune pièce médicale versée au dossier ne justifie de s'écarter des expertises circonstanciées établies par les Drs K. \_\_\_\_\_ (du 3 février 2010) et A.A. \_\_\_\_\_ (des 11 mars 2014 et 27 avril 2016). Dans son mémoire de recours, Q. \_\_\_\_\_ se prévaut du rapport de la Dresse F. \_\_\_\_\_ du 9 avril 2009, selon laquelle seul l'exercice d'une activité adaptée à 50% serait envisageable. Bref et peu étayé, il ne met en évidence aucun élément concret susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions des experts prénommés. Tel est aussi le cas des rapports des 14 mai 2012 et 21 décembre 2015 du Dr O. \_\_\_\_\_ invoqués par le recourant à l'appui d'une incapacité de travail totale en toute

activité. Le Dr A.A.\_\_\_\_\_ objecte que l'argumentation du Dr O.\_\_\_\_\_ reste essentiellement liée à l'aggravation de la spondylarthrose et du canal lombaire étroit sur l'IRM du 9 décembre 2015 et que ce ne sont pas les diagnostics en soi, malgré leur importance et leur nombre, qui préjugent de l'atteinte à la santé. Il souligne en outre que la complexité de l'anatomie du rachis et des voies de la douleur est considérable et que pour décider si un travail peut être exigé d'une personne lombalgique, l'état de santé médical démontré reste déterminant, le rôle de l'expert devant se borner à établir des profils de fonction et de capacité. Le Dr A.A.\_\_\_\_\_ estime ainsi qu'une incapacité totale de travail dans n'importe quelle activité n'est pas crédible. Au demeurant, le rapport du 21 décembre 2015 ne faisait suite à aucun examen clinique (rapport du 27 avril 2016, p. 9). Cela étant, en réponse aux questions du précédent conseil de l'assuré, le Dr O.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 27 janvier 2017, que les expertises du Dr A.A.\_\_\_\_\_ négligeaient l'action de la spondylarthrose et du canal lombaire étroit sur l'ensemble des fonctions musculo-viscérales, moteurs et sensibles des membres inférieurs. Or, le Dr A.A.\_\_\_\_\_ avait déjà répondu à cette critique dans son rapport du 27 avril 2016. Ainsi, en se limitant à exposer son propre point de vue, le Dr O.\_\_\_\_\_ ne faisait que substituer sa propre appréciation à celle des experts sans expliquer les raisons objectives pour lesquelles il estimait qu'il fallait s'écarter des conclusions prises par ces derniers en cours de procédure.

**c)** Le recourant reproche à l'office AI de n'avoir mis en œuvre qu'une expertise rhumatologique alors qu'il avait réclamé qu'une expertise orthopédique soit diligentée.

**aa)** Il ressort des pièces médicales au dossier que le recourant présente essentiellement des atteintes aux membres inférieurs et au rachis lombaire. En d'autres termes, il s'agit de pathologies affectant l'appareil locomoteur. Or, tant la rhumatologie que l'orthopédie concernent les maladies des os, des articulations, des muscles, des tendons, des ligaments voire des nerfs, soit des principaux constituants de l'appareil locomoteur. La différence principale réside dans le fait que l'orthopédie constitue une spécialité chirurgicale ayant pour objet la

prévention et la correction des affections de l'appareil locomoteur de même que celles touchant les membres inférieurs et supérieurs ainsi que le rachis, alors que la rhumatologie est une spécialité médicale s'intéressant au diagnostic et au traitement des maladies de l'appareil locomoteur sans impliquer nécessairement une intervention chirurgicale.

**bb)** Dans le cas présent, il importe peu que l'expertise ait été réalisée par un médecin spécialiste en rhumatologie plutôt que par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, dès lors que ces spécialités s'intéressent toutes deux au diagnostic et au traitement des maladies de l'appareil locomoteur (cf. TF 9C\_474/2017 du 4 octobre 2017 consid. 4.2 et la référence). De plus, il convient de préciser que l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 20 décembre 2013 ne précisait pas dans quelle spécialité le complément d'instruction devait se dérouler. Par conséquent, il ne se justifie pas de mettre en œuvre une expertise orthopédique, comme le réclame le recourant.

**6.** Le recourant soutient que son âge, ses limitations fonctionnelles et les conditions du marché du travail rendent illusoire l'exercice d'une activité adaptée.

**a)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C\_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG,

lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références). Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au

moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

**b)** En l'espèce, la date déterminante pour examiner si un reclassement professionnel est encore exigible de l'assuré est celle du rapport de l'IRM lombaire du 9 décembre 2015 mettant en évidence une aggravation de l'état de santé du recourant. A cette date, l'intéressé, né le 8 janvier 1956, était âgé de 59 ans et 11 mois, soit un âge où un reclassement professionnel était devenu particulièrement difficile pour lui, et avait travaillé du 14 mars 1989 au 10 novembre 2008 en tant qu'aide-maçon dans la même entreprise, profession désormais contre-indiquée compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Il n'apparaît pas qu'il ait acquis durant sa carrière une quelconque formation professionnelle ou toute autre expérience qu'il aurait pu mettre en valeur. L'exercice d'une nouvelle activité adaptée aux importantes limitations fonctionnelles l'affectant - pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout 2x/heure, activité sédentaire excluant les travaux accroupis ou sur une échelle, la montée ou la descente des escaliers de manière répétitive - impliquerait par conséquent une reconversion professionnelle et présupposerait des facultés d'adaptation probablement insurmontables d'un point de vue subjectif. De plus, les limitations fonctionnelles retenues constituent à l'évidence de sérieux obstacles vis-à-vis d'un employeur potentiel. Dans ces conditions, si la perspective de retrouver un emploi adapté ne peut être totalement exclue, force est de constater qu'elle est purement hypothétique, même sur un marché du travail équilibré.

**c)** A la lumière des circonstances exposées ci-avant, il apparaît que c'est à juste titre que l'office intimé a, malgré l'existence d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, considéré que le recourant n'était plus en mesure, à compter du mois de décembre 2015, de mettre en œuvre cette capacité résiduelle, compte tenu de son âge, des limitations fonctionnelles relativement contraignantes, de son absence de formation et du manque de facultés d'adaptation.

**7. a)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

**b)** En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3).

Dans le cas présent, le salaire de référence pour des hommes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2008, de 4'806 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA 1, niveau de qualification 4). En tenant compte de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2008 (41,6 heures), ce montant doit être porté à 4'998 fr. 24 ( $[4'806 \times 41,6] / 40$ ), correspondant à un salaire annuel de 59'978 fr. 88. Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (2,1%), année d'ouverture du droit à la rente, on obtient un revenu annuel de 61'238 fr. 44. Attendu que l'on peut exiger du recourant qu'il exerce - hors des périodes d'incapacité de travail totale - une activité professionnelle adaptée à 100% avec une diminution de rendement de 30%, le salaire hypothétique annuel s'élève dès lors à 42'866 fr. 91.

Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les

différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

En l'espèce, il ressort de l'expertise du Dr A.A. \_\_\_\_\_ que le recourant ne peut exercer qu'une activité permettant l'alternance des positions assise et debout, excluant tout port de charges supérieures à 5 kg et compatibles avec les mesures classiques d'épargne du rachis. L'état de santé général de l'assuré étant ainsi altéré, il est donc désavantagé sur le marché du travail par rapport à un concurrent sans difficultés physiques. Il convient en outre de tenir compte de l'âge du recourant (60 ans en 2016) de même que de la diminution de rendement due à la lenteur d'exécution et à la nécessité de ménager de fréquentes pauses. Dans ces circonstances, prises en considération dans une approche globale de la situation du recourant, il n'y a pas lieu de retenir un abattement supérieur à 10%. Celui-ci tient compte de manière appropriée des effets que l'âge du recourant, son parcours professionnel ainsi que la nature particulière de ses limitations somatiques peuvent jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Partant, le revenu d'invalidité s'élève à 38'580 fr. 21.

**c)** Quant au revenu sans invalidité – non contesté –, il doit être fixé sur la base des indications fournies par l'employeur en février 2009, soit 73'816 fr. 20 (voir rapport final du 15 novembre 2010).

**d)** Il s'ensuit que la perte de gain s'élève à 35'235 fr. 99, d'où un degré d'invalidité de 48%, ce qui ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI) du 1<sup>er</sup> novembre 2009 au 31 juillet 2011 puis du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 28 février 2016, tel qu'il a été déterminé par l'OAI dans la décision attaquée. Pour le reste, le recourant ne remet pas en question l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août au 30 novembre 2011 puis dès le 1<sup>er</sup> mars 2016.

**8.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**9. 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 4 al. 2 TFJDA [tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). 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 al. 1 LPA-VD).

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que 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 15 février 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de Q.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Valentine Truan, avocate (pour Q. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :