

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juillet 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Métral, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant italien né en 1960, sans formation professionnelle, séjournant en Suisse depuis 1979 et titulaire d'une autorisation d'établissement, travaillait en tant que peintre en bâtiment lorsque, le 28 janvier 1982, il a été victime d'un accident de la circulation occasionnant notamment des fractures au niveau de la hanche, du fémur et de la rotule gauches.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas et alloué, par décision du 14 juin 1985, une rente d'invalidité avec effet au 1^{er} mai 1985 compte tenu d'un degré d'invalidité de 25 %. Par décision ultérieure du 6 août 1998, la CNA a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 33,33 %.

L'intéressé ayant en outre requis des prestations de l'assurance-invalidité le 18 mars 1986, il s'est vu adresser une décision de refus de rente en date du 1^{er} avril 1987.

B. Le 7 octobre 1997, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Par rapport médical du 27 octobre 1997, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant, a exposé que les fractures au niveau de la hanche et du fémur gauches avaient guéri sans séquelles mais que le genou gauche était resté douloureux, avec une évolution caractérisée par une gonarthrose importante. Il a ajouté que, à la suite d'une patellectomie avec ostéotomie de valgisation tibiale réalisée en septembre 1996, la fonction du genou était complète mais avec persistance de douleurs antéro-internes liées à la gonarthrose, justifiant une incapacité de travail de 50 % depuis le 17 février 1997.

D'un rapport d'enquête économique pour les indépendants du 24 avril 1998, il est résulté que l'assuré œuvrait avec son épouse depuis 1987 en tant que fleuriste indépendant - initialement à 75 % puis à mi-

temps. S'il aurait mérité un plein salaire en bonne santé dans cette activité, il n'en percevait toutefois que la moitié, ce qui correspondait à un préjudice de 50 %.

Par décision du 1^{er} septembre 1998, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a reconnu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité avec effet au 1^{er} septembre 1997, compte tenu d'une perte de gain de 50 % telle que mise en évidence par l'enquête économique.

C. Dès le mois d'octobre 2000, l'OAI a engagé une procédure de révision de la rente. Dans le questionnaire rempli à cet effet le 18 octobre 2000, l'assuré a en particulier signalé avoir cessé son activité de fleuriste indépendant le 15 avril 2000.

Par rapport du 27 novembre 2000, le Dr Q. _____ a fait état d'une situation inchangée et préconisé une activité permettant d'alterner les positions assise et debout, étant relevé que le port de charges dépassant 10 à 15 kg ne pourrait pas être toléré à long terme.

Un stage a eu lieu du 12 novembre 2001 au 18 janvier 2002 auprès du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI). Dans ce contexte, la Dre G. _____, médecin-conseil, s'est déterminée dans un rapport du 22 janvier 2002 observant une évolution vers des gonalgies progressives, avec gonarthrose, ainsi que des lombalgies apparues quelques mois auparavant, encore non investiguées. Elle a en outre estimé contre-indiquée toute activité nécessitant le port de charges lourdes, le port répété de charges modérément lourdes, les mouvements répétés de rotation et de flexion antérieure du tronc, les positions statiques prolongées ainsi que la pratique répétée des escaliers et les déplacements répétés et/ou sur de longues distances. La Dre G. _____ a encore signalé des rendements en entreprise de l'ordre de 60 à 70 %.

Par rapport du 13 octobre 2003, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait mention d'une capacité de travail de l'ordre de 50 % dans une activité adaptée, avec alternance des positions assise et debout.

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé le 13 avril 2005 par les Drs K._____, rhumatologue, et J._____, psychiatre, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Dans ce cadre, il est notamment apparu que, depuis 2003, l'assuré travaillait à 50 % pour l'entreprise A._____ SA, où il montait des stands. Dans leur rapport du 18 avril 2005, les Drs K._____ et J._____ ont posé les diagnostics incapacitants de gonarthrose gauche à prédominance fémoro-tibiale interne post-traumatique, avec status après patellectomie, ainsi que de lombalgies communes. Ils ont considéré que l'exigibilité était nulle dans l'activité habituelle mais totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles affectant le genou gauche (possibilité, dans une activité en position assise, d'alterner avec la position debout deux à trois fois par heure, impossibilité d'actionner avec le pied gauche G une pédale ou un autre instrument, et impossibilité d'effectuer des déplacements à pied réguliers et prolongés ou de franchir régulièrement des escaliers, escabeaux échelles ou déclivités) et le rachis lombaire (nécessité de pouvoir alterner la position assise et debout deux à trois fois par heure, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, et pas de port de charges d'un poids excédant 10 kg).

Par décision du 12 janvier 2009, confirmant un projet du 19 octobre 2007, a supprimé la rente d'invalidité à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. L'office a en particulier considéré qu'il y avait lieu de procéder à la reconsidération de la décision du 1^{er} septembre 1998, rendue sans examen d'éventuelles mesures professionnelles alors même qu'une pleine capacité de travail pouvait être exigée dans une activité adaptée dès 1996. Ainsi, sur la base d'une comparaison des revenus avec (58'917 fr. 05) et sans invalidité

(48'578 fr.), l'OAI a arrêté le un taux d'invalidité à 18 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Saisie d'un recours de l'assuré à l'encontre de la décision précitée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt du 2 février 2010 (AI 59/09 - 106/2010).

D. Le 20 septembre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant des problèmes de dos consécutifs à l'accident de voiture de 1981 [recte : 1982]. Dans un écrit du 17 septembre 2015 annexé à sa demande, il a expliqué que son état s'était dégradé, les efforts fournis pour maintenir son activité ayant fini par endommager son dos. A l'appui de sa demande, l'intéressé a produit différents documents médicaux, dont :

- divers rapports d'imagerie par résonance magnétique (IRM) faisant notamment état d'une discopathie dégénérative étagée de l'ensemble de la colonne lombaire (rapport du 8 novembre 2010), respectivement d'une discopathie multi-étagée avec débord discal en association avec une atteinte dégénérative provoquant en L4-L5 un rétrécissement récessal des deux côtés, ainsi qu'un séquestre discal luxé vers le haut à l'étage L3-L4 (rapport du 8 avril 2014) ;

- un compte-rendu établi le 5 mai 2015 par le Dr H._____, médecin-chef au Centre médical de [...], diagnostiquant des lombopygialgies gauches chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs, des dysbalances musculaires de la chaîne antérieure, une dysfonction D12-L1, ainsi qu'un status après fracture du fémur gauche et patellectomie gauche, et concluant à un déconditionnement physique global dans un contexte post-traumatique qui arrivait dans un deuxième temps, avec des facteurs de kinésiophobie sous-jacents.

Aux termes d'un rapport du 9 juin 2016, le Dr X._____, spécialiste en neurochirurgie, a considéré que l'activité professionnelle de l'assuré était difficilement envisageable tant que le problème du genou

gauche ne serait pas réglé. A ce rapport étaient joints divers comptes-rendus parmi lesquels :

- un rapport d'IRM du genou droit du 11 novembre 2015 de la Dre M._____, radiologue, signalant un kyste de Baker sans signe de complication, une chondropathie dégénérative de grade II patellaire externe, focale et fémorale interne, une chondropathie dégénérative de grade III focale fémorale externe adjacente à l'échancrure intercondylienne, ainsi qu'une dégénérescence mucoïde des ménisques interne et externe ;

- un rapport du 10 décembre 2015 du Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant les diagnostics de gonarthrose débutante fémoro-tibiale interne droite et de status post traumatisme grave du membre inférieur gauche avec fracture complexe fémoro-distale, le Dr T._____ estimant en particulier que la situation était difficile et complexe du point de vue du genou gauche et que le patient était dans l'incapacité d'effectuer des travaux nécessitant le port de charges de plus de 10 kg d'une manière régulière et exceptionnellement de 20 kg, la position accroupie, la montée et la descente d'escaliers ou d'échafaudages régulièrement, ainsi que la marche sur des terrains irréguliers - seuls restant à considérer les travaux de type légers en position variable évitant les charges précitées, la capacité de travail étant évaluée à 100 % dans une activité adaptée ;

- un rapport d'examen EOS de la colonne totale établie le 31 mai 2016 par la Dre L._____, radiologue, signalant une discarthrose dorsale basse et lombaire étagée, une arthrose interfacettaire postérieure bilatérale étagée du segment lombaire, une discopathie L5-S1 modérée, une discrète coxarthrose gauche et une gonarthrose bilatérale discrète à droite et sévère à gauche, avec pincement articulaire interne gauche prononcé ;

- un rapport d'IRM lombaire du 31 mai 2016 du Dr F._____, radiologue, concluant à une discopathie lombaire notamment en L3-L4 et

L4-L5 avec surcharge interfaccettaire postérieures à ces deux niveaux, ainsi qu'à l'apparition d'une hernie discale paramédiane droite en L3-L4 exerçant une compression sur l'émergence de la racine L4 à droite.

D'un questionnaire pour l'employeur rempli le 6 juillet 2016 par A. _____ SA, il est ressorti que l'assuré avait été employé depuis le 26 mars 2003 en tant qu'aide magasinier polyvalent sur la base d'un horaire de 29,75 heures hebdomadaires (l'horaire de travail normal dans l'entreprise étant de 42,5 heures par semaine), qu'il avait réalisé un salaire annuel brut de 49'703 fr. depuis le 1^{er} septembre 2012 et qu'il avait été licencié au 30 novembre 2015 pour des raisons économiques. Une période d'incapacité de travail à 100 % était par ailleurs signalée à compter du 24 octobre 2015.

En date du 6 juillet 2016, l'assuré s'est soumis à un examen clinique rhumatologique réalisé par le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, du SMR. Dans son rapport du 26 juillet 2016, ce spécialiste a retenu les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de gonarthrose gauche post-traumatique et après multiples opérations du genou gauche (dont patellectomie et ostéotomie de valgisation tibiale), avec des diagnostics associés sous forme de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L3-L4 droite, de gonarthrose droite avec kyste de Baker, d'arthrose nodulaire modérée des doigts et de coxarthrose gauche débutante. Cela étant, le Dr R. _____ a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de magasinier mais que, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail était de 70 % - une incapacité de travail de 30 % étant corrélativement retenue au vu des limitations fonctionnelles qui se surajoutaient et conduisaient fatalement à une baisse de rendement ; il était du reste souligné que l'assuré présentait une importante gonarthrose gauche et une hernie discale qui rendraient difficile la reprise d'une activité même adaptée à temps complet. Par ailleurs, le Dr R. _____ a estimé que la diminution des capacités fonctionnelles s'expliquait bien par les pathologies somatiques présentées,

eu égard notamment à l'importance de l'atteinte au genou gauche. Il a cependant noté que la tolérance à la position assise avait été bonne durant l'entretien nonobstant les douleurs cotées à 6-7/10 et a relevé des incohérences - à savoir que l'intéressé demeurait à même de passer un peu l'aspirateur, gardait une bonne intégration sociale et pouvait voyager sur de longues distances, s'étant notamment rendu dans les [...] chaque été en voiture en tant que passager. Dans ces conditions, le Dr R. _____ a retenu qu'une incapacité de travail supérieure à 30 % ne se justifiait pas. Il a pour le reste émis les conclusions suivantes :

"Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

MI : pas de gène flexion répétée. Pas de franchissement d'escabeau/échelle. Pas de travail en hauteur. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de position debout ou de marche de plus de 30 minutes.

MS : pas de déploiement de force avec les mains. Pas de travail de précision avec les mains.

Début de l'IT durable

Septembre 1996.

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

Depuis septembre 1996 dans l'activité de peintre en bâtiment.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

L'IT est restée totale dans l'activité de peintre en bâtiment depuis septembre 1996.

Par contre, dans une activité de magasinier, la CT est de 100 % depuis le 13.02.2002.

Par contre, dès la fin décembre 2015, l'IT devient également totale dans l'activité de magasinier, l'assuré devant se faire aider pour porter les lourdes charges par ses collègues et cette activité nécessitant une position statique debout prolongée.

Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, l'IT est de 30 % dès la fin décembre 2015.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la gonarthrose G, les rachialgies et

accessoirement la gonarthrose D, l'arthrose nodulaire modérée des doigts et par la coxarthrose G discrète.

[...]

Pronostic

Le pronostic est cependant mauvais à long terme, parce que les troubles dégénératifs des genoux, du rachis, des mains risquent de s'aggraver.

Par ailleurs, le pronostic après une éventuelle pose de PTG G est tout à fait incertain.

EN CAS D'OCTROI D'UNE RENTE, IL Y A LIEU DE RÉVISER LA SITUATION DANS 2 ANS, VOIRE APRÈS LA PRATIQUE D'UNE ÉVENTUELLE OPÉRATION DU GENOU G.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 % COMME MAGASINIER ET PEINTRE EN BÂTIMEN[T].

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70 % DEPUIS LE : 31.12.2015."

Par avis médical du 5 août 2016, le Dr C._____, du SMR, s'est rallié aux conclusions du Dr R._____.

Entre les mois de janvier 2017 et février 2018, la CNA a communiqué diverses pièces à l'OAI et lui a indiqué, le 26 octobre 2017, que les troubles lombaires (discopathies multi-étagées) et du genou droit (gonarthrose débutante) n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 28 janvier 1982, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'un cas commun aux deux assurances. S'agissant des pièces transmises, il en ressort notamment que le Dr T._____, dans un rapport du 21 octobre 2016, a signalé une dégradation progressive de la situation avec une gonarthrose post-traumatique gauche très avancée, la capacité de travail demeurant limitée au vu des limitations fonctionnelles superposables à celles précédemment décrites ; étaient par ailleurs mentionnées de légères plaintes au niveau du genou droit qui montrait une gonarthrose débutante fémoro-tibiale interne droite avec un kyste de Baker symptomatique. En date du 9 janvier 2017, une prothèse totale du genou gauche a été mise en place. Se prononçant à cet égard dans un rapport du 12 mai 2017, le Dr T._____ a indiqué que le résultat de l'intervention était assez favorable. Dans un rapport du 11 septembre 2017, ce même médecin a fait état d'une évolution lente après la mise en place de la prothèse totale du genou gauche, la situation restant douloureuse avec un

manque de force et de contrôle. L'assuré a ensuite séjourné à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique W._____) du 31 octobre au 22 novembre 2017. Du rapport de synthèse établi le 30 novembre 2017 par les médecins de cet établissement, il est résulté que les plaintes et limitations fonctionnelles - au niveau du genou gauche, du genou droit et du rachis lombaire -s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées mais que des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles, en particulier une kinésiophobie, une catastrophisation, une perception de handicap fonctionnel élevées et une focalisation sur la douleur. Les médecins estimaient ainsi que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (positions contraignantes pour les genoux, marche prolongée, port de charges lourdes), le pronostic de réinsertion était favorable, celle-ci pouvant néanmoins être ralentie par les facteurs non médicaux et d'employabilité. Le 17 janvier 2018, le Dr T._____ a fait état d'une évolution stagnante avec une intensification des douleurs également en regard de la face interne du genou droit. Enfin, à l'issue d'un examen final réalisé le 14 février 2018, le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA, a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux restrictions (marches prolongées, marche en terrains irréguliers, montée ou descente répétée d'échelles ou d'escaliers, travaux en position accroupie ou à genoux, port de charges de plus de 10 kg). Sur cette base, la CNA a maintenu le droit à la rente d'invalidité de l'assuré (décision du 2 mai 2018).

Par rapport du 27 mars 2018, le Dr T._____ a signalé que le genou droit, qui avait compensé les faiblesses du genou gauche depuis plusieurs années, était en train de décompenser de plus en plus. Il a ajouté qu'au niveau des genoux, notamment le gauche, l'assuré était incapable de travailler sur des escaliers, des échafaudages, des terrains irréguliers, sur les genoux, en position accroupie ou en portant des charges de plus de 10 kg. L'assuré rencontrait également des limitations au niveau du dos, ne pouvant pas effectuer de travaux avec des mouvements rotatoires du dos, porter des charges de plus de 10 kg ou rester en position assise de manière continue. Le Dr T._____ a ainsi

estimé qu'au vu des douleurs, seule persistait une capacité résiduelle de 50 à 70 % dans des travaux en position variée, sans port de charges de plus de 10 kg, avec des distances de marche sur un terrain plat et limitées à quelques centaines de mètres.

Par avis médical SMR du 15 avril 2018 faisant référence aux appréciations émises par les Drs R._____ et I._____, le Dr C._____ a retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment, respectivement de 100 % dès le 13 février 2002 puis de 0 % dès le 31 décembre 2015 dans l'activité de magasinier. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 70 % depuis le 31 décembre 2015, de 0 % du 9 janvier au 31 décembre 2017 et enfin de 100 % à compter du 1^{er} janvier 2018.

Aux termes d'un rapport du 8 mai 2018, le Dr T._____ a indiqué que l'évolution était inchangée au niveau de genou gauche, que les plaintes étaient d'intensité variable s'agissant du genou droit et que les douleurs lombaires chroniques persistaient dans le cadre de la discopathie multi-étagée. Concernant plus spécifiquement le genou droit, il a précisé que le traitement conservateur instauré allait être poursuivi et qu'un traitement local pourrait être réévalué, sous forme d'infiltration intra-articulaire. Enfin, le Dr T._____ a considéré que les restrictions à l'exercice d'une activité demeuraient inchangées.

Par avis médical SMR du 18 juin 2018, le Dr C._____ a maintenu son appréciation relative à l'exigibilité.

En date du 27 juin 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité du 1^{er} février au 30 avril 2017, puis d'une rente entière du 1^{er} mai 2017 au 31 mars 2018. Dans sa motivation, l'office a considéré que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale au terme du délai de carence d'une année, soit le 31 décembre 2016. En revanche, l'office a estimé qu'une capacité de travail de 70 % était raisonnablement exigible dans une activité adaptée et que, sur la base d'une comparaison des revenus

sans (69'652 fr.) et avec invalidité (44'565 fr. 69) en 2016, il en résultait un degré d'invalidité de 36,02 % ne donnant pas droit à la rente. Observant par ailleurs que l'incapacité de travail avait été totale du 9 janvier au 31 décembre 2017 en raison d'une aggravation de l'état de santé, l'OAI a pris en considération un degré d'invalidité de 36 % durant les 343 jours précédant l'aggravation et un degré d'invalidité de 100 % durant 23 jours à compter du 9 janvier 2017, aboutissant à un degré d'invalidité moyen de 40 % atteint le 1^{er} février 2017 et justifiant l'ouverture du droit à un quart de rente d'invalidité dès cette date puis du droit à une rente entière d'invalidité trois mois plus tard, à compter du 1^{er} mai 2017. L'office a en outre retenu que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2018 et qu'après comparaison des revenus sans (70'630 fr.) et avec invalidité (61'161 fr. 82) en 2018, le degré d'invalidité atteignait 13,41 %. Ce taux étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, la prestation devait donc être supprimée trois mois plus tard, dès après le 31 mars 2018.

Procédant sous la plume de son conseil dans le délai prolongé par l'OAI, l'assuré s'est déterminé le 3 septembre 2018 sur le projet susdit. Il a pour l'essentiel relevé que la position de l'office faisait fi de l'appréciation émise par le Dr R._____, concluant à une capacité de travail de 70 % au maximum, et était calquée sur l'évaluation de l'assurance-accidents nonobstant l'existence d'atteintes invalidantes sans origine traumatique.

Par avis SMR du 29 septembre 2018, le Dr C._____ a considéré que l'atteinte essentielle était conditionnée par la gonarthrose gauche, selon le Dr R._____, et que l'examen final réalisé à la CNA - ayant valeur d'expertise - signalait une amélioration par rapport à la situation analysée par le Dr R._____, justifiant ainsi une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Par correspondance du 4 octobre 2018, l'OAI a réfuté les objections de l'assuré, reprenant la teneur de l'avis SMR susdit.

Par décision du 6 novembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 27 juin précédent, dont il a repris la motivation.

E. Agissant par l'entremise de son conseil, V. _____ a recouru le 6 décembre 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Il reprend en substance l'argumentation développée au stade de l'opposition et souligne que le Dr R. _____ préconisait une révision du cas après deux ans.

Dans sa réponse du 28 janvier 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il relève en particulier que le recourant ne produit aucun élément objectif concret attestant une aggravation significative depuis l'été 2016 des atteintes non directement liées à l'accident de 1982. L'OAI ajoute que, même à admettre une capacité de travail de 70 % dès janvier 2018 dans une activité adaptée, le degré d'invalidité atteindrait alors à nouveau 36 % et serait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Dans sa réplique du 21 mars 2019, le recourant a persisté dans ses précédents motifs et conclusions.

Dupliquant le 1^{er} mai 2019, l'intimé a confirmé sa position.

Le 23 octobre 2019, les parties ont été informées de ce que le dossier de la CNA avait été versé en cause.

Par acte du 7 novembre 2019, l'intimé indique ne pas avoir de commentaire particulier à formuler.

Prenant position le 14 novembre 2019, le recourant souligne que la décision de la CNA est fondée exclusivement sur l'atteinte au genou gauche mais ne tient pas compte des troubles lombaires ou des problèmes affectant le genou droit.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, des suites de la nouvelle demande de prestations introduite le 20 septembre 2015.

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

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). Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-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).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

c) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la

modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 2).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 20 septembre 2015 par l'assuré. Ayant repris l'instruction du cas, l'office a finalement retenu – sur la base de l'appréciation émise par le Dr C._____ du SMR, à la lumière du rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr R._____ du 26 juillet 2016 et du rapport d'examen final du Dr I._____ du 14 février 2018 – que l'activité habituelle n'était plus exigible mais que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 70 % dès le 31 décembre 2016, puis de 0 % du 9 janvier au 31 décembre 2017 et finalement de 100 % dès le 1^{er} janvier 2018.

Quant au recourant, il n'a pas contesté l'absence de capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle mais a en revanche critiqué l'évaluation de l'intimé s'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée.

a) A l'appui de son appréciation, le Dr C._____ a plus précisément considéré que, selon le Dr R._____, l'atteinte essentielle à la santé était la gonarthrose du genou gauche et que, par conséquent, l'examen réalisé en matière d'assurance-accidents par le Dr I._____ devait être repris en matière d'assurance-invalidité, cet examen ayant du reste valeur d'expertise (cf. avis SMR des 15 avril, 18 juin et 29 septembre 2018). L'avis du Dr C._____ ne saurait toutefois être suivi.

D'une part, si le Dr R._____ a certes considéré que la gonarthrose du genou gauche était la principale atteinte à la santé de l'assuré, il n'en a pas moins retenu d'autres diagnostics qu'il a également qualifiés d'incapacitants, notamment au niveau du dos, du genou droit et des doigts (cf. rapport d'examen clinique du 26 juillet 2016 p. 10). C'est sur la base de l'ensemble de ces atteintes que le Dr R._____ a fixé à 70 % la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, précisant en particulier que la gonarthrose du genou gauche mais également la hernie discale rendraient difficile toute reprise d'activité même adaptée à temps complet (cf. ibid. p. 12). Le Dr R._____ a également détaillé des limitations fonctionnelles tant au niveau du rachis que des membres inférieurs et des membres supérieurs (cf. ibid. p. 14) et non uniquement au niveau du genou gauche, retenant « *une IT de 30 % au vu des LF qui se surajout[ai]ent et qui conduis[ai]ent fatalement à une baisse de rendement* » (cf. ibid. p. 12). Or ces paramètres ont de toute évidence échappé au Dr C._____.

D'autre part, il est constant que, le 26 octobre 2017, la CNA a expressément indiqué à l'OAI que les troubles lombaires (discopathies multi-étagées) et du genou droit (gonarthrose débutante) n'étaient pas liés à l'accident subi le 28 janvier 1982, si bien que le cas n'était pas commun aux deux assurances. On comprend donc que, lors de l'examen final réalisé le 14 février 2018, le Dr I._____ ait concentré son analyse sur le genou gauche de l'assuré, sans se prononcer sur la nature invalidante ou non des autres troubles présentés par l'intéressé. C'est donc à tort que le Dr C._____ a retenu que l'appréciation du Dr I._____ représentait une analyse suffisante pour se déterminer dans le cas particulier. Tout au plus ajoutera-t-on, par surabondance, que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a en tout état de cause pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549) et que, par ailleurs, il ne revient pas au médecin du SMR - mais à l'administration, puis au juge - de se prononcer sur la valeur probante d'un rapport médical ou sa qualification comme expertise (cf. consid. 4b supra).

En ce sens, la position de l'intimé ne peut donc pas être corroborée.

b) Cela posé, il y a lieu de rappeler qu'aux termes de son rapport d'examen clinique du 26 juillet 2016 (p. 10 ss), le Dr R._____ a conclu à des atteintes incapacitantes sous forme de gonarthrose gauche post-traumatique, de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L3-L4 droite, de gonarthrose droite avec kyste de Baker, d'arthrose nodulaire modérée des doigts et de coxarthrose gauche débutante. Il a estimé que ces atteintes n'étaient pas compatibles avec l'activité habituelle de magasinier mais que, en revanche, l'exigibilité atteignait 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles au niveau du rachis (alternance des positions assise et debout deux fois par heure, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids de plus de 5 kg, pas de port de charges d'un poids de plus de 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et pas d'exposition à des vibrations), des membres inférieurs (pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau/échelle, pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de position debout ou de marche de plus de 30 minutes) et des membres supérieurs (pas de déploiement de force avec les mains ni de travail de précision avec les mains).

Les parties s'accordent à suivre l'évaluation de l'exigibilité faite par le Dr R._____, expressément fondée sur l'interaction entre les différents troubles du recourant (cf. rapport d'examen clinique du 26 juillet 2016 p. 12). Force est toutefois de rappeler que ce médecin avait préconisé, en cas d'octroi de rente, une révision dans les deux ans ou après une éventuelle intervention sur le genou gauche (cf. ibid. p. 14) - laissant ainsi entendre que la situation était sujette à évolution. Or force est de constater que si l'OAI a statué plus de deux après l'examen du Dr R._____ et après la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche, les pièces au dossier ne permettent pas de se positionner en connaissance de cause sur l'évolution de la situation.

A cet égard, il appert tout d'abord qu'après avoir initialement évoqué une entière exigibilité dans une activité adaptée du seul point de vue du membre inférieur gauche (cf. rapport du 10 décembre 2015), le Dr T._____ a décrit une dégradation progressive au niveau du genou gauche et de légères plaintes au niveau du genou droit (cf. rapport du 21 octobre 2016). C'est dans ce contexte qu'une prothèse totale du genou gauche a été mise en place le 9 janvier 2017. Si dans un premier temps le Dr T._____ a signalé que le résultat de l'opération était assez favorable (cf. rapport du 12 mai 2017), il a ensuite nuancé son propos et fait état d'une évolution lente avec la persistance de douleurs ainsi que d'un manque de force et de contrôle (cf. rapport du 11 septembre 2017). Puis il a relevé une évolution stagnante avec une intensification des douleurs également en regard de la face interne du genou droit (cf. rapport du 17 janvier 2018). Le Dr T._____ a par la suite constaté que le genou droit était en train de se décompenser de plus en plus et, au vu des limitations affectant les genoux et le dos de l'assuré, il a évalué entre 50 et 70 % la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée (cf. rapport du 27 mars 2018). Finalement, ce médecin a fait état d'une situation inchangée au niveau du genou gauche et des douleurs lombaires, avec des douleurs d'intensité variable au niveau du genou droit (cf. rapport du 8 mai 2018). De ce qui précède, il résulte que le Dr T._____ n'a pas précisément évalué la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée, se contentant d'évoquer une fourchette entre 50 et 70 % (cf. rapport du 27 mars 2018). Il ne s'est de surcroît pas positionné sur les éléments extra-médicaux relevés par le Dr H._____ (kinésiophobie [cf. rapport du 5 mai 2015]), le Dr R._____ (tolérance à la position assise et incohérences [cf. rapport d'examen clinique du 26 juillet 2016 p. 13]) et les médecins de la Clinique W._____ (kinésiophobie, catastrophisation, perception de handicap fonctionnel élevées et focalisation sur la douleur [cf. rapport de synthèse du 30 novembre 2017]). Du reste, on ne saurait omettre l'évolution défavorable du genou droit signalée par le Dr T._____ - marquée par des plaintes tout d'abord légères (cf. rapport du 21 octobre 2016) puis en voie d'intensification (cf. rapport du 17 janvier 2018) et enfin d'intensité variable (cf. rapport du 8 mai 2018), dans le cadre d'une décompensation progressive (cf. rapport du 27 mars 2018) ;

or rien au dossier ne permet de déterminer concrètement l'ampleur de cette évolution et son éventuel impact du point de vue de la capacité de travail. Au surplus, l'appréciation du Dr T._____ n'intègre pas l'arthrose nodulaire modérée des doigts mentionnée par le Dr R._____. Il apparaît, en conséquence, que les conclusions du Dr T._____ sont insuffisantes pour pouvoir se positionner sur la capacité résiduelle de travail du recourant.

On ne peut en outre rien tirer de l'appréciation des médecins de la Clinique W._____, qui n'ont pas évalué la capacité résiduelle de travail mais uniquement émis un pronostic de réinsertion favorable (cf. rapport du 30 novembre 2017). Quant au Dr I._____, son appréciation ne repose que sur un examen partiel de la situation puisque circonscrit à la problématique affectant le genou gauche de l'assuré, ainsi qu'exposé plus haut (cf. consid. 4a supra).

Il découle de ce qui précède qu'en l'état du dossier, aucun avis médical ne permet d'appréhender clairement l'évolution des troubles du recourant postérieurement à l'évaluation du Dr R._____, dont le rapport mettait pourtant en évidence une situation à la stabilité très relative. En ce sens, l'instruction menée par l'intimé s'avère donc incomplète.

c) En définitive, force est de constater que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante. Il apparaît plus particulièrement que l'instruction doit être complétée en vue de déterminer l'évolution et l'interaction des troubles du recourant consécutivement au rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr R._____ du 26 juillet 2016. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui 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. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise rhumatologique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il

appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

d) On notera encore, par surabondance, que la décision querellée se réfère à la notion d'invalidité moyenne (ou degré d'invalidité moyen). Force est toutefois de constater que cette notion n'existe pas en assurance-invalidité. Si la loi connaît la notion d'incapacité de travail moyenne pour calculer le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, elle ne connaît en revanche pas, que ce soit sur le plan légal ou réglementaire, la notion d'invalidité moyenne pour fixer le degré d'invalidité. De fait, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que seule la notion d'incapacité de travail était déterminante sous l'angle de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (voir TFA I 75/03 du 6 février 2004 consid. 3.2, se référant à l'ancien art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur à l'époque). A l'évidence, la notion d'invalidité moyenne sur laquelle se fonde l'office intimé pour déterminer le droit à la rente d'une personne assurée est dépourvue de base légale et, partant, viole le droit fédéral.

6. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter en l'occurrence à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD ; voir également art. 10 et art. 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours déposé le 6 décembre 2018 par V._____ est admis.

- II. La décision rendue le 6 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'office pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 au recourant un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Joël Crettaz (pour V._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :