

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 octobre 2021

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Dessaux, juge, et Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par CAP, Compagnie d'assurance de Protection juridique SA, à Etoy,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 19[...], titulaire d'un permis C, marié et père de trois enfants, sans formation professionnelle, travaillant en qualité de maçon, en dernier lieu en mission temporaire pour le compte d'[...] (ci-après, également : l'employeur), a déposé, le 4 mars 2016, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être en incapacité de totale de travail depuis le 1^{er} novembre 2015 et souffrir d'arthrose, respectivement d'inflammations chroniques depuis 2013.

Le 17 mars 2016, B._____, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, a transmis le dossier de l'assuré à l'OAI, dont il ressortait notamment les éléments suivants :

- un rapport d'expertise rhumatologique du 19 février 2016 réalisée par le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, exposant notamment ce qui suit (sic) :

« 4.-DIAGNOSTICS

- **Spondylarthrite psoriasique diagnostiqué en avril 2015 avec sacro-iliite bilatérale avec bonne réponse aux AINS et aux anti-TNF**
 - o **Enthésite de l'épicondyle gauche et de la péri-hanche droite**
 - o **Ténosynovite probable du 4^{ème} rayon de la main droite**
- **PSH gauche avec tendinopathie du sus-épineux avec conflit sous-acromial**
- **Probable polyneuropathie périphérique débutante touchant principalement les deux pieds**
- **Psoriasis vulgaire**
- **Tabagisme chronique.**

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Nous sommes confrontés un assuré ressortissant portugais, dépourvu de toute relation professionnelle certifiée qui travaille cependant comme maçon depuis sa tendre enfance et en Suisse depuis 1978. Il a œuvré ainsi depuis 28 ans, d'après ses dires au sein de l'entreprise [...] SA à [...] en tant que maçon. Cet assuré a toujours bénéficié d'une bonne santé habituelle, hormis des épisodes d'accidents qui n'auraient pas conduit à des arrêts de travail prolongés selon ses dires, notamment suite à une fracture

anamnestique à l'épaule gauche ainsi qu'à une déchirure ligamentaire à une cheville et à une lésion tendineuse à l'épaule gauche selon les dires propres de l'assuré et il est en outre connu pour un psoriasis vulgaire depuis plusieurs années. L'assuré a manifesté depuis 2013, sans facteur déclenchant traumatique, des lombosciatalgies droites qui avaient conduit à la prescription d'une physiothérapie ainsi que d'un traitement d'anti-inflammatoires avec une bonne réponse. Au début de l'année 2015, les rachialgies se sont aggravées, touchant également la région cervico-dorsale en plus de lombosciatalgies. L'assuré rapporte en plus, l'apparition de douleurs polyarticulaires et musculaires mal systématisées. Il a été évoqué à ce moment-là un possible effet indésirable d'un traitement hypolipémiant de statines, traitement qui a été finalement interrompu, ce qui n'a pas eu d'effet sur la persistance des douleurs. Il a ensuite été adressé à la Dresse L. _____, rhumatologue, consœur qui au terme d'un bilan comprenant un examen clinique détaillé, la pratique d'une IRM lombaire et des sacro-iliaques, un bilan biologique, a retenu un diagnostic de spondylarthrite psoriasique. Une prise en charge sous la forme d'un traitement d'AINS, d'une physiothérapie et finalement d'un traitement biologique de Simponi (anti-TNF) a permis une évolution progressivement favorable en ce qui concerne le psoriasis, ses douleurs rachidiennes et ses douleurs polyarticulaires diffuses. Toutefois vu la persistance d'une douleur qui irradiait dans le membre inférieur selon un trajet sciatalgique, l'assuré a subi en janvier 2016 une infiltration facettaire au niveau L4-L5 au [...] avec un bon effet selon l'assuré et la Dresse L. _____. L'assuré a été mis en incapacité de travail complète depuis le 1.11. 2015, et il a ensuite été apparemment licencié le 24.12.2015. Il n'a jusqu'à présent pas encore rempli les documents en vue des mesures de détection précoce de l'AI.

Subjectivement, il signale souffrir de rachialgies inflammatoires cervico-dorso-lombaires et de douleurs aux sacro-iliaques qui sont aussi principalement inflammatoires puisque présentes surtout en fin de nuit, majorées le matin, et soulagées plutôt par les activités ainsi que par le traitement d'Arcoxia et de Simponi qu'il prend depuis quelques mois. Il ne relate plus de radiculalgies aux membres inférieurs. En revanche, il déclare qu'il commence à ressentir des paresthésies d'intensité croissante aux deux pieds ainsi qu'aux deux mains. Il n'a pas constaté de tuméfactions articulaires, mais il souffre de douleurs aux insertions tendineuses au coude gauche, à la péri-hanche droite ainsi qu'au 4^{ème} doigt de la main droite. Toutes ces douleurs sont aggravées par le repos, il essaie ainsi de ne pas rester longtemps couché sur son lit et il passe ses journées surtout à promener ses chiens.

Objectivement, l'assuré s'est montré collaborant, il s'exprime parfaitement en français. On constate l'absence de signes d'amplification des symptômes, avec une mobilité rachidienne lombaire qui est légèrement diminuée principalement dans les inflexions latérales et dans une moindre mesure en ce qui concerne la mobilité lombaire antérieure. Pour ce qui est de la mobilité cervicale et dorsale, celle-ci demeure globalement conservée avec une légère restriction de l'ampliation thoracique qui est équivalente à 8 cm. Au niveau articulaire périphérique, on ne constate pas de synovite, mais essentiellement des enthésites à l'épicondyle gauche, et sur la région rétrotrochanterienne droite ainsi qu'une douleur à la

palpation du 1^{er} rayon de la main droite, suggestive d'une ténosynovite. L'examen neurologique ne révèle pas de signes radiculaires irritatifs ou déficitaires, mais essentiellement une hypodysesthésie en chaussettes associée à une hypopallesthésie en gants et en chaussettes sans aucune amyotrophie. Concernant les examens complémentaires disponibles lors de l'expertise, une récente IRM lombaire et des sacro-iliaques a révélé indéniablement des signes de sacro-illites bilatérales prononcées avec des lésions érosives parallèlement à des stigmates de spondylite au rachis lombaire caractérisée par des lésions de Romanus actives. Le bilan biologique sanguin a révélé un génotype HLA B27 négatif parallèlement à l'absence d'un syndrome inflammatoire biologique, ce qui est une constatation fréquente même en cas de spondylarthrite active. En somme, l'assuré présente suffisamment de critères selon l'ASAS, pour retenir de manière certaine le diagnostic de spondylarthrite psoriasique. Qui plus est, comme mentionné ci-dessus, durant cette expertise, on n'a pas pu relever d'éléments en faveur d'un syndrome d'amplification des symptômes, les points de fibromyalgie sont indolores avec une bonne cohérence entre les plaintes rapportées par l'assuré et les constatations de l'examen clinique et du bilan paraclinique.

6.-RÉPONSES À VOS QUESTIONS

1.) Quelles sont les déclarations de l'assuré(e) ?

Voir ci-dessus.

2.) Quelles sont vos constatations et quel est le diagnostic ?

Voir ci-dessus.

3.) Estimez-vous que les mesures thérapeutiques prises sont appropriées ? Absolument, puisque l'assuré est suivi étroitement par la Dresse L._____, rhumatologue, qui a rapidement décidé d'initier un traitement biologique par anti-TNF (Simponi) avec une bonne réponse sur le problème dermatologique (psoriasis vulgaire) et une réponse partielle jusqu'à présent *sur* le problème ostéo-articulaire.

4.) Proposez-vous un autre traitement ?

L'assuré a également poursuivi le traitement d'AINS, parallèlement à une physiothérapie active à sec et en piscine selon les recommandations des sociétés savantes (SSR, EULAR, ACR).

5.) Pronostics de guérison ?

Le pronostic demeure très réservé quant à une guérison, en revanche on peut escompter une amélioration de la situation clinique, voire une rémission sous son traitement. Toutefois, compte tenu de l'âge de l'assuré qui présente aussi des troubles dégénératifs au niveau rachidien et vu l'existence de stigmates radiologiques notamment de syndesmophytes qui attestent d'une évolution prolongée de son rhumatisme inflammatoire, le pronostic demeure donc fort réservé quant à une reprise du travail comme maçon.

6.) L'incapacité de travail est-elle justifiée au vu de la profession ?

Oui, on peut retenir une incapacité de travail à 100% depuis le 1.11.2015 en tant que maçon, celle-ci peut être cautionnée sur la base des constatations de la présente expertise.

7.) Des facteurs antérieurs ou étrangers à la maladie influencent-ils la guérison, respectivement la capacité de travail ?

Le fait qu'il ait été promptement licencié, moins de 2 mois après le début de son incapacité de travail, semble avoir affecté passablement l'assuré. En outre, l'assuré pourrait faire valoir ses droits à une retraite anticipée dans 5 ans.

8.) Toujours au vu de la profession, une reprise du travail est-elle envisageable ?

a) Si oui, dans quel délai ?

Non.

b) Sinon, une reprise du travail est-elle envisageable dans une autre activité (activité adaptée ou plus légère), laquelle par exemple et à quel taux d'activité ? Actuellement on peut déterminer les limitations fonctionnelles suivantes qui découlent de son atteinte à la santé :

- Pas de ports ou de soulèvements de charges de plus de 5kg,
- Pas d'activités réalisées en position de porte-à-faux avec le buste,
- Nécessité de pouvoir alterner les positions assises et debout toutes les 15 minutes,
- Pas d'activités nécessitant des mouvements de torsions ou d'inflexions latérales du rachis,
- Pas d'activités réalisées dans l'humidité ou dans le froid,
- Pas d'activités nécessitant des mouvements avec une élévation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, en raison de l'atteinte à la santé au niveau de l'épaule gauche.

Dans une telle activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, on peut actuellement retenir une capacité de travail exigible à 50%, capacité qui pourra être augmentée d'ici 3 mois à 100%, compte tenu d'une évolution qui paraît progressivement favorable sous le traitement idoine qui lui a été prescrit par la Dresse L. _____, rhumatologue traitant.

10.) Observations ?

Son activité habituelle n'est et ne sera plus réalisable dans le futur, le dossier de l'assuré doit être transmis à l'office AI en vue de mesures de professionnelles (aide au placement dans un travail adapté) » ;

- un courrier de B. _____ à l'assuré du 26 février 2016 dont on extrait ce qui suit :

« [...] A ce sujet, notre service médical nous informe avoir pris connaissance du rapport d'expertise réalisé par le Dr T. _____, spéc. FMH rhumatologie et médecine interne à [...]. Ce dernier nous informe que votre état de santé ne vous permet malheureusement plus de poursuivre votre activité professionnelle actuelle en qualité d'ouvrier de la construction et il préconise une orientation vers un autre métier. D'après son appréciation, dans une activité adaptée avec les limitations suivantes :

- Pas de ports ou de soulèvements de charges de plus de 5kg

- Pas d'activités réalisées en position de porte-à-faux avec le buste
- Nécessité de pouvoir alterner les positions assises et debout toutes les 15 minutes
- Pas d'activités nécessitant des mouvements de torsions ou d'inflexions latérales du rachis
- Pas d'activités réalisées dans l'humidité ou dans le froid
- Pas d'activités nécessitant des mouvements avec une élévation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, en raison de l'atteinte à la santé au niveau de l'épaule gauche

Une capacité résiduelle de travail à 100% était exigible.

Il y a incapacité de travail lorsque l'assuré est totalement ou partiellement incapable d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative pouvant raisonnablement être exigée de lui. Si l'assuré refuse d'exercer une activité lucrative pouvant être exigée de lui, la Compagnie peut refuser le versement des prestations. Cette disposition découle de l'art. 61 de la loi sur le contrat d'assurance (LCA) qui impose à l'ayant droit, en cas de sinistre, « *de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage* ». Par conséquent, l'assureur peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité adaptée à son état de santé dès qu'il est établi que ce dernier ne pourra plus exercer son activité antérieure. A ce titre, la jurisprudence fédérale en matière d'assurance collective d'indemnités journalières LCA (50.211/2000) propose que l'assureur donne un délai adéquat de 3 à 5 mois à l'assuré lorsque l'obligation de diminuer le dommage de ce dernier se traduit par un changement de profession et qu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui.

Aux vu des divers renseignements en notre possession et compte tenu de cette aptitude au travail, nous vous informons que nous verserons encore nos prestations d'assurances maladie à 100% jusqu'au 30 juin 2016, sous réserve de l'envoi des certificats médicaux attestant un arrêt de travail jusqu'à cette date » .

Dans un rapport à l'OAI du 21 mars 2016, la Dre L._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de rhumatisme psoriasique, sacro-iliite bilatérale et atteinte lombaire HLA B27 négatif, ainsi que d'atteinte inflammatoire des articulaires postérieures L5-S1 prédominant à droite, depuis 2013. Elle a relevé que l'évolution sur le plan strictement rhumatologique était favorable mais que la situation était en substance compliquée par le licenciement qualifié d'abusif de l'assuré. Au nombre des restrictions, elle a indiqué « pas de soulèvement de charge de plus de 5 kg, pas d'activité en flexion-extension avec le tronc, alternance de positions, pas de mouvement de torsion ou d'inflexion du tronc, pas d'activité réalisée dans l'humidité et dans le

froid », considérant que l'activité exercée n'était plus exigible. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Une reprise de l'activité professionnelle était à réévaluer dans les trois mois vu les répercussions psychiques.

Le recourant a également consulté le Dr V._____, notamment chirurgien des nerfs périphériques. Dans un rapport du 14 juillet 2016 à la Dre L._____, celui-ci a conclu à une présentation atypique de douleurs causées par une neuropathie périphérique possiblement liée au rhumatisme psoriasique.

Le 22 septembre 2016, B._____ a transmis le dossier perte de gain actualisé à l'OAI. S'y trouvaient notamment les documents suivants :

- un rapport de la Dre L._____ du 29 août 2016, posant les diagnostics de rhumatisme psoriasique (spondyloarthrite séronégative sous Simponi), radiculalgie droite sur arthrose postérieure et de neuropathie d'enclavement du membre inférieur droit à deux niveaux : nerf musculo-cutané et tibial postérieur. Elle indiquait en outre ce qui suit :

« Le premier rapport date du 24.11.2015. Dans l'intervalle, mise en évidence d'une compression radiculaire S1 droite sur rétrécissement du trou de conjugaison L5-S1 droit. Infiltration épidurale le 6 janvier et le 18 avril 2016. La spondylarthrite elle-même évolue favorablement sous traitement de Simponi. Les infiltrations ont soulagé, mais un nouveau problème s'est présenté : les douleurs qui paraissaient neurogènes du membre inférieur droit, se sont avérées êtres des neuropathies d'enclavement. Le patient a été adressé au Dr V._____ à [...], chirurgie plastique, qui a procédé à deux interventions. »

- un rapport de la Dre L._____ du 4 octobre 2016, qui indiquait que la situation de l'assuré s'était péjorée, avec une aggravation des lombalgies et surtout des douleurs du membre inférieur droit. Elle a relevé qu'un examen ultrasonographique des zones concernées avait mis en évidence une compression par un processus fibreux ou un névrome du nerf musculo-cutané de la face externe de la jambe droite et du tibial

postérieur et que le Dr V._____ allait procéder à une troisième intervention au mois de novembre.

Dans un rapport à l'OAI du 3 avril 2017, la Dre L._____ a indiqué que la situation n'avait pas évolué et que la capacité de travail était toujours nulle.

Dans un rapport du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 5 avril 2017, le Dr C._____ a admis une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de soulèvement de charge de plus de 5 kg, pas de flexion-extension avec le tronc, alternance nécessaire des positions, pas de mouvements de torsion ou d'inflexion du tronc, pas d'activité réalisée dans le l'humidité et dans le froid, pas d'activité nécessitant des mouvements avec une élévation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. Il précisait en outre ceci :

« Les données de l'expertise en rhumatologie mandatée par l'APG confirment les diagnostics incapacitants ainsi que les limitations fonctionnelles rapportées auxquelles il est rajouté celles relatives aux épaules à savoir pas d'activité nécessitant des mouvements avec une élévation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. Moyennant le respect de ces restrictions, la capacité de travail est jugée exigible dans une activité adaptée d'abord à 50% pendant trois mois puis à 100%. L'activité de maçon est définitivement contre-indiquée (RM 19.02.2016 expertise en rhumatologie Dr T._____).

Conclusion : le caractère définitivement incapacitant pour l'activité habituelle de l'atteinte à la santé déclarée le 01.11.2015 est admis. Au stade actuel de l'évolution de la maladie, nous retenons la capacité de travail exigible à 100% dans une activité adaptée respectant toutes les limitations fonctionnelles physiques détaillées, et ce dès le mois de juin 2015 ».

Dans un rapport indexé le 5 mai 2017, le Dr V._____ a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, paraissant admettre une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sans toutefois se prononcer sur le taux.

Dans un rapport du 10 août 2017, le Dr V._____ a indiqué qu'une IRM réalisée le 21 juillet 2017 et dont le rapport était joint, avait

montré la présence d'une hernie discale L5-S1, associée à une arthrose facettaire.

Le recourant a été examiné par le Dr [...], spécialiste en neurologie, qui confirme, dans son rapport du 26 octobre 2017, une atteinte L5 droite vraisemblablement d'origine compressive lombaire et une discrète atteinte polyneuropathique des membres inférieurs.

Au terme d'un stage d'évaluation de quatre semaines au Centre [...], la Dre D. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a rédigé un rapport, le 5 novembre 2017, dans lequel elle relevait ceci :

« Cet assuré de 56 ans, sans formation professionnelle, a été mis en incapacité de travail en novembre 2015 en tant que manoeuvre-maçon en raison de douleurs du rachis et des membres inférieurs. Les investigations ont permis d'objectiver des altérations dégénératives cervico-dorso-lombaires, une spondylarthrite psoriasique, et une dégénérescence de la coiffe des rotateurs. A ceci s'ajoutent plusieurs interventions de décompression de nerfs périphériques des membres inférieurs.

Au vu de ces problématiques, toute activité nécessitant le port de charges lourdes, le port répété de charge modérément lourdes, les activités en position statique prolongée, et l'utilisation répétée des membres supérieurs en hauteur n'est plus envisageable. Dans des activités respectant ces limitations, l'assuré a manifesté dès le début de l'évaluation un inconfort dans la position assise et debout déjà après 5 min, adoptant régulièrement des postures par ailleurs non ergonomiques, alternant les positions toutes les 20 min. La gestuelle, dont les déplacements, sont lents. Il en résulte une baisse de concentration et de disponibilité au poste de travail, ceci quelque soit l'activité proposée, sans difficulté d'apprentissage ni d'adaptation. L'assuré a fourni des rendements ne dépassant pas 40%.

Cependant, force est de constater des discordances entre l'ampleur des plaintes, les limitations fonctionnelles évoquées par l'assuré et les constatations cliniques objectives tant durant l'entretien que lors de l'examen clinique. L'assuré s'est révélé peu engagé dans l'effort fourni pendant les activités, exprimant ces douleurs par un comportement démonstratif, rapidement sur la défensive. Ces éléments suggèrent une majoration des symptômes, qui participerait à la restriction de capacité de travail constatée, capacité inférieure à celle à laquelle on pourrait s'attendre d'un point de vue médico-théorique. »

Dans un projet de décision du 28 novembre 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande, celui-ci disposant

d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée ; ce projet a été contesté par l'intéressé le 15 janvier 2018, par l'intermédiaire de CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, invoquant en substance des lacunes dans l'instruction du dossier sur le plan médical.

b) Dans un avis médical du 6 mars 2018, le Dr C. _____ du SMR a préconisé de réinterroger les médecins traitants de l'assuré afin d'obtenir des renseignements sur l'évolution clinique de ce dernier au cours des six derniers mois.

Compte tenu des avis médicaux obtenus, notamment celui du Dr V. _____ du 9 juillet 2018 posant les diagnostics de polyneuropathie du membre inférieur droit, de spondylarthrite et d'hernie L5-S1 et estimant la capacité de travail nulle dans toute activité, les médecins du SMR ont recommandé, dans leur avis médical du 30 août 2018, de réaliser un examen rhumatologique ou une expertise interne, afin de déterminer précisément la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Un examen clinique rhumatologique a été pratiqué au SMR, le 21 novembre 2018, par le Dr A. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, dont le rapport date du 8 janvier 2019. Les diagnostics suivants ont été posés :

« DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- **LOMBOSCIATALGIES D DANS LE CADRE D'UNE DISCOPATHIE ET D'UNE ARTHROSE DES ARTICULATIONS POSTÉRIEURES, PRÉDOMINANT EN L5-S1 D, CONFLIT AVEC LA RACINE L5 D (M 54.4).**

Code AI pour la statistique des infirmités et des prestations :

738/05.

Diagnostics associés

- **SPONDYLARTHRITE PSORIASIQUE HLA-B27 NÉGATIVE.**
- **CERVICALGIES CHRONIQUES DANS LE CADRE D'UNE DISCOPATHIE ET D'UNE UNCARTHROSE PRÉDOMINANT EN C5-C6, C6-C7.**

- **SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS DDC, AVEC DÉCHIRURE COMPLÈTE À G ET PARTIELLE À D.**

Sans répercussion sur la capacité de travail

PIEDS CREUX »

La partie « Appréciation du cas » du rapport SMR précité a en outre la teneur suivante :

« L'assuré signale des douleurs lombaires s'étendant à la face latérale de la jambe D jusqu'à la cheville depuis 2013. Plusieurs infiltrations lombaires n'ont pas résolu de manière durable les douleurs. Elles sont de pire en pire. Elles apparaissent lorsque l'assuré reste assis ou debout et cèdent lorsqu'il marche. Les douleurs fluctuent de 5 à 10/10. C'est la région lombaire qui est la plus douloureuse.

Depuis 2013, l'assuré a des douleurs de la partie latérale du bras G jusqu'au coude. Il a un manque de force surtout du côté G.

Depuis 2016, l'assuré déclare avoir des douleurs cervicales. Les douleurs surviennent lorsqu'il reste assis. C'est comme une aiguille.

A l'examen clinique, l'assuré marche d'un pas normal à plat et à la montée des escaliers. Pour la descente, le pas est un peu plus lent. Les marches sur les talons et la pointe des pieds sont réussies. Les changements de position assis/debout/couché s'effectuent rapidement. La position assise est maintenue sans manifestation algique pendant les 70 minutes de l'entretien. L'assuré se lève à 1 reprise afin d'aller chercher des documents.

L'assuré signale des douleurs à la palpation en regard de C7 et D1, de toute la colonne lombaire et de la région glutéale supérieure ddc, de la région trochantérienne ddc. La mobilité cervicale est légèrement diminuée en extension et pour les rotations. L'assuré signale des douleurs en regard de C7. La mobilité lombaire est diminuée principalement pour les inclinaisons latérales. Lors des mouvements de la colonne lombaire, l'assuré signale des douleurs lombaires, mais sans irradiation dans le MID. La manœuvre de Lasègue est négative.

L'assuré limite les amplitudes articulaires de l'épaule G en antépulsion et en abduction par des contrepulsions, alléguant des douleurs de la région sus-épineuse et à la face latérale du coude. Le test de Patte est faiblement tenu et douloureux à G, le lift-off est faiblement tenu ddc, douloureux du côté G. Il y a des signes de conflit sous-acromial à G. L'examen des coudes, des poignets et des mains est sp.

L'assuré limite la flexion des hanches dans le cadre de douleurs trochantériennes. L'examen des genoux est sp. Il y a une cicatrice chirurgicale à la partie inférieure de la malléole interne de la cheville D. L'assuré déclare qu'il n'arrive presque pas à bouger les chevilles.

Il signale une diminution de la sensibilité sur l'ensemble de l'hémicorps G.

Les bilans radiologiques à notre disposition montrent une atteinte mixte, dégénérative et inflammatoire. Du point de vue dégénératif, il y a les discopathies cervicales prédominant en C5-C6, C6-C7,

l'uncarthrose prédominant en C5-C6, la discopathie et l'arthrose des articulations postérieures prédominant en L5-S1, la discarthrose dorsale de D8 à D12, la description de la déchirure de la coiffe des rotateurs des 2 côtés. Sur le plan inflammatoire, il y a les érosions du bord antéro-supérieur de L2, L3, antéro-inférieur de D11, antéro-supérieur de S1 et principalement l'oedème et les érosions de l'articulation sacro-iliaque D. Le rapport de l'IRM de la colonne lombaire du 09.11.2018 indique une protrusion discale paramédiane D en L5-S1 entraînant un conflit sur la racine L5.

Ces différentes atteintes expliquent en partie les douleurs de l'assuré, qui ont un caractère mixte, à la fois mécanique au niveau des épaules et de la région lombaire dans le cadre de l'atteinte dégénérative, neurogène au niveau du MID dans le cadre du conflit avec la racine L5 D et inflammatoire (douleurs s'atténuant lors des mouvements) dans le cadre de la spondylarthrite psoriasique. Ces différentes atteintes justifient des LF au niveau lombaire principalement, mais également au niveau cervical et des épaules.

On constate une évolution favorable de la spondylarthrite sous traitement de Simponi®. L'inflammation de l'articulation sacro-iliaque D a fortement régressé entre l'IRM sacrée du 15.05.2015 et celle du 27.04.2018. La mise sous contrainte des articulations sacro-iliaques lors des différents tests effectués ce jour ne déclenche pas de douleur de ces articulations. L'évolution favorable de la spondylarthrite sous traitement de Simponi® est confirmée par la Dresse L. _____ (cf. RM du 22.11.2016).

Actuellement, l'assuré est principalement gêné par des lombosciatalgies D, qui ont nécessité une prise en charge stationnaire dans le Service de rhumatologie du [...] du 05.11.2018 au 16.11.2018 (cf. RM Prof. [...] reçu à l'AI le 21.11.2018). Une évaluation neurochirurgicale est prévue.

L'atteinte de la coiffe des rotateurs des 2 épaules, mise en évidence également lors de l'hospitalisation dans le Service de rhumatologie du [...] et l'atteinte dégénérative de la colonne cervicale, limitent également l'assuré dans l'exercice d'une activité professionnelle.

Ces différentes atteintes ostéoarticulaires n'expliquent toutefois pas entièrement les plaintes de l'assuré. Le trajet des douleurs du MID ne respecte pas le dermatome de la racine L5. Lors de l'examen clinique, on ne déclenche aucune sciatalgie. Les douleurs sont localisées principalement au niveau lombaire. La différence entre la DDS debout et la DDO assis, la différence entre les amplitudes articulaires des chevilles lorsque l'assuré marche sur la pointe des pieds, puis sur les talons et lorsqu'on lui demande de bouger spontanément ces articulations sont le reflet d'une participation partielle de l'assuré à certains moments de l'examen. Les signes comportementaux de Waddell à 5/5 indiquent la participation de facteurs non organiques aux plaintes de l'assuré. Ce score est un mauvais facteur prédictif d'un geste thérapeutique invasif tel qu'une intervention chirurgicale lombaire. La diminution de la sensibilité tactile sur l'ensemble de l'hémicorps G ne correspond pas à une atteinte neurologique, mais à un trouble fonctionnel.

Sur le plan professionnel, l'activité de maçon est trop contraignante pour la colonne vertébrale et les épaules. Les avis médicaux sont unanimes pour une IT dans cette activité à partir du 01.11.2015 (cf. RM Dresse L._____ du 24.11.2015, rapport d'expertise du Dr T_____ du 19.02.2016). Dans la lettre de sortie du Service de rhumatologie du [...], le Prof. [...] considère aussi que l'IT est totale dans l'activité de maçon.

Pour l'appréciation de la CT dans une activité adaptée, les avis des médecins divergent. Le Dr T_____ examine l'assuré le 16.02.2016 dans le cadre d'une expertise adressée au médecin-conseil de la B._____. Le rhumatologue estime que la CT dans une activité adaptée est de 50 %. Il envisage une augmentation de la CT à 100 % d'ici 3 mois compte tenu d'une évolution qui paraît progressivement favorable. Dans le rapport SMR du 05.04.2017, le Dr C._____ estime que la CT est de 100 % dans une activité adaptée. Dans le RM du 26.10.2017, le Dr [...] estime que la CT dans une activité adaptée est d'au moins 50 %. Dans le RM du 19.12.2017, la Dresse L._____ indique n'avoir aucun argument pour contester une CT de 100 % dans une activité respectant les limitations. Dans les suites de l'hospitalisation dans le Service de rhumatologie du [...] du 05.11.2018 au 16.11.2018, le Prof. [...] estime que la CT est nulle pour le moment en raison de la douleur neuropathique.

Malgré les douleurs, l'assuré garde de bonnes ressources physiques. 5 fois par jour, il promène 3 chiens pendant une trentaine de minutes. Il accompagne régulièrement sa petite-fille au parc pendant environ 1 heure, il effectue de fréquentes marches. Lorsque la saison le permet, il va cueillir des champignons pendant 3 heures. Pour quitter son domicile, l'assuré doit descendre 1 étage d'escaliers. Ces différentes activités montrent que l'assuré a des ressources physiques pour exercer une activité au moins à temps partiel, si elle permet des déplacements.

Des facteurs non médicaux ont un rôle important dans l'échec des mesures professionnelles. Dans le RM du 21.12.2015, la Dresse L._____ indique que M. J._____ a été licencié de manière probablement abusive. Il a une réaction de colère suite à la demande d'expertise par la Generali Assurances. Dans le RM du 26.10.2017, le Dr [...] indique que les constatations n'expliquent pas l'ensemble des plaintes formulées par M. J._____ et que des douleurs tensionnelles sont en relation avec la situation socioprofessionnelle. Lors des mesures professionnelles, le Dr D._____ relève une majoration des symptômes qui participerait à la restriction de la CT constatée, capacité inférieure à celle à laquelle on pourrait s'attendre d'un point de vue médico-théorique (cf. RM du 05.11.2017).

Le manque de collaboration, l'amplification des symptômes, ne doivent pas être pris en compte dans l'appréciation de la CT. Compte tenu des ressources physiques de l'assuré malgré les douleurs, de l'examen clinique rassurant de ce jour, nous estimons que la CT de l'assuré dans une activité adaptée est de 60 % à partir de l'évolution favorable de la spondylarthrite. Cette évolution favorable est attestée par la Dresse L._____ dans le RM du 22.11.2016. Les atteintes dégénératives multiples, le conflit

radiculaire L5 D, justifient une baisse de la CT de 40 % également dans une activité adaptée.

Limitations fonctionnelles

Colonne vertébrale : port de charges au-delà de 5 kg, postures en porte-à-faux, position assise au-delà de 1 heure, position debout au-delà de 15 minutes, mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension, marche au-delà de 1 heures.

Épaules : activités au-dessus de l'horizontale, port de charges à distance du corps au-delà de 5 kg à D, au-delà de 1 kg à G.

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

Dans l'activité de maçon, il y a une IT de 100 % depuis le 01.11.2015.

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

L'IT est restée à 100 % dans l'activité de maçon. Dans une activité adaptée, l'IT est de 50 % à partir du 16.02.2016 (cf. rapport d'expertise du Dr T_____ du 19.02.2016) et de 40 % à partir du 22.11.2016. Il y a eu des IT de 100 % dans toute activité limitées dans le temps suite aux interventions chirurgicales effectuées par le Dr V._____.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance aux contraintes mécaniques de la colonne vertébrale et des épaules dans le cadre d'une atteinte mixte dégénérative et inflammatoire, avec une composante neuropathique suite au conflit avec la racine L5 D. Les pieds creux ne sont pas symptomatiques lors de l'examen de ce jour ; l'assuré n'a pas de plainte spontanée à leur sujet. Ils peuvent être traités efficacement par des supports plantaires. Ils ne justifient pas de LF.

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation

Au plus tard dès le 16.02.2016.

Pronostic

L'assuré ne se voit pas reprendre une activité professionnelle et demande une rente. D'autres facteurs non médicaux défavorables à la reprise du travail sont l'âge, l'absence de formation professionnelle certifiée, le licenciement, la longue durée sans activité professionnelle. Ces facteurs ne sont toutefois pas pris en compte dans l'appréciation de la CT sur le plan médical.

En cas d'octroi d'une rente, il y a lieu de réviser la situation une fois la prise en charge neurochirurgicale terminée.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE DE MAÇON : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 60 %

DEPUIS LE : 22.11.2016.

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION.

Observation : l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales de neurolyse au MID, effectuées par le Dr V._____. Ces interventions chirurgicales justifient des IT le temps que les tissus se cicatrisent. Les IT mentionnées par le Dr V._____ varient en fonction des rapports : dans le RM reçu à l'AI le 01.12.2016, le chirurgien atteste une IT de 100 % à partir du 31.10.2015, dans le RM reçu à l'AI le 18.05.2017, l'IT date du 25.11.2016, dans le RM du 09.07.2018, l'IT débute le 13.07.2016. Au vu du peu d'informations fournies par le Dr V._____, il n'est pas possible de déterminer avec précision les IT en rapport avec les interventions chirurgicales, mais elles ne devraient pas empêcher une activité adaptée au bout de 3 semaines de convalescence. »

Dans un nouveau projet du 17 avril 2019, annulant et remplaçant celui du 28 novembre 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer trois quarts de rente du 1^{er} novembre 2016 au 28 février 2017, puis une demi-rente depuis lors, selon la motivation suivante :

« **Résultat de nos constatations :**

Depuis le 1^{er} novembre 2015 (début de délai d'attente), J._____ présente une diminution de sa capacité de travail.

Il ressort des pièces du dossier qu'à la fin du délai d'attente, soit le 1^{er} novembre 2016, bien qu'il présente une totale incapacité de travail dans son activité antérieur[e] de maçon, une capacité de travail à 50% est reconnue dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (Colonne vertébrale : port de charges au-delà de 5 kg, postures en porte-à-faux, position assise au-delà de 1 heure, position debout au-delà de 15 minutes, mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension, marche au-delà de 1 heures. Epaules : activités au-dessus de l'horizontale, port de charges à distance du corps au-delà de 5 kg à D, au-delà de 1 kg à G.).

Tel serait le cas dans des activités de travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger. Exemples : montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, conditionnement de matériel léger.

Pour déterminer le degré d'invalidité, nous devons évaluer le préjudice économique que J._____ subit.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu qu'il aurait pu réaliser en bonne santé en 2016, soit CHF 79'038.38 avec celui auquel il peut prétendre dans une activité adaptée à son atteinte.

Dans sa situation, étant donné qu'il n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 33'401.70 à 50%, en 2016.

Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles, son âge et le taux d'occupation partiel justifient l'application d'un abattement de 15% sur le salaire statistique précité. Votre revenu d'invalide est donc de CHF 28'391.45.

Dès lors, le degré d'invalidité est calculé de la manière suivante :

Comparaison des revenus :		
Revenu sans atteinte à la santé	CHF	79'038.38
Revenu avec atteinte à la santé	CHF	28'391.45
Perte de revenu	CHF	50'646.94
Degré d'invalidité		64.08%

De ce fait, le degré d'invalidité s'élève à 64% et le droit à un trois quarts de rente est ouvert.

Depuis le 22 novembre 2016, il ressort des pièces du dossier que J. _____ présente une capacité de travail et de gain à 60% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

Tel serait le cas dans des activités de travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger. Exemples : montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, conditionnement de matériel léger.

Pour déterminer le degré d'invalidité, nous devons évaluer le préjudice économique que J. _____ subit.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu qu'il aurait pu réaliser en bonne santé en 2016, soit CHF 79'038.38 avec celui auquel il peut prétendre dans une activité adaptée à son atteinte.

Dans sa situation, étant donné qu'il n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 40'082.04 à 60%, en 2016.

Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles, son âge et le taux d'occupation partiel justifient l'application d'un abattement de 15% sur le salaire statistique précité. Votre revenu d'invalide est donc de CHF 34'069.73.

Comparaison des revenus :		
Revenu sans atteinte à la santé	CHF	79'038.38
Revenu avec atteinte à la santé	CHF	34'069.73
Perte de revenu	CHF	44'968.65
Degré d'invalidité		56.89%

De ce fait, le degré d'invalidité s'élève à 57% et le droit à une demi-rente est ouvert. Ce degré d'invalidité est ouvert dès le 1^{er} mars 2017, soit après trois mois d'amélioration de son état de santé au sens de l'art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI).

Par le biais de notre assurance, il a bénéficié de mesures professionnelles avec versement d'indemnité journalière du 25 septembre 2017 au 27 octobre 2017.

De l'examen de notre spécialiste en réinsertion professionnelle, aucune mesure professionnelle ne permettrait de réduire le préjudice économique.

Cependant, le droit à l'aide au placement est ouvert et, conjointement à la présente, nous vous remettons la communication y relative ».

c) Par décision du 18 novembre 2019, l'office a confirmé son projet du 17 avril 2019, rejetant par là-même l'opposition formée par l'assuré le 30 août 2019.

B. Par acte du 6 janvier 2020, J._____, représenté par CAP Compagnie d'Assurances de Protection Juridique SA, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2016 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'office intimé « *pour celui-ci détermine, concrètement, au moyen d'une expertise rhumatologique, quelle(s) activité(s) adaptée(s) peut(vent) être exigée(s) de J._____* ». Sur le fond, le recourant reproche en substance à l'OAI de n'avoir pas établi concrètement quelle profession adaptée demeurerait encore réalisable, compte tenu de toutes les limitations physiques, ainsi qu'en fonction du contexte général. Il se prévaut d'une incapacité de travail totale attestée par son médecin traitant, ainsi que par les conclusions du rapport de stage auprès du [...]. Il soutient en outre que vu son âge, il n'est pas en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail.

Le 20 janvier 2020, la Cour de céans a réceptionné les réponses aux questions du Dr W. _____ posées par la CAP :

« En réponse à votre demande du 26.11.2019, voici les éléments de réponse suivants :

1. Anamnèse ?

Il s'agit d'un patient de 58 ans, suivi en consultation de spinal pour un TLIF L5-S1 à droite par abord minimal invasive le 28.02.2019 par le Dr [...].

2. Plaintes actuelles de J. _____ ?

Dans la consultation du 18.11.2019, le patient est revu après une infiltration avec les antalgistes qui n'a pas réellement changé sa symptomatologie douloureuse. Il persiste des douleurs au dos et aux jambes, plutôt à droite qui est diminué par la prise d'aspirine selon ses dires et bien contrôlé si le patient reste pas trop actif.

3. Constatations objectives et diagnostics ?

Selon le rapport du 18.11.2019 le status du jour est sans particularité.

4. Quels sont les traitements actuellement suivis par J. _____ ?

Travail le soir
Lyrica 20/50
Aspirine (prescrite pour des raisons cardiaques).

5. Qu'en est-il de l'évolution ? Avez-vous constaté une amélioration de son état de santé ?

Evolution légèrement favorable avec moins de douleurs si le patient reste pas trop actif.

6. L'atteinte à la santé actuelle engendre-t-elle une incapacité de travail ?

Pas d'information à ma disposition.

7. L'activité exercée avant l'incapacité est-elle encore exigible ?

pas d'information à ma disposition.

8. Autres remarques ?

Aucunes ».

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 20 février 2020.

Le 20 février 2020, le recourant a transmis à la Cour de céans un rapport du 28 janvier 2020 établi par le Dre O. _____, posant les diagnostics de « failed back surgery syndrome, douleurs neuropathique » et de cervicalgie sans radiculopathie. Elle a indiqué ne pas avoir constaté

d'amélioration de l'état de santé mais n'avoir vu l'intéressé que trois fois, ne pas pouvoir répondre à la question de savoir si l'atteinte à la santé actuelle engendrait une incapacité de travail. Elle a également répondu ne pas savoir si l'activité exercée avant l'incapacité de travail était encore exigible.

Répliquant le 16 mars 2020, le recourant a confirmé ses conclusions et indiqué n'avoir pas d'explications complémentaires.

Dans sa duplique du 7 juillet 2020, l'intimée a maintenu sa position, en se basant sur les conclusions du SMR du 30 juin 2020.

Le recourant s'est déterminé le 25 août 2020, maintenant ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2016. Il a relevé que malgré les conclusions de l'OAI, il était incapable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a remis en annexe une copie des rapports médicaux, attestant selon lui une péjoration de son état de santé suite à la chirurgie spinale du 28 février 2019, en particulier une diminution des activités de la vie quotidienne. Il a souligné que le Dr Q._____ relevait qu'aucune thérapie ou intervention n'avait eu d'effet bénéfique à moyen/long terme, son patient gardant un syndrome douloureux extrêmement invalidant dans les activités de la vie quotidiennes. Il a joint à son envoi les documents suivants :

- un certificat médical du 19 juin 2020 du Dr Q._____, médecin praticien, énumérant les pathologies dont souffre le recourant et relevant que le pronostic était réservé « car pour le moment aucune thérapeutique ou intervention n'a eu d'effet bénéfique à moyen/long terme ». Il indiquait également que l'assuré gardait un syndrome douloureux extrêmement invalidant dans les actes de la vie quotidienne ;

- un rapport du 18 juin 2020 cosigné par la Dre O._____, cheffe de clinique du Centre d'antalgie du [...], posant le

diagnostic de sciatalgie de territoire plutôt L5 droit post TLIF L5-S1 bilatéral et précisant que les douleurs avaient mené à la chirurgie spinale du 28 février 2019, qui n'a amené aucune amélioration de la symptomatologie, voire même une péjoration, comme une diminution des activités de la vie quotidienne. Il était précisé que l'intéressé serait revu dans un mois ;

- Un rapport d'IRM lombaire du 3 juillet 2020 ;
- Une convocation pour le 31 août 2020 à 11h00 auprès du Centre de préhospitalisation chirurgicale du [...], en vue d'un examen ou une intervention chirurgicale sous narcose ;
- Une convocation pour le 2 septembre 2020 à la demande du Dr P. _____ dans le service « Hospitalisation de chirurgie spinale ».

Par déterminations du 15 septembre 2020, l'intimé a confirmé ses conclusions, relevant que les pièces dernièrement transmises ne faisaient pas état d'éléments médicaux nouveaux objectivement vérifiables, rattachés à la période concernée par la décision litigieuse, qui seraient suffisamment pertinents pour modifier son appréciation de la capacité de travail de l'intéressé, soulignant que les diagnostics et leur impact sur l'aptitude au travail de l'assuré étaient connus. Il a ajouté ne pas disposer d'informations concernant l'hospitalisation pour chirurgie spinale sous narcose début septembre.

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 utile - compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. c LPGA) - 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. Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2016.

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.

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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 exigée 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1)

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur 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 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur

probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

d) 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, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. 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 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

6. En l'espèce, on se fonde sur le rapport d'examen clinique rhumatologique établi le 8 janvier 2019 par le Dr A. _____ du SMR, l'OAI a retenu que le recourant présentait une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée, ce que l'intéressé conteste. L'incapacité totale de travail du recourant dans son activité habituelle de maçon est en revanche admise par l'intimé, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ce point.

a) Sur le plan rhumatologique, le Dr A. _____ a retenu le diagnostic principal de lombosciatalgies droites dans le cadre d'une discopathie et d'une arthrose des articulations postérieures, prédominant en L5-S1 droit, conflit avec la racine L5, ainsi que les diagnostics associés de spondylarthrite psoriasique HLA-B27 négative, de cervicalgies chroniques dans le cadre d'une discopathie et d'une uncarthrose prédominant en C5-C6 et C6-C7 et de syndrome de la coiffe des rotateurs des deux côtés avec déchirure complète à gauche et partielle à droite, considérant que ceux-ci avaient incidence sur la capacité de travail. A cet égard, le Dr A. _____ a considéré que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50 % à partir du 16 février 2016, puis de 60 % à compter du 22 novembre 2016, dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles touchant, d'une part, sa colonne vertébrale (port de charge au-delà de 5 kg, postures en porte-à-faux, position assise au-delà de 1 heure, position debout au-delà de 15 minutes, mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension, marche au-delà de une heure) et, d'autre part, les épaules (activités au-dessus de l'horizontale, port de charges à distance du corps au-delà de 5kg à droite, au-delà de 1kg à gauche).

D'un point de vue rhumatologique, les diagnostics retenus par le Dr A. _____ sont superposables à ceux retenus par les médecins traitants. L'appréciation de ce praticien repose en particulier sur un examen complet de l'assuré, ainsi que sur l'analyse des rapports médicaux et de l'imagerie figurant au dossier. En outre, il prend en considération les plaintes du recourant. A cet égard, le Dr A. _____ a relevé qu'il existait une divergence entre les plaintes et l'examen clinique, indiquant que les différentes atteintes ostéoarticulaires n'expliquaient pas entièrement les plaintes du recourant. Il a également mis en évidence que le recourant gardait de bonnes ressources physiques malgré les douleurs - il promène ses chiens cinq fois par jour, s'occupe régulièrement de sa petite-fille, marche fréquemment - ce qui vient étayer le constat de l'exigibilité d'une activité au moins à temps partiel ; il a également souligné que des facteurs non médicaux avaient un rôle important dans l'échec des mesures d'ordre professionnel. Il a en outre décrit avec soin le contexte médical, avant de conclure que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de maçon, laquelle était trop contraignante pour la colonne vertébrale et les épaules. S'agissant de la capacité de travail, le Dr A. _____ a en outre observé que les interventions chirurgicales effectuées par le Dr V. _____ justifiaient une incapacité de travail le temps que les tissus cicatrisent, soit pas au-delà de trois semaines de convalescence. Il convient également de relever que les conclusions du rapport d'examen rhumatologique du Dr A. _____ rejoignent l'appréciation du Dr T. _____ - mandaté à titre d'expert par l'assureur perte de gain du dernier employeur du recourant - du 19 février 2016, qui concluait également à une capacité de travail résiduelle d'au moins 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, dont

l'énumération coïncide avec les limitations prises en considération par le Dr A._____.

b) Contrairement à ce que soutient le recourant, aucun avis médical au dossier ne vient infirmer les conclusions rhumatologiques du rapport du SMR. En particulier, les avis établis par les médecins traitants rejoignent, sous l'angle diagnostique, celui du Dr A._____. Leurs conclusions divergent en revanche s'agissant du caractère incapacitant des atteintes ostéoarticulaires dont souffre le recourant. Force est à cet égard de constater que les médecins traitants eux-mêmes ne s'accordent pas sur ce point ou ne se sont tout simplement pas déterminés sur cette question, à l'instar du Dr V._____. En outre, lorsque l'incapacité de travail du recourant a été discutée par les médecins traitants, ces derniers se sont pour l'essentiel contentés d'affirmations catégoriques sans réelle motivation et leurs avis ne contiennent en définitive aucun élément concret et objectif dont le rapport d'examen du 8 janvier 2019 ne tiendrait pas compte.

S'agissant des rapports produits par le recourant postérieurement à la décision litigieuse, et particulièrement ceux produits à l'appui du recours, il y a lieu de constater que leurs auteurs ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'intéressé. En particulier, dans son rapport du 3 juillet 2019, le Dr Q._____ conclut à une capacité de travail nulle dans toute activité. Il n'apporte toujours aucun élément nouveau ou qui n'ait déjà été pris en compte dans le cadre de l'examen rhumatologique du SMR, ni ne fait état d'une aggravation manifeste de l'état de santé du recourant. Quant au rapport du Dr W._____, il ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant au sujet de laquelle il affirme ne pas avoir d'informations à sa disposition. Il relève en outre, en se basant sur les propos tenus par le recourant lors de la consultation, une évolution légèrement favorable avec moins de douleurs si l'intéressé ne reste pas trop actif. On relèvera également que la possibilité de l'intervention chirurgicale pratiquée sur le recourant avait été envisagée par le Dr A._____. A la suite de cette intervention, force est de constater que la symptomatologie initiale - soit les sciatalgies - persistent,

lesquelles ont été prises en compte dans le cadre de l'examen rhumatologique du SMR. Quant à la Dre O._____, elle reprend, dans son rapport du 28 janvier 2020, des diagnostics déjà posés par ses confrères, à l'exception de la gonalgie gauche. Ce diagnostic n'est toutefois pas étayé et la Dre O._____ ne précise pas son impact sur la capacité de travail du recourant, ni si des limitations fonctionnelles nouvelles en découlent. Elle ne se prononce pas non plus sur la capacité de travail du recourant, ni sur l'exigibilité de l'activité exercée avant l'atteinte à la santé. S'agissant des rapports des 18 et 19 juin 2020 des Drs Q._____ et O._____, ils ne font pas non plus état d'éléments médicaux objectivement vérifiables, rattachés à la période concernée par la décision litigieuse, qui seraient suffisamment pertinents pour modifier l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré.

A titre superfétatoire, on relèvera encore que si le Dr Q._____ a évoqué un « syndrome douloureux extrêmement invalidant » (cf. rapport du 19 juin 2020), il s'agit d'un avis isolé. Si cet élément pourrait paraître évocateur d'un trouble psychosomatique, cette thèse n'a toutefois pas été vérifiée au terme de l'instruction du dossier, aucun avis médical n'étant en définitive venu confirmer les suspicions du médecin précité. On notera plus spécifiquement que l'expert rhumatologue A._____ n'a observé aucun paramètre clinique permettant de poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, lequel a même souligné que les points évoquant une fibromyalgie n'étaient pas retrouvés le jour de l'examen.

Il convient également de relever que le Dr A._____ n'est pas le seul à relever que des facteurs extra-médicaux influencent la situation personnelle du recourant. En effet, la Dre D._____, dans son rapport du 5 novembre 2017 faisant suite au stage d'évaluation de quatre semaines auprès du CNIP, après avoir constaté un rendement ne dépassant pas les 40 %, relevait des discordances entre l'ampleur des plaintes, les limitations fonctionnelles évoquées par le recourant et les constatations cliniques objectives tant durant l'entretien que lors de l'examen clinique. Elle soulignait également que l'intéressé s'était révélé peu engagé dans

l'effort fourni pendant les activités, exprimant ces douleurs par un comportement démonstratif, rapidement sur la défensive et que ces éléments suggéraient une majoration des symptômes, qui participerait à la restriction de capacité de travail constatée, capacité inférieure à celle à laquelle on pourrait s'attendre d'un point de vue médico-théorique. Quant à la Dre L._____, elle relevait également, dans son rapport du 21 décembre 2015, que le licenciement prétendument abusif du demandeur pourrait avoir une incidence sur sa capacité de travail.

c) En définitive, l'examen du dossier ne révèle aucun motif pertinent incitant à douter du rapport établi le 8 janvier 2019 par le Dr A._____ du SMR. Les conclusions de ce rapport s'avèrent en outre complètes et exemptes de contradictions et satisfont, ainsi, aux exigences posées par la jurisprudence en matière de pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra). Dans ces conditions, l'intimé était fondé à reconnaître au recourant une capacité de travail résiduelle de 50% dès le 12 février 2016 et à 60% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du 22 novembre 2016.

7. Sous l'angle économique, le recourant ne conteste pas, en tant que tel le calcul de son préjudice économique effectué par l'OAI ; ce dernier, vérifié d'office, doit être confirmé. Il fait en revanche grief à l'office intimé de ne pas avoir établi concrètement la profession exigible de sa part et évoque par ailleurs la jurisprudence sur les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité de travail sur le marché de l'emploi.

S'agissant plus particulièrement de son âge, le recourant soutient qu'il ne serait pas « adapté » de lui demander de continuer à travailler du fait de son âge. Il convient toutefois de relever à ce sujet que lors de l'examen clinique rhumatologique du 21 novembre 2018, moment déterminant où le Dr A._____ a conclu à une capacité de travail de 50 %, respectivement 60 %, le recourant était alors âgé de 57 ans. Il n'avait par conséquent pas encore atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral

admet qu'il peut être plus difficile de se réinsérer sur le marché du travail (cf. ATF 143 V 431 consid. 4.5).

En outre, l'âge du recourant a été pris en compte lors du calcul du revenu avec invalidité, dans le cadre du duquel un abattement de l'ordre de 15 % a été retenu sur ledit revenu, dont 5 % en raison de son âge (cf. feuille du calcul exigible du 19 février 2019 et motivation de la décision du 17 avril 2019).

Au demeurant, et comme le relève l'intimé dans sa réponse du 20 février 2020, le critère de l'âge n'a en réalité que peu de poids compte tenu du niveau de compétence concerné. En effet, d'une part, les travailleurs concernés ne sont pas recherchés sur le marché du travail en fonction de leur âge et, d'autre part, le salaire de ces personnes a tendance à augmenter à partir de 40 ans et ce jusqu'à l'âge de la retraite, de sorte que les revenus réels perçus par les travailleurs plus âgés dépassent les revenus hypothétiques définis par les statistiques (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4 et les références citées). En outre, le marché équilibré du travail recouvre un large éventail d'activités simples et répétitives, lesquelles correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées et un nombre significatif d'entre elles ne nécessitant pas de formation sont exigibles de la part du recourant ; au demeurant, ces activités sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé (TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012 et les références citées).

La Cour de céans relève également qu'aucun problème d'adaptation spécifique pouvant faire obstacle à l'acquisition de connaissances basiques liées à un nouvel emploi n'a été observé. Au contraire, l'assuré a su faire preuve de constance et de rigueur dans le cadre de ses emplois exercés en Suisse depuis son arrivée en 1983 et a en outre appris le français, qu'il maîtrise très bien oralement.

Au vu de ce qui précède, il ne ressort aucunement du dossier que le recourant ne présenterait pas les ressources suffisantes pour

retrouver une activité et ne parviendrait pas à mettre en valeur ses capacités dans la recherche d'un poste compatible avec ses atteintes sur un marché du travail supposé équilibré.

8. Sur le plan médical, le dossier apparaît suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. On ne voit pas, à tout le moins, en quoi l'expertise médicale requise par le recourant (cf. mémoire de recours du 6 janvier 2020) permettrait d'éclaircir davantage l'état fait. Sous cet angle, il y a donc lieu de renoncer à de plus amples investigations, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

9. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 18 novembre 2019 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 charge de J._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA (pour J._____),
- 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 :