

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 janvier 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], de nationalité portugaise, domicilié en Suisse depuis [...], a travaillé du 3 juin 1996 au 2 décembre 2002 comme maçon au service de l'entreprise O. _____ SA à [...].

Le 2 juin 2003, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente en raison de douleurs au dos ainsi qu'au genou gauche existant depuis 1995.

Mandatée par l'OAI le 19 août 2004, la Dre A.E. _____, spécialiste en rhumatologie, a procédé à une expertise. A titre de diagnostics avec incidence sur la capacité de travail, elle a retenu une gonarthrose gauche avancée post-traumatique, des lombosciatalgies gauches résiduelles après hernie discale L4-L5 gauche foraminale et des cervicalgies avec discret syndrome cervical sur cervicarthrose étagée; elle a par ailleurs conclu que l'assuré était incapable de reprendre son ancienne activité de maçon depuis décembre 2002, mais qu'une activité légère semi-sédentaire demeurerait exigible de sa part au taux de 80 % sur le plan somatique (rapport du 21 avril 2005).

Le 16 novembre 2006, l'assuré a subi une intervention chirurgicale (ostéotomie correctrice du tibia proximal gauche). Dans un rapport du 10 juillet 2007, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu un état de santé stationnaire et diagnostiqué des séquelles de fracture du tibia proximal gauche, une gonarthrose interne gauche, un status après ostéotomie de flexion valgisation gauche et une obésité; à son avis, une réorientation professionnelle dans une activité adaptée était imaginable, mais il doutait que la capacité de travail de l'assuré dépasse les 50 %. Chargé par l'OAI de se prononcer sur le dossier, le Dr C. _____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR) a indiqué que l'intervention d'ostéotomie du tibia ne s'était pas compliquée, si bien qu'elle ne pouvait

être source d'un empêchement durable dans une activité adaptée (avis du 12 septembre 2007).

Par décision du 12 septembre 2007, confirmant un projet de décision du 3 novembre 2006 faisant suite à un rapport final du 14 juin 2006, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

b) L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. A cette occasion, il a produit un certificat médical du 17 janvier 2008 du Dr M._____, lequel lui reconnaissait une capacité de travail théorique de 50 % dans une activité adaptée, avec la précision que la capacité théorique de son patient dans le contexte actuel, dégénératif et médical du fait de l'hémochromatose ainsi que des cervico-lombalgies, était nulle.

Par arrêt du 16 juin 2009 (cause AI 413/07 – 183/2009), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision du 12 septembre 2007 de l'OAI, au motif que le degré d'invalidité retenu était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

c) Saisi d'un recours de l'assuré contre l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 16 juin 2009, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 22 mars 2010 (9C_944/2009), admis le recours et renvoyé la cause à l'administration afin qu'elle procède à la mise en œuvre d'un complément d'instruction sur le plan médical. Il a notamment considéré ce qui suit :

"3.3 En l'espèce, la juridiction cantonale a fait une appréciation des rapports médicaux au dossier qui n'apparaît pas soutenable. Si elle a fondé sa constatation relative à la capacité de travail dans une activité légère de substitution sur le rapport de la doctoresse A.E._____ du 21 avril 2005, elle a considéré de façon manifestement inexacte que l'évolution subséquente de l'état de santé du recourant ne remettait pas en cause les conclusions de ce médecin. A cet égard, reprenant l'appréciation de l'intimé, elle a constaté que l'intervention d'ostéotomie du tibia ne s'était pas compliquée et n'avait dès lors pu entraîner un empêchement durable. Une telle constatation - qui apparaît tirée de l'avis peu motivé du docteur C._____ du SMR du 12 septembre 2007 - est cependant contredite par les appréciations du docteur M._____ des 10 juillet 2007 et 17 janvier 2008.

Près de huit mois après l'intervention chirurgicale, ce médecin a indiqué que l'évolution postopératoire était "extrêmement lente" et que son patient avait beaucoup de difficultés à se mettre en charge totale sans se protéger de cannes; les progrès étaient en outre extrêmement lents et le praticien doutait que la capacité de travail dans une activité adaptée dépassât 50 % (rapport du 10 juillet 2007). Par la suite, le docteur M._____ est revenu sur cette conclusion en expliquant que la "capacité théorique dans le contexte actuel, dégénératif ainsi que médical du fait de l'hémochromatose et des cervico-lombalgies est nulle" (rapport du 17 janvier 2008). S'il est vrai, comme l'ont retenu les premiers juges, que cette appréciation mentionnait également des facteurs limitatifs étrangers à une atteinte à la santé - longue période d'inactivité, formation professionnelle dans une activité lourde et difficultés linguistiques -, le docteur M._____ a cependant fait état d'une évolution défavorable sur le plan purement médical (douleurs internes liées à une gonarthrose secondaire qui se décompensait). On ne pouvait dès lors considérer sans arbitraire que l'appréciation du docteur M._____ - dont il y a lieu de tenir compte (ATF 99 V 98 consid. 4 p. 102) - constituait "plutôt une réévaluation" et ne mettait pas en évidence une aggravation de l'état de santé du recourant par rapport aux constatations de la doctoresse A.E._____".

B. **a)** Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a chargé la Dre A.E._____ d'examiner l'assuré, afin de se prononcer sur l'évolution de son état de santé depuis son expertise de 2005 jusqu'à la date de la décision contestée soit le 12 septembre 2007, puis de la date précitée jusqu'à ce jour.

Dans son rapport du 14 mars 2011, la Dre A.E._____ a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré de status après prothèse totale du genou gauche de bon résultat pour gonarthrose gauche post-traumatique (M 17.3), de lombosciatalgies résiduelles sur discarthrose prédominant en L4-L5 (M 47.2) et de cervicalgies avec discret syndrome cervical sur cervicarthrose étagée (M 47.8). Elle a relevé que depuis 2003, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité de maçon et dans tout métier similaire. Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles (soit évitant les longs déplacements, les terrains instables, la montée sur une échelle, les charges répétitives de plus de 5 kg, les positions en porte-à-faux, la position statique prolongée de la tête, la position en appui monopodal, l'usage de machines vibrantes ou de pédale, la position à genou ou accroupie, mais autorisant l'alternance des positions permises), la

capacité de travail était entière avec une diminution de rendement de 30 %.

Par courrier du 6 avril 2011, le SMR a demandé à la Dre A.E. _____ de préciser l'évolution de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée depuis son examen de mars 2005.

Dans un rapport complémentaire du 12 mai 2011, la Dre A.E. _____ a exposé ce qui suit :

"[...] Rappelons que lors de ma 1^{ère} expertise rendue en juin [recte : avril] 2005, j'évaluais la capacité de travail à 80 % dans une activité adaptée en mettant en exergue que certaines limitations se contredisaient entre elles. Je pronostiquais que si l'on posait une prothèse de genou, la capacité de travail au plan médico-théorique pourrait se revoir à la hausse dans une activité adaptée à plein temps selon le résultat prothétique.

Jusqu'à la date de l'ostéotomie tibiale, en novembre 2006, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 80 %. Il faut admettre une pleine incapacité de travail avec reprise d'une capacité de travail théorique à 50 % dès juillet 2006 [recte : 2007] dans une activité adaptée. L'ostéotomie n'a en effet pas donné de résultat, au contraire, le patient a présenté d'importantes gonalgies après cette opération. La gonarthrose n'a pas été enrayée par cette ostéotomie. La capacité de travail dans une activité adaptée peut être établie à 50 % jusqu'à la prothèse totale de genou fin 2008. Le Dr M. _____ le 17.01.2008 dans son rapport allait également dans ce sens. Durant l'année 2009, il faut admettre une incapacité temporaire. Lorsqu'il a été examiné par le Dr V. _____ en septembre 2009, le problème lombaire était en priorité. On ne constate pas de problème en regard du genou prothétique, notamment de signe irritatif. Nous retrouvons une situation clinique semblable à celle de notre expertise. En fin d'année 2009, le Dr M. _____ constate une bonne musculature, une fonction du genou assez bien récupérée. Il persiste les problèmes rachidiens. Dès lors, il m'apparaît qu'une capacité de travail de l'ordre de celle que nous avons établie pendant l'expertise était exigible à partir de septembre 2009. Pour les raisons débattues dans notre expertise, la capacité de travail dans une activité adaptée est pleinement exigible, mais il faut admettre cette baisse de rendement de l'ordre de 30 % depuis septembre 2009 [...]"

Par avis médical du 10 juin 2011, le Dr C. _____ du SMR a estimé que les diagnostics retenus dans l'expertise étaient convaincants et que les conclusions étaient motivées, avec précision et souci du détail. Dans une activité adaptée, l'assuré présentait une capacité de travail de

80 % de décembre 2002 à novembre 2006 ; de 0 % de novembre 2006 à juillet 2007 ; de 50 % de juillet 2007 à novembre 2008 et de 0 % de décembre 2008 à septembre 2009, l'état de santé n'étant pas stationnaire. Dès le 17 septembre 2009, l'intéressé présentait une totale capacité de travail avec une baisse de rendement de 30 %, soit 70 % dans une activité adaptée.

b) Par projet de décision du 1^{er} décembre 2011, l'OAI s'est prononcé dans le sens de l'octroi à l'assuré d'une rente échelonnée dans le temps à compter du 1^{er} décembre 2006. Il a ainsi confirmé qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 2 décembre 2003, le préjudice économique dans une activité adaptée était de 32 % (après comparaison des revenus avec et sans invalidité), ce qui ne permettait pas d'ouvrir le droit à une rente. En revanche, à la suite d'une aggravation de son état de santé en raison d'une ostéotomie tibiale le 16 novembre 2006, son invalidité moyenne était de 40 % ce qui lui donnait droit à un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2006. Ce quart de rente était remplacé par une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2007, basée sur un taux d'invalidité de 100 % (soit après trois mois d'aggravation dès le 1^{er} décembre 2006). Compte tenu du rapport du 10 juillet 2007 du Dr M. _____ retenant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, l'OAI a procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité. Il a estimé que le préjudice économique dès cette date atteignait 61 %, raison pour laquelle la rente entière était remplacée par un trois quarts de rente dès le 1^{er} novembre 2007 (soit après trois mois d'amélioration dès le 10 juillet 2007). A la suite d'une aggravation de son état de santé en raison de l'implantation d'une prothèse totale du genou, l'assuré présentait une incapacité de travail entière du 1^{er} décembre 2008 au 16 septembre 2009. Le trois quarts de rente était ainsi remplacé par une rente entière d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} mars 2009 (soit après trois mois d'aggravation dès le 1^{er} décembre 2008). A partir du 15 septembre 2009, sa capacité de travail était fixée à 70 % dans une activité adaptée à son état de santé. L'OAI a dès lors procédé au calcul du préjudice économique et a retenu un taux d'invalidité de 47 %. La rente entière était par conséquent remplacée par un quart de

rente, basé sur un taux d'invalidité de 47 %, dès le 1^{er} janvier 2010 (soit après trois mois d'amélioration depuis le 15 septembre 2009).

Dans un rapport du 15 décembre 2011, le Dr M. _____ a relevé que la situation de l'assuré était stationnaire, tout en émettant un pronostic réservé quant à la reprise d'une capacité de travail tant pour des raisons physiques que "psychologiques".

Par décisions du 15 mars 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} décembre 2011.

C. Par acte du 4 mai 2012, A. _____ a recouru contre ces décisions auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à leur annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée, et subsidiairement à leur réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité du 2 décembre 2002 au 28 février 2007, d'une rente entière du 1^{er} mars 2007 au 31 décembre 2009, et de trois quarts de rente à compter du 1^{er} janvier 2010.

Par arrêt du 18 décembre 2012 (cause AI 100/12 - 3/2012), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a partiellement admis le recours de l'assuré, et réformé la décision du 15 mars 2012 en ce sens qu'il a droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2008 au 1^{er} janvier 2010, et confirmé pour le surplus les autres décisions, également datées du 15 mars 2012, confirmant ainsi en particulier le droit à un quart à compter du 1^{er} janvier 2010.

D. Dans un rapport du 12 octobre 2015 à l'OAI, le Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a indiqué que l'état de santé psychique de l'assuré s'était nettement péjoré en plus de son état physique. Pour cette raison la réouverture du dossier de l'intéressé et l'intervention de l'assurance-invalidité pour l'aider au mieux étaient demandées.

Une révision a alors été initiée en novembre 2015.

Par avis médical du 4 août 2016, la Dre G._____ du SMR a estimé que plusieurs éléments au dossier mettaient en doute la gravité de cette atteinte psychique nouvellement décrite. Compte tenu de la complexité de la situation, une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, rhumatologie et médecine interne) était recommandée pour savoir si depuis décembre 2013 (compte tenu d'une décision de refus d'augmentation du quart de rente d'invalidité du 15 novembre 2013 de l'OAI entrée en force [pièce 240]) l'état de santé de l'assuré s'était péjoré, si oui, quelle était la nature de cette aggravation, et avec quelles conséquences sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Selon une communication du 30 août 2016, le Service de lutte contre la fraude à l'assurance (LFA) de l'OAI a été prévenu par le Contrôle des chantiers de la construction du canton de Vaud, sur la base d'un rapport du 29 octobre 2015, que l'assuré avait été contrôlé sur un chantier en train de travailler. Après que diverses recherches-vérifications aient été réalisées sans apporter d'éléments nouveaux, il avait finalement été décidé de ne pas mener de plus amples investigations et de fermer le mandat.

Une nouvelle expertise a été confiée au N._____ SA de [...].

Dans leur rapport du 15 mai 2017, les experts du N._____ ont retenu, à titre de diagnostics avec incidence sur la capacité de travail, une lombo-sciatalgie chronique bilatérale à prédominance gauche avec claudication neurogène dans le contexte de spondylolisthésie L4-L5 grade I et de canal lombaire étroit au niveau L4-L5, des gonalgies gauches résiduelles et status post ostéotomie tibiale, la mise en place d'une prothèse totale de genou (PTG) gauche dans le cadre d'une gonarthrose, une gonarthrose droite, des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques, et des omalgies chroniques sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec conflit sous-acromial ; ils ont par ailleurs conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité de maçon de manière définitive, mais que sa capacité de travail était de 100 %, avec diminution de rendement de 30 %, dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 10 août 2017, l'OAI s'est prononcé dans le sens d'un refus d'augmentation du quart de rente d'invalidité versé à l'assuré depuis le 1^{er} janvier 2010. Après analyse du cas, les éléments apportés ne permettaient pas de prendre en compte une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré dont la capacité de travail demeurait fixée à 70 % (100 % avec baisse de rendement de 30 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dues à son état de santé.

Aux termes de son avis médical « audition » du 9 octobre 2017, le DrC. _____ du SMR a retenu l'absence de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise N. _____, à savoir la prise en compte d'une capacité de travail résiduelle de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites en page 42 de l'expertise, en raison d'empêchements secondaires à des lombosciatalgies chroniques, des gonalgies gauches et une gonarthrose droite, des cervicalgies chroniques non-déficitaires et des omalgies chroniques sur troubles dégénératifs. Malgré les remarques de l'avocate de l'époque et la remise d'un rapport de consultation du 24 juillet 2017 de la Dre Q. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, le médecin du SMR a maintenu sa position.

Par décision du 12 janvier 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 10 août 2017. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

E. Le 3 avril 2018, l'assuré a sollicité une augmentation de son taux d'invalidité.

Invité à rendre vraisemblable une modification de son état, il a produit un rapport du 22 mai 2018 du Prof. U. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquant qu'il allait procéder à une prothèse totale du genou (PTG) à droite le 28 juin 2018. Il a également joint des attestations du Dr

I._____ selon lesquelles il était en incapacité de travail totale et une attestation du Dr X._____, médecin-assistant à l'Hôpital Orthopédique du CHUV, faisant état d'une incapacité de travail totale du 26 février 2018 et jusqu'à l'intervention du 28 juin 2018.

Dans un avis médical du 11 mars 2019, le Dr C._____ du SMR a estimé qu'après l'intervention du 28 juin 2018 et en l'absence de complication, l'objectif visant à obtenir une extension complète de la jambe sur la cuisse et une flexion de nonante degré était atteint en quatre à six semaines à l'âge de l'assuré ; dans une telle situation, l'éloignement du monde de l'économie ne dépassait pas trois à quatre mois. Quant aux arrêts de travail attestés par le Dr I._____, ils se fondaient sur l'appréciation de ce psychiatre depuis 2015 sans décrire une modification/aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis lors. De son côté, le volet psychiatrique de l'expertise du N._____ de mai 2017 prenait en compte les problèmes de santé psychique de l'intéressé. Aucun élément versé au dossier ne rendait plausible une aggravation psychiatrique depuis cette expertise. La capacité de travail dans une activité adaptée était inchangée depuis la dernière décision de l'OAI.

Par projet de décision du 13 mars 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande d'augmentation de la rente d'invalidité, aux motifs que les éléments apportés ne permettaient pas de prendre en compte une aggravation objective de son état de santé et que sa capacité de travail demeurerait fixée à 70 % (100 % avec baisse de rendement de 30 %) dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles.

Le 2 avril 2019, l'assuré, agissant par son avocate, a fait part à l'OAI de ses observations sur le projet de décision précité.

Le 15 août 2019, l'assuré a adressé à l'OAI en particulier les pièces suivantes :

- Un courrier du Dr B.E._____, spécialiste en urologie, à l'assuré du 11 octobre 2017 qui lui confirmait son intervention de lithotripsie ;

- un rapport de CT-scan abdominal du 25 mars 2019 du Dr W._____, spécialiste en radiologie, qui a conclu à un gros calcul urétéral proximal droit de 12 x 16 millimètres responsable d'une hydronéphrose du rein droit, un calcul non obstructif caliciel inférieur du rein gauche de 11 millimètres, et pas de signe de cholécystite ni d'appendicite ;

- un rapport d'URO-CT du 25 avril 2019 de la Dre Z._____, spécialiste en radiologie, qui a relevé une nette diminution du syndrome obstructif rénal droit avec ectasie pyélocaliciale droite résiduelle (pyélon droit à dix-sept millimètres d'axe antéropostérieur), plusieurs éléments de densité calcique millimétriques à la jonction pyélo-urétérale droite et le long de l'uretère droit proximal à hauteur de L3 et L4, évoquant des résidus calciques dont le plus grand ensemble s'étendait sur six millimètres à la jonction pyélo-urétérale droite, une sonde jj pyélo-vésicale droite en place, pas d'image d'urinome, un foie de configuration cirrhotique, une splénomégalie à dix-sept centimètres, une déformation du contour hépatique sous-capsulaire du segment IVa antérieurement ; ces derniers éléments étaient retrouvés sur les précédents examens, cependant à confronter à la clinique ;

- un rapport de la Dre I._____, spécialiste en radiologie, du 6 juin 2019 qui concluait à l'absence de calcul obstructif des voies urinaires, à la persistance de calculs caliciels inférieurs non obstructifs des deux côtés avec des densités d'environ 530 UH de chaque côté, et à un examen pour le reste inchangé ;

- un rapport du 30 juillet 2019 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a noté qu'au bilan radiologique les deux prothèses étaient en place et qu'au vu de l'évolution favorable, le prochain contrôle s'effectuerait à cinq ans de l'arthroscopie, soit en 2023 ; en cas de nouveaux symptômes ou problèmes, l'assuré reconsulterait plus précocement. Ce médecin a établi

un arrêt de travail de l'assuré du 21 décembre 2018 au 2 janvier 2019 à 100 %, avec reprise à 50 % le 3 janvier 2019, et à 100 % le 1^{er} février 2019 ;

- un rapport du 9 août 2019 du Dr S._____, spécialiste en médecine interne et en néphrologie, selon lequel, les premières mesures du pH urinaire sous deux comprimés d'Urocit® montraient que l'assuré était trop souvent avec un pH inférieur à 6.5 si bien qu'il lui avait été demandé d'augmenter sa consommation d'Urocit® à trois comprimés par jour. Il lui avait été demandé également de continuer les mesures de pH et d'augmenter le traitement d'Urocit® à quatre comprimés par jour si le pH urinaire restait inférieur à 6.5. Un rendez-vous de contrôle était prévu dans six mois pour réévaluer les anomalies du bilan actuel et revoir les contrôles du pH urinaire.

Dans un rapport du 15 août 2019 à OAI, le Dr I._____ a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2 ; depuis juin 2016) et de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22 ; depuis juin 2016). Il a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le début du suivi de l'assuré le 26 août 2015 dans toutes activités. Selon le psychiatre traitant, l'intéressé ne pouvait plus assumer un effort physique ou psychique en raison de la comorbidité de ses troubles à la santé physiques et psychiques.

Dans un rapport du 25 novembre 2019, le Dr I._____ a répondu aux questions du médecin du SMR de l'OAI comme suit :

"1. Pour quelles raisons un traitement médicamenteux antidépresseur n'est pas prescrit alors que vous mentionnez un épisode dépressif de gravité sévère ?

Le patient souffre d'addiction alcoolique depuis des années et il serait trop risqué de continuer à lui prescrire des antidépresseurs avec la consommation d'alcool en plus de ses traitements pour d'autres comorbidités. Actuellement, aussi bien que l'arrêt des antidépresseurs, nous avons aussi arrêté les somnifères vu les incontinences urinaires depuis quelque temps. Le patient continue à consommer de l'alcool quand il n'a pas de rendez-vous avec ses

médecins afin de soulager ses inquiétudes pour sa santé et ses problèmes financiers.

2. *Une consultation en psychopharmacologie à [...] a-t-elle déjà été effectuée ?*

Non ! pas à notre connaissance.

3. *Notre assuré présente-t-il un problème d'alcool depuis le début de votre prise en soin et/ou actuellement ?*

Monsieur **A.**_____ a souffert pendant de longues années d'addiction à l'alcool et il est actuellement en rémission avec des tentatives de rechutes, mais il reste fragile vu la dégradation de son état de santé physique impactant son état psychique."

Dans un rapport du 28 janvier 2020, le Dr I._____ a répondu à la question complémentaire du médecin-conseil de l'OAI en ces termes :

"1. Pour quelle raison un traitement médicamenteux antidépresseur n'est pas prescrit alors que vous mentionnez un épisode dépressif de gravité sévère ?

Nous aimerions préciser qu'un traitement au CIPRALEX 10 mg cpr a été repris régulièrement depuis le 18.10.2019. Le patient est compliant à ce jour.

Les raisons de l'arrêt de la prise du CIPRALEX ont été expliquées dans notre rapport précédent.

La prise de somnifères est proscrite depuis les incontinences urinaires vu le besoin d'aller aux toilettes plusieurs fois et ses réveils répétés pendant la nuit."

Aux termes d'un avis médical du 24 avril 2020, le Dr D._____ du SMR n'a pas retenu de modification sur le plan orthopédique hormis une incapacité de travail transitoire due à une intervention chirurgicale sur le genou droit. Le diabète n'était *a priori* pas insulino-requérant et aucune capacité de travail ou limitation fonctionnelle n'était émise en lien avec le problème rénal. Sur le plan psychique, les rapports des psychiatres semblaient incohérents. L'aggravation n'était pas évidente. Le traitement était léger. Bien que connue de longue date par le médecin traitant et le psychiatre traitant, une addiction à l'alcool n'avait jamais été annoncée avant le mois de novembre 2019. Le médecin-conseil ne comprenait pas si cette dépendance était toujours active au vu des formulations utilisées par le psychiatre à ce sujet qui étaient ambivalentes, voire incompréhensibles.

En l'état des choses, il convenait de questionner l'urologue (Dr S._____) pour connaître les limitations fonctionnelles et la capacité de travail ainsi que de demander au médecin traitant de transmettre les résultats de laboratoire concernant la stabilisation du diabète (hémoglobine glyquée). Enfin, le psychiatre traitant devait être réinterrogé concernant l'alcoolisme susceptible d'être à l'origine des fluctuations de l'état psychique et de la faculté de l'assuré à valoriser sa capacité de travail résiduelle.

Un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 23 avril 2020 adressé au médecin traitant par la Dre I._____ a conclu à une globale stabilité du canal lombaire étroit d'origine dégénérative postérieure et sur lipomatose épidurale. Le rétrécissement était situé en L5-S1. Il n'y avait pas d'autre lésion pouvant expliquer les symptômes, notamment pas de hernie discale significative, ni sténose foraminale.

Dans un rapport de consultation du 27 avril 2020 au médecin traitant, le Dr K._____, médecin-chef du Centre médical [...] SA, a constaté que l'assuré se plaignait de douleurs au niveau de la hanche, avec une irradiation sur la face latérale de la cuisse droite. L'IRM lombaire montrait peu de changement par rapport à l'IRM de 2015 ; tout au plus étaient apparues des lésions au niveau coxofémoral, qui s'amélioraient avec la clinique mieux qu'un problème lombaire. Les radiographies avaient été complétées avec un bilan radiographique du bassin confirmant ces lésions. Un traitement conservateur était tenté dans un premier temps.

Par courrier du 15 mai 2020 à l'OAI, le Dr S._____ a fait savoir, sur la base d'un bilan de lithiases réalisé à la fin janvier 2020, qu'il n'existait pas de pathologie susceptible de justifier une incapacité de travail de l'assuré.

Dans un rapport du 3 juin 2020 à OAI, le Dr I._____ a répondu aux questions adressées dans l'intervalle comme suit :

"1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport :

L'état de santé psychique et somatique du patient s'est péjoré depuis mars 2020 avec l'aggravation des douleurs de la hanche droite irradiant vers la cuisse droite. Cette situation fortement handicapante, empêche le patient de marcher plus que quelques mètres ou de se mettre dans une position debout droite.

A cet effet, il est prévu le 08 juin 2020, une consultation avec un chirurgien orthopédiste afin de décider d'une éventuelle chirurgie.

2. *Un traitement par CIPRALEX 10 mg vous semble-t-il compatible avec un état dépressif de degré sévère et totalement incapacitant ? Comment objectiviez-vous la compliance au traitement ? Des taux plasmatiques ont-ils été mesurés ? Si oui, pourriez-vous nous transmettre les résultats ?*

Le dosage du CIPRALEX pour le patient a été augmenté à 20mg le matin depuis mars 2020. Un taux plasmatique est en train d'être réalisé et vous sera communiqué prochainement.

3. *Des hospitalisations ont-elles été nécessaires en lien avec la gravité de l'état psychique annoncé ? Si oui, pourriez-vous nous transmettre les rapports ?*

Il n'y a pas eu d'hospitalisation psychiatrique.

4. *Est-ce que toutes les alternatives thérapeutiques (intensification / modification du suivi ou de la médication, hospitalisations, ...) ont été envisagées ?*

Oui ! Il y a eu reprise de l'antidépresseur et une augmentation a déjà été réalisée. Par contre, une hospitalisation n'est pas envisagée.

5. *Pour quelle raison une dépendance à l'alcool connue de longue date n'a jamais été annoncée jusqu'en novembre 2019 ?*

Par déni, Monsieur A. _____ ne nous a annoncé son passé alcoolique qu'en novembre 2019. Il nous informait alors, que sa consommation excessive d'alcool a débuté en 2002 à l'apparition du problème de genoux et de ses lombalgies causant son arrêt de travail. Ensuite, il a subi la première intervention en 2008 avec placement de prothèse du genou gauche, et en 2018 une deuxième intervention avec placement de prothèse du genou droit.

Depuis son annonce, nous avons commencé un travail de sevrage qui continu à être maîtrisé à ce jour.

6. *Quelle est l'anamnèse alcoolologique complète ? Quel est le rapport actuel à l'alcool évalué selon des outils structurés (critère CIM-10, consommation selon OMS, AUDIT, CAGE,...) ? Des tentatives de sevrage ont-elles été effectuées ? Si oui, pourriez-vous nous transmettre la documentation s'y rapportant ?*

L'anamnèse alcool a été difficile vu le déni du patient. Il arrive actuellement à reconnaître une consommation quotidienne (apéro avec son voisin à raison de 2-3 verres de vin/jour).

7. *En cas d'abstinence, selon quels critères est-elle objectivée ? Des tests biologiques sont-ils effectués ?*

Les tests et les bilans biologiques sont en cours et les résultats vous seront communiqués ultérieurement.

8. *Le cas échéant, une prise en charge addictologique en vue d'un sevrage est-elle exigible ? Sinon, selon quelle raison médicale ?*

Une prise en charge addictologique n'est pas envisageable pour le moment vu le déni du patient. Un travail de compliance est en cours.

9. *L'assuré est-il apte à conduire un véhicule automobile ?*

La conduite reste délicate vu les problèmes somatopsychiques du patient. Il peut conduire pour des trajets d'une distance maximum de 40 à 50 km et fait une pause à cause de ses problèmes de dos, genoux et pire avec la hanche."

Dans un avis médical du 17 juin 2020, le Dr D. _____ du SMR a fait le point de situation intermédiaire suivant :

"Discussion: Les éléments à disposition ne permettent pas de rendre plausible une modification significative de l'état de santé somatique vers un état incompatible avec les LF [limitations fonctionnelles] précédemment retenues. Le psychiatre traitant n'apporte pas d'éléments permettant de rendre plausible une aggravation des plaintes de l'assuré déjà examinées par le passé. Le seul traitement réintroduit suite à la nouvelle demande AI est léger, sans compliance vérifiée, et couramment prescrit dans la population active. On ne comprend pas que le psychiatre traitant puisse raisonnablement conclure à un épuisement des alternatives thérapeutiques. L'état psychique de l'assuré déjà non-incapacitant par le passé ne peut, par ailleurs, que s'améliorer avec une prise en charge adéquate et une modération de la consommation d'alcool. Cette dernière n'est pas problématique au sens de l'OMS et ne peut être retenue comme en soi incapacitante. Les critères de la dépendance qui doivent mener à un retrait obligatoire du permis de conduire ne sont manifestement pas présents. Nous ne mettons pas en évidence une aggravation rendue plausible de l'état de santé psychique et physique permettant de modifier nos précédentes conclusions."

Par courrier du 17 juin 2020 à l'OAI, le Dr I. _____ a fait savoir qu'une prothèse de la hanche droite était prévue le 26 juin 2020.

Aux termes d'un rapport du 5 octobre 2020 au médecin traitant, le DrH._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait part d'une évolution favorable trois mois après la pose de la prothèse de hanche droite.

Dans un rapport du 14 octobre 2020 à l'OAI, le Dr I. _____ a donné les réponses suivantes à un questionnaire adressé dans l'intervalle :

"1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte en plus de ses comorbidités somatiques.

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Nous estimons que l'accumulation des comorbidités de M A. _____ participe à l'aggravation psychique du patient. Comme vous êtes au courant, le patient souffre de calculs rénaux à répétition en plus de problèmes orthopédiques précités. Le traitement pris par le patient le fait uriner plus fréquemment et l'empêche de dormir. Anémie chronique et sensation d'épuisement permanent, hernie discale L4-L5, diabète type II et hypertension artériel[le]. En plus de l'apnée du sommeil avec monitoring oxygéné permanent depuis 2003.

Le patient a subi une intervention chirurgicale et placement d'une prothèse de hanche droit le 26.06.2020 avec rééducation post opératoire. Le patient vient avec des cannes aux consultations ramené par sa fille. Le patient est épuisé et déprimé de voir la dégradation continue de son état de santé. Le sommeil est plus difficile avec les douleurs et doit changer de position, les besoins urinaires assez fréquent[s] pour ses troubles rénaux en plus du port du masque d'oxygène durant la nuit pour ses apnées du sommeil.

Le patient ne peut pas marcher plus de 50 m ensuite il lui faut un soutien par des cannes. Le patient ne peut pas porter plus de 2 kg.

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? (Sur un taux de 100%, même si le taux contractuel est inférieur)

Capacité de travail est actuellement à 0 % et le pronostic de reprise d'activité professionnel[le] reste réservé.

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? (Sur un taux de 100%, dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)

Capacité de travail est actuellement à 0 % et le pronostic de reprise d'activité professionnel[le] reste réservé. Si le patient maintient une position assise plus de 10 mn, il lui sera très difficile de se lever.

5. *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*

Prothèses des deux genoux, prothèse de la hanche droite, hernie discale. Le patient vit mal sa maladie, anxieux et très angoissé car il n'arrive pas à trouver une solution pour pouvoir travailler et gagner sa vie.

6. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*

CIPRALEX cpr 20 mg 1-0-0-0

En plus de ses traitements somatiques : antidouleurs, traitement pour calculs rénaux, anti hypertensives, diabète, prostate, patozol et calcium.

7. *Autres remarques ?*

Santé du patient en dégradation somatique et psychique.”

Dans un avis médical du 18 novembre 2020, le Dr D. _____ du SMR a estimé que l'incapacité de travail actuelle de l'assuré dans une activité adaptée était en rapport avec la convalescence en lien avec une problématique orthopédique d'évolution favorable. Cela ne modifiait pas les précédentes conclusions sur le long terme. L'orthopédiste (Dr H. _____) ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Le médecin-conseil ne comprenait par ailleurs pas pour quelle raison ce médecin évoquait le futur professionnel de l'intéressé en tant que maçon, dite activité étant incompatible avec les limitations fonctionnelles. Il convenait de réinterroger l'orthopédiste après une consultation prévue en novembre 2020 avant de se prononcer sur l'état de santé stabilisé et la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. A défaut, une évaluation spécialisée serait nécessaire.

Dans un rapport de consultation du 1^{er} décembre 2020 au médecin traitant, le Dr H. _____ a confirmé l'évolution globale favorable après la pose de la prothèse de hanche droite qui ne nécessitait pas de nouvelle consultation avant un an, sauf en cas de problème. Concernant la

prothèse de hanche droite, l'arrêt de travail était prolongé jusqu'à la fin janvier 2021.

Aux termes d'un avis médical du 4 mars 2021, le Dr D. _____ du SMR a retenu que la capacité de travail de l'assuré restait nulle dans toutes activités ne respectant pas les limitations fonctionnelles, comme déjà retenu. Compte tenu de l'ensemble des éléments à disposition, dans une activité adaptée, les conclusions précédentes restaient valables, hormis une incapacité de travail entre juin 2018 et janvier 2019, et entre le 26 juin 2020 et janvier 2021, en lien avec des interventions chirurgicales.

Par un nouveau projet de décision du 26 mars 2021, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière du 1^{er} septembre 2018 au 30 avril 2019, et du 1^{er} septembre 2020 au 30 avril 2021 en raison de l'intervention sur le genou droit puis de la prothèse de hanche droite, puis à nouveau un quart de rente dès le 1^{er} mai 2019. L'OAI a rédigé un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision du 26 mars 2021.

Dans un avis du 8 avril 2021, le Dr D. _____ du SMR a estimé que dans son dernier rapport le Dr H. _____ indiquait clairement que la situation ne nécessitait pas de prendre en compte de nouveaux éléments susceptibles de diverger de son appréciation médicale quant à une incapacité de travail jusqu'à fin janvier 2021, et qu'il n'y avait manifestement pas de nouveau problème à signaler, ce qui pouvait être habituellement attendu à la suite d'une intervention chirurgicale courante d'évolution favorable. Pour le reste, les précédentes conclusions restaient valables.

Le 19 mai 2021, l'assuré, par son conseil, a demandé qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre et a produit les pièces suivantes :

- Un rapport du 27 avril 2021 du Dr H. _____, selon lequel lors de sa dernière consultation du 30 novembre 2020, il avait pu constater que

l'évolution à la suite de la mise en place de la prothèse totale de la hanche droite était favorable, avec un patient qui présentait encore des douleurs un peu diffuses. De son côté, ce médecin avait prolongé l'arrêt de travail jusqu'à fin janvier 2021. Vu les multiples problèmes de santé et antécédents, la reprise par l'assuré de son activité habituelle comme maçon semblait illusoire malgré un suivi médical pour ses ennuis de dos et ses autres problèmes de santé. Le Dr H._____ a ensuite critiqué le taux d'invalidité de 47 % retenu par l'OAI en se référant aux « tabelles de la Suva pour l'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon LAA ». Enfin, ce médecin a fait part de son impossibilité de se prononcer sur l'état de santé actuel, indiquant que pour déterminer la capacité de travail dans l'activité de maçon il convenait soit d'envoyer l'assuré dans les ateliers spécialisés (comme la Suva de Sion), ou sinon le réévaluer pour ses différents maux ;

- un rapport du 28 avril 2021 du Dr S._____, à teneur duquel ce médecin a diagnostiqué une maladie lithiasique rénale sur hydratation insuffisante, hyperoxalurie et hypocitraturie actuellement corrigée. A son avis le diagnostic d'une hyper calciurie iatrogène devrait se corriger avec l'arrêt du Calcimagon®. Il était possible que le traitement calcique, par un mécanisme inconnu du Dr S._____, ait empêché l'absorption de fer et que la situation se corrigerait. Un bilan de contrôle était prévu en septembre 2021 avec une analyse de l'urine acidifiée ;

- un rapport du 4 mai 2021 du Dr K._____ qui a relevé que l'assuré présentait depuis plusieurs semaines une reprise des douleurs autour de sa hanche droite, associées à un déconditionnement musculaire focal et global avec des dysbalances musculaires prédominant au niveau de la chaîne antérieure. Face à cette situation une prise en charge globale restait nécessaire. Il n'y avait pas de changement sur le plan médicamenteux.

Dans un avis médical du 4 juin 2021, le Dr D._____ du SMR a estimé qu'hormis un déconditionnement qui ne pouvait que s'accroître avec le maintien de l'inactivité, il n'y avait aucun élément significatif nouveau, et que les précédentes conclusions restaient valables.

Le 25 juin 2021, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 22 juin 2021 adressé à Me Carré par le Dr I._____. On extrait ce qui suit de ce rapport :

“Le patient présente une problématique alcoolique.

Selon la CIM-10, le diagnostic est le suivant :

- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, (F10).

Selon le discours du patient, l'alcool a comme fonction « une automédication » en lien avec ses douleurs physiques. Le patient vient juste d'aborder sa problématique alcoolique. De ce fait, nous pensons qu'il s'agit d'un alcoolisme secondaire (en cours d'investigation).

Le patient bénéficie d'une médication adaptée :

- *Cipralax* 20 mg, 1 comprimé le matin.
- *Stilnox* 10 mg, 1 comprimé au coucher.

Nous avons proposé au patient de faire une demande au Centre de la Douleur à Clarens, il a refusé en mettant en évidence l'aspect financier de cette prise en charge. ”

Par décisions du 8 juillet 2021, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2018 au 30 avril 2019, et du 1^{er} septembre 2020 au 30 avril 2021, le quart de rente versé depuis le 1^{er} janvier 2010 étant maintenu par ailleurs (du 1^{er} mai 2019 au 31 août 2020, et depuis le 1^{er} mai 2021).

F. Par acte du 13 septembre 2021, A._____, toujours représenté par Me Olivier Carré, a recouru contre ces décisions auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière sans limitation à compter du 3 avril 2018, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, il fait valoir qu'il ne saurait retrouver aucun emploi, même adapté, à ce jour, compte tenu de son parcours, de son déconditionnement, et de ses atteintes dégénératives. Il déplore que son invalidité de 47 % n'ait pas conduit à la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle, élément dont on ne trouve nulle

trace au dossier. Il déplore également que depuis l'évaluation de l'Oriph du début 2006, il n'y ait plus eu d'évaluation concrète de ses capacités réelles. Il observe que l'orthopédiste H._____ a attesté dans son rapport du 27 avril 2017 [recte : 2021] une incapacité de travail totale jusqu'à fin janvier 2021, mais sur la seule base théorique de la convalescence d'une pose de prothèse de hanche réalisée en 2020, préconisant une évaluation à la CRR ou dans une structure d'ateliers. A ses yeux, il est difficile de croire que la dimension psychique qui s'est ajoutée à son cas depuis la fixation de son quart de rente consécutive à l'arrêt du Tribunal fédéral de 2010, indépendamment des aggravations somatiques et du déconditionnement, n'ait pas contribué à augmenter son degré d'invalidité déjà fixé à 47 %. Il fait valoir dans ce cadre que les nouveaux éléments auront assurément péjoré sa situation de deux ou trois pourcents, justifiant ainsi l'octroi d'une demi-rente. Il relève également que dans son avis du 18 novembre 2020, le Dr D._____ du SMR observait qu'une évaluation spécialisée serait nécessaire si toutes les interrogations n'étaient pas levées par le Dr H._____. Or à ses yeux, il se trouve désormais dans la situation envisagée par le SMR. Il ajoute que l'alcoolisme qu'il a développé est « clairement secondaire ». A cet égard, il note que si cette atteinte n'est pas invalidante à elle seule, « ce qui a été retenu et qui est probablement exact », il reste que cette nouvelle dimension se surajoute à la liste de ses troubles de la santé, estimant que son rôle n'est pas nul. Il se prévaut enfin du fait que le Dr I._____ a observé que ses troubles psychiques étaient fluctuants, ce qui pouvait expliquer qu'ils soient passés inaperçus des médecins l'ayant examiné autrefois à la demande de l'OAI. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire externe, neutre, et indépendante, actualisée depuis celle de 2017 ; il requiert également des évaluations pratiques et concrètes par des stages en ateliers d'évaluation. Avec son recours, il a produit un rapport du 14 mai 2020 [recte : 2021] du Dr I._____ à Me Carré, qui a indiqué que le patient était ouvert à une thérapie de sevrage d'alcool, que son évolution sur le plan psychique était fluctuante, avec péjoration suite aux frustrations de voir sa santé physique se dégrader ; il présentait une

impatience et une irritabilité avec son entourage, et il se sentait fatigué quasiment en permanence.

Dans sa réponse du 13 octobre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En substance, il retient que, sur le plan médical, il n'est fait état d'aucun élément objectif qui aurait été ignoré et susceptible de modifier sa position. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire n'est pas justifiée. S'agissant de la question de l'âge, l'intimé retient que l'écoulement du temps ne peut en soi légitimer l'octroi d'une rente d'invalidité ou son augmentation après un premier refus ou une allocation seulement partielle d'une rente. Enfin, concernant les mesures d'ordre professionnel, seule une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) pouvait être proposée sur demande du recourant.

Par réplique du 17 mars 2022, le recourant soutient que l'OAI lui-même n'a pas cru aux conclusions du N._____, puisqu'il n'a pas supprimé la rente, alors qu'une capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 30 % était retenue. Il se prévaut ensuite d'un rapport du Dr I._____ du 19 novembre 2021 qu'il produit, estimant que l'appréciation du psychiatre traitant est diamétralement opposée à celle des experts du N._____. Dans un autre moyen, il déplore que l'OAI n'ait pas investigué son problème hématologique en lien avec le taux de ferritine, ni une hémochromatose diagnostiquée en 2006 lui valant des « saignées » tous les trois mois, en sus d'un diabète et d'une hypertension. Il se prévaut ensuite d'un rapport du Dr K._____ du 21 décembre 2021, qu'il produit également, ainsi que d'un rapport du Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 1^{er} février 2022. Il fait encore état de lithiases rénales qui ont conduit à la pose d'une sonde. Dans la mesure où le Dr B.E._____ refusait de lui répondre, il a requis son audition en qualité de témoin.

Le recourant a notamment produit les pièces suivantes avec son écriture:

- Un rapport du 25 juin 2018 du Prof. U._____, spécialiste en médecine interne et en hématologie, faisant état d'un déficit fonctionnel en Facteur X et d'une hémochromatose connue depuis 2006 avec saignées tous les trois mois ; l'hémochromatose était décrite comme très bien contrôlée à l'heure actuelle ;
- un rapport d'URO-CT du 1^{er} novembre 2018 confirmant la présence d'un calcul de onze millimètres de diamètre ;
- un rapport du 6 février 2019 du Dr B.E._____ posant le diagnostic de status post lithotripsie et mise en place de sonde Pigtail à droite, l'opération du 4 février 2019 ayant consisté en l'ablation de sonde Pigtail ;
- un rapport du 1^{er} mai 2019 du Dr B.E._____, confirmant qu'il y avait lieu d'enlever la sonde Pigtail ;
- un rapport du 7 juillet 2020 du Dr H._____, qui a relevé que l'intervention (prothèse de hanche droite) s'était déroulée sans complication ;
- un rapport du Dr J._____, médecin traitant, du 23 avril 2021 à Me Carré, qui a indiqué suivre le patient principalement pour son diabète, et jouer le rôle de médecin de premier recours. Dans l'impossibilité de fournir plus d'informations pour appuyer la demande de prestations de l'assurance-invalidité, ce médecin a indiqué que son patient était tenu à l'écart du monde du travail depuis plusieurs années ;
- un rapport du Dr I._____ du 19 novembre 2021 posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de trouble de l'adaptation avec des réactions mixtes, anxieuses et dépressives (F43.22), depuis juin 2016 ; le Dr I._____ a relevé que par rapport aux éléments mis en avant, figurant déjà dans son rapport de 2019 à l'AI, l'état psychique du patient était stationnaire, estimant que l'incapacité de travail demeurait totale ;

- la première page d'un rapport du 21 décembre 2021 du Dr K._____ qui a posé les diagnostics de péri arthropathie hanche droite, de status après prothèse de hanche droite (juin 2020), de spondylolisthésis dégénératif L4-L5 (canal lombaire étroit L5-S1 sur lipomatose), de status après prothèse totale de genoux bilatérale (2008, 2018 à droite), d'hypertension artérielle, de diabète type II et d'obésité, et qui rapporte les douleurs signalées par le patient ;
- un rapport du 1^{er} février 2022 du Dr R._____ à Me Carré, selon lequel l'atteinte présente au niveau du pied droit ne devrait pas avoir d'influence négative durable sur les capacités de travail et de gain du patient, qui serait limité dans ses déplacements environ six semaines post-opératoires, de même les douleurs au talon gauche ne devraient pas non plus avoir d'influence négative à long terme sur la capacité de travail du patient ;
- des courriers envoyés par son avocat au Dr B.E._____ afin d'obtenir copie de son dossier ;
- un courrier du 28 février 2020 du Dr B.E._____ demandant le versement de 300 fr. pour réponse aux questions posées par l'avocat ;
- un courrier de Me Carré du 17 mars 2022 au Dr B.E._____ lui demandant de lui envoyer le dossier complet de son patient.

En duplique, le 5 avril 2022, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours. Il s'est référé à un avis SMR du 28 mars 2022 du Dr D._____, selon lequel l'hémochromatose avait été prise en compte lors de la précédente expertise. Sur les versants psychiatrique, urologique et orthopédique, il n'était mis en évidence aucune atteinte nouvelle ou qui pourrait être durablement incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues, au besoin avec des moyens de chaussage simples et usuels.

Le 22 juin 2022, le recourant a maintenu sa requête de production du dossier du Dr B.E._____, et subsidiairement son audition.

Le 30 juin 2022, l'OAI a confirmé sa position.

Le 7 juillet 2022, le recourant a renouvelé sa requête de production du dossier détenu par le Dr B.E._____.

G. Le 31 octobre 2022, le Dr B.E._____ a été prié d'envoyer le dossier complet de l'assuré à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il ressort en particulier du dossier les éléments suivants :

- un rapport du 14 mai 2020 du Dr S._____, qui a posé les diagnostics de lithiases d'acide urique, de très légère hyperoxalurie et d'hydratation encore légèrement insuffisante, et noté que les propositions actuelles étaient de maintenir les boissons et le traitement d'Urocit® pour prévenir une nouvelle lithiase d'acide urique. L'hyperoxalurie paraissait peu sévère et ne semblait pas nécessiter un traitement calcique pour l'instant. Le Dr S._____ proposait de vérifier l'évolution des troubles métaboliques d'ici environ six mois pour s'assurer du bien-fondé de la prise en charge ;

- un rapport du 9 juillet 2020 du Dr T._____, chef de clinique adjoint du Service de gériatrie et réadaptation à l'Hôpital [...] ([...]), mentionnant un séjour du 30 juin au 8 juillet 2020 au [...] pour coxarthrose droite traitée par arthroplastie totale de la hanche par voie postérieure le 26 juin 2020 par le Dr H._____ ;

- un rapport du 29 septembre 2020 du Dr S._____ faisant état d'une hyperoxalurie avec hydratation légèrement insuffisante ;

- un rapport du 3 mars 2022 au Dr J._____, dans lequel le Dr S._____ a posé les diagnostics d'hypocitraturie corrigée, d'absence de défaut métabolique pouvant promouvoir des lithiases rénales en ce moment, de status après nombreuses lithiases rénales, de diabète type 2 non insulino-requérant, d'hypertension artérielle traitée et de probable prostatisme

symptomatique. Selon le médecin traitant, la situation était parfaitement corrigée, le patient ayant compris la nécessité de boire suffisamment.

Les parties ont été invitées à déposer leurs éventuelles déterminations sur ce dossier.

Le 29 novembre 2022, l'OAI a indiqué qu'il n'existait pas de motifs pertinents l'amenant à modifier sa position qu'il confirmait en tout point, en se référant à un avis du SMR du 26 novembre 2022, à teneur duquel le Dr D. _____ a estimé que les éléments médicaux ressortant du dossier détenu par le Dr B.E. _____ ne comportaient pas d'éléments significativement nouveaux pour la période à examiner, et que les précédentes conclusions restaient valables.

Le 12 décembre 2022, le recourant a indiqué renoncer à l'audition du Dr B.E. _____, mais maintenir les termes de son recours, ainsi que sa requête d'expertise médicale pluridisciplinaire.

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 estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 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. a) Le litige porte sur l'étendue du droit à la rente du recourant.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date des décisions litigieuses rendues le 8 juillet 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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. 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).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

e) 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).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

g) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces divers documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées).

h) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 assécurologique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

4. a) En l'espèce, le recourant fait pour l'essentiel valoir que son état de santé s'est péjoré, et que l'ensemble de ses atteintes justifie l'octroi d'une rente de degré plus élevé qu'un quart de rente, dès avril 2018.

Il convient de comparer la situation qui prévalait lorsqu'a été rendue la décision du 12 janvier 2018 à savoir la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec celle prévalant lorsque les décisions du 8 juillet 2021 ont été rendues.

S'agissant de la situation qui prévalait en janvier 2018, les experts du N._____ ont posé les diagnostics incapacitants de lombosciatalgie chronique bilatérale à prédominance gauche avec claudication neurogène dans le contexte de spondylolisthésie L4-L5 de grade I et de canal lombaire étroit au niveau L4-L5, des gonalgies gauches résiduelles après et status post ostéotomie tibiale, la mise en place d'une prothèse totale de genou (PTG) gauche dans le cadre d'une gonarthrose, une gonarthrose droite, des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques, et des omalgies chroniques sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec conflit sous-acromial ; ils ont par ailleurs conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité de maçon de manière définitive, mais que sa capacité de travail était de 100 %, avec diminution de rendement de 30 %, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Sur la base de cette expertise, l'OAI a estimé qu'il n'y avait pas lieu à augmentation du quart de rente (invalidité de 47 %) versé à l'assuré depuis le 1^{er} janvier 2010.

Dans le cadre de la procédure de révision initiée le 3 avril 2018 à la demande du recourant, l'OAI lui a reconnu une incapacité de travail totale entre juin 2018 et janvier 2019, et entre le 26 juin 2020 et janvier 2021, en lien avec les interventions chirurgicales orthopédiques. L'intéressé a présenté une incapacité de travail totale du 28 juin 2018 au

31 janvier 2019 en raison de l'intervention au genou droit, puis du 26 juin 2020 au 31 janvier 2021 en lien avec la pose de la prothèse de la hanche droite (cf. avis SMR des 18 novembre 2020 et 4 mars 2021). L'intimé a retenu pour le surplus que les conclusions précédentes restaient valables, à savoir une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, aucune aggravation au plan psychique ne pouvant être retenue (cf. avis SMR des 11 mars 2019, 24 avril, 17 juin, 18 novembre 2020 et 4 mars 2021).

b) Contrairement à ce que soutient le recourant, son cas a été largement instruit sur le plan médical. En particulier, dans le cadre de la révision initiée en novembre 2015, une nouvelle expertise, pluridisciplinaire, a été mise en œuvre par l'OAI. Comme dit, c'est sur la base de celle-ci que l'OAI a maintenu le droit à un quart de rente par décision du 12 janvier 2018.

En l'occurrence, le recourant se prévaut surtout de l'écoulement du temps ainsi que de la durée de son éloignement du marché du travail pour plaider qu'aucune activité, même adaptée, ne lui serait désormais accessible. Or, au vu des pièces médicales au dossier, le déconditionnement de l'assuré n'apparaît pas comme la conséquence d'une atteinte à la santé mais d'un mode de vie sédentaire et inactif, respectivement de l'absence prolongée d'activité professionnelle. Comme le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion d'en juger, ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. TFA I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En effet, cela reviendrait à admettre qu'une personne est invalide par le seul fait d'avoir subi une longue période d'inactivité professionnelle, ce qui n'est conforme ni à la lettre ni à l'esprit de l'art. 4 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (actuellement, voir les art. 7 et 8 LPGA). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, son incidence sur la capacité de travail

ne saurait d'emblée être niée (TF 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

c) Le recourant déplore également l'absence de mise en œuvre de mesures de réadaptation, respectivement d'évaluation concrète par des stages. Ce faisant, il perd de vue que lors de l'instruction de sa demande initiale, le Service de réadaptation professionnelle de l'OAI a organisé en 2006 un stage de quatre semaines au COPAI à [...] pour évaluer ses aptitudes à la réadaptation et sa capacité de travail. A cette occasion, il a été constaté que seules des activités légères, permettant l'alternance des positions et ne sollicitant pas le maintien de la tête fléchie sur le plan de travail pouvaient lui être proposées ; l'intéressé était capable d'exécuter divers travaux à l'établi comme du conditionnement léger, mais au vu de son air abattu et résigné, les rendements restaient limités de 27 à 35 % (cf. rapport du 1^{er} mai 2006 de l'Oriph COPAI d'[...] [pièce 58] ; rapport final du 14 juin 2006 de la Division administrative de l'OAI [pièce 60]). Faute pour l'assuré d'avoir montré une motivation suffisante à entreprendre un reclassement professionnel, l'OAI a calculé son préjudice sur la base d'une approche théorique (cf. décisions du 15 mars 2012). En 2017, les experts du N._____ ont relevé que le recourant possédait peu de ressources personnelles pour une autre activité professionnelle que celle qu'il a toujours pratiquée, maçon ; il n'avait pas les capacités de planification, de structuration, de flexibilité et de changement, à appliquer ses compétences, et de persévérance (expertise, p. 23). Certes, en cas de réduction ou de suppression de la rente d'invalidité d'un assuré âgé de plus de 55 ans, il y a lieu, en principe, de mettre en œuvre des mesures de réadaptation également lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5). Le cas du recourant n'est cependant pas visé par cette jurisprudence, puisque le quart de rente initialement octroyé n'est pas remis en cause.

d) Le volet psychiatrique a en outre été investigué. A cet égard, les seuls rapports du Dr I._____ ne rendent pas vraisemblable une péjoration à ce niveau. Le psychiatre traitant pose des diagnostics incapacitants qu'il fait remonter au mois de juin 2016. Il a attesté d'une

incapacité de travail totale de son patient qu'il date au début du suivi le 26 août 2015, soit à une époque antérieure à l'expertise pluridisciplinaire N._____ de mai 2017. Or, l'expert psychiatre a retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger (F32.0). Le bilan effectué, basé sur une analyse complète du dossier et un examen détaillé accompagné de tests, a montré une amélioration de l'état de santé depuis le suivi psychiatrique au mois d'octobre 2015. Pour l'expert, l'existence d'un trouble dépressif ayant existé au mois d'octobre 2015 ne pouvait pas être exclue, mais ce dernier avait totalement régressé sous l'effet du traitement (expertise, p. 42). Le recourant oppose à l'appréciation des experts un rapport du 19 novembre 2021 du Dr I._____ ; il indique que son patient présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotique (F32.2) et un trouble de l'adaptation avec des réactions mixtes, anxieuses et dépressives (F43.22), depuis le mois de juin 2016, la poursuite du traitement étant sans changement notable au niveau des symptômes, et des facteurs physiques et psychiques contre-indiquant une réadaptation professionnelle ou une reprise d'activité. Pour le Dr I._____, l'incapacité de travail est toujours totale et, en présence de ces facteurs qui s'inscrivent dans la durée, un pronostic d'une reprise d'activité professionnelle n'est plus de mise. Le Dr I._____ ne rapporte toutefois aucun changement notable sur le plan psychiatrique. Son analyse paraît procéder d'une appréciation divergente d'un état de fait posé sur le plan médical, sans reposer sur un examen clinique, ni prendre en considération la nécessité d'une approche globale et circonstanciée du cas. Le psychiatre traitant ne fait du reste pas mention de la dépendance à l'alcool. Au vu de son contenu, cet avis s'avère insuffisant pour valablement remettre en doute les constatations et conclusions des experts du N._____.

e) Le recourant reproche à l'OAI de s'être « focalisé » sur l'avis de l'orthopédiste H._____ qui a limité l'arrêt de travail à la fin du mois de janvier 2021 alors que le SMR indiquait, dans son avis du 18 novembre 2020, la nécessité d'une évaluation spécialisée au cas où des interrogations subsistaient. Le Dr H._____ a toutefois été clair dans ses

avis successifs. Il n'y avait dès lors pas lieu à complément sur ce point. Le 5 octobre 2020, cet orthopédiste a fait part d'une évolution favorable trois mois depuis la pose de la prothèse de hanche droite, sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Le 1^{er} décembre 2020, il a confirmé l'évolution globale favorable et a prolongé l'arrêt de travail jusqu'à la fin du mois de janvier 2021 ; en l'absence de nouveau problème à signaler tel qu'attendu à la suite d'une intervention chirurgicale courante d'évolution favorable, aucun élément objectif n'était de nature à faire diverger ce médecin de son appréciation. Dans son rapport du 27 avril 2021, le Dr H. _____ ne fait au demeurant pas état de complication pour l'arthroplastie totale de la hanche par voie postérieure le 26 juin 2020 justifiant une prolongation de l'incapacité de travail au-delà du mois de janvier 2021. Du reste, dans son avis du 18 novembre 2020, le Dr D. _____ n'a pas estimé qu'une évaluation spécialisée serait nécessaire dans tous les cas, mais a indiqué qu'il conviendrait de se prononcer à réception des informations provenant du Dr H. _____.

f) L'alcoolisme dont le recourant fait état ne constitue, de son propre aveu, pas une atteinte invalidante à lui seul, si bien qu'il n'y a pas lieu d'examiner plus en détail cet aspect.

g) Le recourant fait également valoir qu'« à quelques encâblures de l'âge de la retraite » il ne peut guère espérer un retour à une capacité de travail significative. C'est le lieu de rappeler qu'il n'incombe pas à l'assurance-invalidité de prendre en charge toutes les situations où le bénéficiaire d'une rente partielle ne trouve pas de travail en raison de son âge. L'écoulement du temps - qui ne constitue pas une atteinte à la santé au sens des art. 3 et 4 LPGA et qui est un paramètre inéluctable pour tous les assurés - ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente, sinon tout bénéficiaire de rentes partielles approchant les soixante ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre une rente entière (TF 9C_156/2011 du 6 septembre 2011 consid. 4.2 et 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5 et les références).

Le recourant ne se trouve par ailleurs pas dans la même situation qu'un assuré qui présente pour la première fois une demande de prestations peu d'années avant d'atteindre l'âge ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-vieillesse et survivants et dont l'assurance-invalidité exige, par le biais de la prise en considération du revenu qu'il peut obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (art. 16 LPGA), un changement (hypothétique) d'activité. Dans le cas d'une demande initiale, il s'agit de déterminer les effets concrets d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail et les conséquences économiques qui en découlent au moment de la naissance du droit à la rente. L'intéressé se trouve alors confronté pour la première fois à l'exigence d'un éventuel changement d'activité. Lors d'une nouvelle demande ou d'une révision du droit aux prestations, il s'agit d'examiner si un changement de circonstances important susceptible d'influencer le taux d'invalidité évalué antérieurement s'est produit. Dans cette constellation, l'assuré sait en raison de la procédure antérieure qu'un changement d'activité est attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. En conséquence, si la seule modification réside dans l'écoulement du temps et, partant, a trait à « l'âge avancé » de l'assuré, ce facteur en soi ne peut entraîner l'application de la jurisprudence rendue à ce sujet et publiée *in* ATF 138 V 457 consid. 3.1, selon laquelle, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs. Admettre le contraire reviendrait à faire prendre en charge par l'assurance-invalidité les répercussions économiques de l'écoulement du temps pour les assurés auxquels le droit à une rente (ou à une rente plus élevée) a été nié une première fois, à la seule condition qu'ils présentent une nouvelle demande ou une demande de révision au moment où ils se trouvent proches de l'âge donnant le droit à la rente de vieillesse (TF 9C_156/2011 et 9C_50/2010 précités). Or, en l'espèce, l'exigibilité est toujours celle ressortant de l'expertise de mai 2017, rendue alors que le

recourant était âgé de moins de 61 ans (58 ans), et qui lui laissait plus de quatre ans de travail avant d'atteindre l'âge de la retraite.

h) Le recourant déplore que l'OAI n'ait pas investigué son problème hématologique en lien avec le taux de ferritine, ni une hémochromatose diagnostiquée en 2006 lui valant des « saignées » tous les trois mois, en sus d'un diabète et d'une hypertension. Or, l'hémochromatose a été prise en compte lors de l'expertise pluridisciplinaire du N._____ de 2017 qui l'a retenue en tant que diagnostic sans incidence sur la capacité de travail (expertise, p. 20). Cette maladie génétique est au demeurant décrite comme « très bien contrôlée à l'heure actuelle » par le Prof. U._____ dans son rapport du 25 juin 2018.

i) Le recourant soutient encore qu'il est difficile de croire que depuis 2010, son état de santé ne se soit pas dégradé de manière à augmenter son degré d'invalidité, fixé à 47 %, pour atteindre 50 %, et donc ouvrir le droit à une demi-rente. Or, sous réserve des périodes d'incapacité de travail totale entre juin 2018 et janvier 2019, puis entre juin 2020 et janvier 2021, en lien avec les interventions chirurgicales orthopédiques (au genou droit, avec incapacité de travail totale du 28 juin 2018 au 31 janvier 2019, et à la hanche droite, avec incapacité de travail du 26 juin 2020 au 31 janvier 2021), l'état de santé du recourant est superposable à celui qui était le sien lors de la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire N._____, en 2017, puis lorsque la décision du 12 janvier 2018 a été rendue.

Comme déjà dit, l'hémochromatose a été prise en compte lors de la précédente expertise.

Au plan psychiatrique, comme indiqué ci-avant, la situation ne s'est pas non plus aggravée.

Sur les versants urologique et néphrologique, les éléments au dossier sont suffisants pour établir que le recourant ne présente pas

d'atteinte à la santé invalidante. Dans un rapport du 23 avril 2021, le médecin traitant (Dr J._____) fait part uniquement de son rôle de médecin de premier recours pour le suivi du diabète de l'assuré. Aucun élément objectif au dossier n'établit une décompensation du diabète. Quant au rapport du 21 décembre 2021 du Dr K._____, il ne fait pas mention d'atteintes à la santé qui n'auraient pas déjà été prises en compte.

Le dossier du Dr B.E._____ ne contient pas d'éléments nouveaux pour la période à examiner. On y trouve divers rapports de laboratoires allant de 2016 à 2020 en lien avec les atteintes à la santé déjà examinées. Le rapport du 9 juillet 2020 du Dr T._____ se réfère à un séjour de l'assuré du 30 juin au 8 juillet 2020 en lien avec des affections déjà connues et qui, sur le plan fonctionnel, permettent à l'assuré de rester indépendant dans toutes les activités quotidiennes et de se déplacer sans nécessiter l'aide du CMS. Les rapports du Dr S._____, dont le dernier du 3 mars 2022, ont trait à une atteinte à la santé (maladie lithiasique rénale) parfaitement corrigée, avec une hydratation suffisante, sans hyperoxalurie, ni d'hyper-calcurie.

Dans son rapport du 1^{er} février 2022, le Dr R._____ constate une atteinte au niveau du pied droit (déformation en orteils en marteau des deuxième et troisième rayons) qui certes devait limiter l'assuré dans ses déplacements jusqu'à environ six semaines post-opératoire. Selon ce médecin, il ne devrait pas y avoir d'incidence négative durable sur la capacité de travail. Les douleurs présentées au talon gauche (fasciite plantaire subaiguë) ne devraient pas non plus avoir d'influence négative à long terme sur la capacité de travail du recourant. Le Dr D._____ du SMR a au demeurant relevé, par avis du 28 mars 2022, que le rapport du Dr R._____ mentionne des atteintes des pieds couramment rencontrées dans la population générale qui ne sont pas susceptibles d'engendrer une incapacité durable, mais uniquement lors de la convalescence si le recourant choisit de les traiter chirurgicalement. En outre, selon le rapport du 21 décembre 2021 du Dr K._____, la physiothérapie ne semble pas nécessaire à l'assuré dont le traitement reste inchangé.

j) Sous réserve des deux périodes d'incapacité de travail totale du 28 juin 2018 au 31 janvier 2019 en raison l'intervention au genou droit, puis du 26 juin 2020 au 31 janvier 2021, en lien avec la pose de la prothèse de la hanche droite, la situation est ainsi superposable à celle qui avait cours lors de la décision du 12 janvier 2018.

k) Les calculs des taux d'invalidité ne sont pour le surplus pas contestés en tant que tels. Vérifiés d'office, les calculs opérés par l'intimé peuvent être confirmés, sans qu'il y ait lieu de revenir plus en détail sur les évaluations des pertes de gain.

l) Dans ces conditions, l'OAI était fondé à octroyer au recourant une rente entière du 1^{er} septembre 2018 au 30 avril 2019, et du 1^{er} septembre 2020 au 30 avril 2021, et à maintenir par ailleurs le quart de rente versé depuis le 1^{er} janvier 2010 (du 1^{er} mai 2019 au 31 août 2020, et depuis le 1^{er} mai 2021).

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, sans qu'il y ait lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et d'« évaluations pratiques et concrètes par des stages renouvelés depuis ceux de 2006, en ateliers d'évaluation ». En effet, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant (let. b) sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Olivier Carré peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 21 décembre 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'799 fr. 65, arrondie à 3'800 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. Les décisions rendues le 8 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 3'800 fr. (trois mille huit cents francs), débours et TVA compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :