

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 juillet 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Piguet, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Franck-Olivier Karlen,
avocat à Morges,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 et 29 LAI.

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 196[...], boucher-charcutier de formation, a travaillé auprès de [...] SA en tant que magasinier-responsable des expéditions, de 1989 au 30 mai 2019. Il s'est par la suite inscrit auprès de l'assurance-chômage et a perçu des indemnités perte de gain maladie.

Sur demande du médecin conseil de l'assurance-chômage, l'assuré a adressé une demande de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de troubles dégénératifs de la colonne lombaire L5-S1 gauche occasionnant des absences répétées depuis le mois d'avril 2020. Le 20 octobre 2020, il a déposé une demande de prestations, en raison de cette atteinte.

Dans un rapport du 7 novembre 2020, le Dr C. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic de lombo-pygalgies bilatérales à prédominance gauche, sur antélisthesis L5-S1 de grade II dans le cadre d'une lyse isthmique bilatérale et de déconditionnement global modéré, avec effet sur la capacité de travail. Il a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de baisse de l'humeur et du seuil de tolérance à la douleur, d'obésité, d'insuffisance veineuse des membres inférieurs sur status variqueux opéré des deux côtés, de kératocône bilatéral, de status post cure de hernie inguinale dans l'enfance et d'allergie aux pollens. L'assuré présentait des douleurs lombaires qui étaient devenues permanentes depuis un an. Il avait ensuite développé des gonalgies traitées par physiothérapie, laquelle avait accentué les lombalgies. Le Dr C. _____ a constaté que la capacité de travail était nulle dans l'activité de boucher et probablement de 50 % dans une activité adaptée avec un port de charges ponctuel de 5-10 kg, pas de position en porte-à-faux et/ou torsion du tronc et pas de position statique prolongée. L'activité de magasinier pourrait être adaptée.

Dans un rapport du 15 novembre 2020, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, a confirmé le diagnostic de lombo-pygalgies bilatérales posé par le Dr C._____. Dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50 % dès le 1^{er} septembre 2020. L'activité devait respecter les limitations fonctionnelles suivantes : limitation du port de charges à 5-10 kg, éviter le piétinement sur place et les mouvements en porte-à-faux. Le Dr Q._____ a joint deux rapports que le Dr C._____ lui avait adressés les 15 juillet et 5 octobre 2020, dont le contenu était similaire à celui du 7 novembre 2020 à l'OAI.

Le 23 février 2021, l'assuré s'est entretenu avec un collaborateur de l'OAI. Il a expliqué que malgré la capacité de travail à 50 % reconnue par son médecin traitant, son cas n'était pas stabilisé et qu'il ne se voyait pas suivre une mesure en raison de son état de santé (rapport initial d'intervention précoce du 23 février 2021). Par courrier du même jour, l'OAI a informé l'assuré que pour l'instant des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, complété le 8 mars 2021, le Dr C._____ a ajouté le diagnostic incapacitant de gonalgies gauches sur syndrome fémoro-patellaire. Les diagnostics d'obésité et de baisse de l'humeur avaient désormais une influence sur la capacité de travail. Le Dr C._____ a indiqué que la situation s'était modérément aggravée avec une diminution du périmètre de marche à 30-50 mètres. La capacité de travail était toujours nulle dans l'activité de boucher et désormais inférieure à 30 % dans une activité adaptée, soit insuffisante sur le premier marché de l'emploi. Le Dr C._____ a ajouté les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité à bout de bras et diminution de l'endurance, pauses régulières. Le Dr C._____ n'avait plus effectué d'examen depuis son dernier rapport. Toutefois, l'assuré avait consulté le Dr R._____, spécialiste en neurochirurgie, après l'échec de traitements par infiltration. Ce médecin avait retenu une indication opératoire. Le Dr C._____ a joint le rapport du 16 décembre 2020 du Dr R._____ et ceux

des 13 novembre, 16 décembre 2020 et 8 février 2021 établis par le Dr P._____, spécialiste en anesthésiologie.

Le 7 mai 2021, le Dr R._____ a opéré l'assuré et a pratiqué un TLIF (arthrodèse intersomatique lombaire transforaminale) L4-L5 et L5-S1 et une spondylodèse postérieure L4-S1 avec pose d'une cage. Dans un rapport à l'OAI du 15 juin 2021, ce médecin a retenu le diagnostic de spondylolisthésis de L4 à S1. Dans le protocole opératoire, qu'il a joint, il retenait également les diagnostics de discopathie L4-L5 et L5-S1 et sténose récesso-foraminale L4-L5 et L5-S1. Le Dr R._____ a précisé que la capacité de travail serait évaluée lors du contrôle post-opératoire.

En réponse à l'OAI, le Dr C._____ a indiqué, le 18 décembre 2021, que l'assuré gardait des lombalgies intenses depuis l'opération, indépendantes des positions, et se disait limité dans la réalisation de certains exercices. Il n'y avait plus d'irradiation dans les membres inférieurs. Les diagnostics incapacitants et les limitations fonctionnelles demeuraient inchangés. Le Dr C._____ n'avait plus effectué d'examen complémentaire depuis son dernier rapport. Il a retenu une capacité de travail nulle dans toutes activités. La question d'une éventuelle réadaptation devrait être réévaluée dans le courant de l'année 2022.

Dans un rapport du 11 janvier 2022, le Dr R._____ a fait état d'un status neurologique dans la norme avec une limitation de port de charges à 10 kg. Il a renvoyé pour le surplus à ses rapports des 18 juin, 23 juillet et 2 novembre 2021. Il en ressortait que l'évolution de l'état de santé était favorable, avec une amélioration de la marche et des douleurs aux membres inférieurs, même si des douleurs résiduelles lombaires persistaient en dépit d'un matériel d'ostéosynthèse en place. Une amélioration totale et globale ne semblait pas possible de ce point de vue. Le Dr R._____ précisait qu'il ne voyait pas comment l'assuré pourrait reprendre une activité professionnelle lourde et soutenait son patient dans sa demande AI.

Suivant un avis du SMR, l'OAI a informé l'assuré le 10 février 2022 qu'un examen médical auprès de son service médical paraissait nécessaire et qu'il serait ainsi reçu par le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, le 28 février 2022.

Dans son rapport du 5 avril 2022, le Dr J._____ a retenu le diagnostic principal de dorsolombalgies avec pygalgies bilatérales à prédominance gauche dans le cadre d'un status après spondylodèse de L4 à S1 pour antélisthesis de L5 sur S1 de grade II dans le cadre d'une lyse isthmique bilatérale et d'un déconditionnement global modéré, et le diagnostic secondaire de syndrome rotulien gauche dans le cadre d'une gonarthrose gauche fémoro-tibiale interne avec chondropathie de grade IV de la crête de la rotule, avec effet sur la capacité de travail. Le Dr J._____ a encore posé les diagnostics d'obésité avec BMI à 42 et de discret status variqueux des membres inférieurs dans le cadre d'un status variqueux bilatéral opéré. Après avoir examiné l'assuré et relevé des incohérences entre les douleurs alléguées et les activités réalisées au quotidien, le Dr J._____ a constaté que l'assuré était totalement incapable de travailler dans ses activités précédentes de boucher et de magasinier. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 70 % compte tenu des limitations fonctionnelles. Les limitations fonctionnelles retenues étaient, pour le rachis, l'alternance des positions 2 à 3 fois par heure ou à la guise de l'assuré, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, et pour le membre inférieur, pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de franchissement régulier d'escaliers ou de marche en terrain irrégulier, limitation de la marche à 30 minutes et pas de position debout de plus de 30 minutes. La capacité de travail était exigible depuis le 7 novembre 2021, soit six mois après l'opération, ce qui était habituellement le temps nécessaire pour reprendre une activité adaptée après ce type d'intervention sans complication post-opératoire. Le Dr J._____ a exposé les motifs pour lesquels l'incapacité de travail n'était pas supérieure à 30 %.

Le 8 avril 2022, l'OAI s'est vu remettre des rapports médicaux, dont ceux des Drs R. _____ et P. _____ figurant déjà au dossier, ainsi que les rapports de radiographies de la colonne lombaire réalisées après l'opération de l'assuré, et des rapports établis les 3 mars, 14 juin, 19 septembre, 12 novembre 2021 et 2 février 2022 par le Dr C. _____.

Dans un rapport final de réadaptation du 2 juin 2022, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a estimé qu'au vu de l'ensemble de la situation (âge, parcours professionnel, limitations fonctionnelles), il n'existait aucune mesure simple et adéquate susceptible de réduire le préjudice économique de l'assuré. Dans une fiche de calcul du même jour, il a arrêté le revenu sans invalidité à 79'966 fr. 27 et le revenu avec invalidité à 43'769 fr. 23, après abattement de 10 %. Il a retenu que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement.

Dans un projet de décision du 13 juin 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité, du 1^{er} avril 2021 au 28 février 2022, puis à un quart de rente, dès le 1^{er} mars 2022. Il a retenu que l'assuré était incapable de travailler depuis le 13 janvier 2020 et présentait toujours une incapacité de travail à 50 % une année plus tard, à l'issue du délai d'attente. Le droit à une rente existait, mais ne prenait naissance que six mois après le dépôt de la demande de prestations, à savoir dès le 1^{er} avril 2021. En revanche, à partir du 7 novembre 2021, l'assuré était capable de travailler à 70 % dans une activité adaptée. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était de 45 %. Il ouvrait droit à un quart de rente à partir du 1^{er} mars 2022, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

Le même jour, l'OAI a accordé à l'assuré une aide au placement.

Le 12 septembre 2022, l'assuré, désormais représenté par son conseil, a soulevé des griefs à l'encontre de ce projet de décision. Il a contesté sa capacité de travail, soutenant que celle-ci serait bien inférieure au taux de 70 % retenu, se fondant sur les constatations du Dr C._____ du 16 juillet 2022. Le Dr C._____ estimait la capacité de travail de l'assuré à 30 %, en tenant notamment compte du syndrome dorso-lombo-vertébral dont il souffrait. Son degré d'invalidité était ainsi supérieur à 45 %. En outre, il souffrait d'un kératocône bilatéral, pathologie attestée par l'ophtalmologue U._____, qui devait être pris en considération dans l'appréciation de son état de santé.

Sollicité pour avis, le SMR a relevé le 3 octobre 2022 que les rapports produits par l'assuré n'apportaient pas d'élément nouveau. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr C._____ avaient déjà été prises en compte. S'agissant de l'atteinte ophtalmique, le Dr U._____ n'évoquait pas de diminution de la capacité de travail, pas plus que les rapports au dossier.

Par courrier du 12 octobre 2022, l'OAI a pris position sur les éléments avancés par l'assuré, indiquant que son projet de décision serait confirmé en l'absence d'élément nouveau.

Par décision du 27 octobre 2022, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2021 au 28 février 2022, puis un quart de rente dès le 1^{er} mars 2022, conformément à son projet de décision.

B. Par acte du 28 novembre 2022, M._____, toujours représenté par son conseil, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée postérieurement au 28 février 2022, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Il a contesté l'appréciation de la capacité de travail faite par le Dr J._____, lui reprochant son caractère médico-théorique, son ancienneté et son absence de prise en compte de

son syndrome dorso-lombo-vertébral. En outre, son état de santé s'était aggravé et son incapacité de travail était désormais totale, ce qu'attestait le Dr C._____. Dans un rapport du 8 décembre 2022, le Dr C._____ relavait encore que le SMR n'avait pas pris en compte dans son examen la contracture musculaire du rachis présentée par l'assuré. Au demeurant, son âge, ses atteintes à la santé, ses limitations fonctionnelles et son éloignement du milieu professionnel depuis 2019 rendaient sa réinsertion professionnelle irréaliste. Enfin, au vu de son âge et de la réduction de son droit à une rente, il avait droit à des mesures d'ordre professionnel. Le recourant a encore conclu à ce qu'une expertise soit mise en œuvre, afin de déterminer son état de santé.

Par réponse du 23 janvier 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il s'est référé à un nouvel avis du SMR du 10 janvier 2023 au terme duquel les constats du Dr C._____ n'apportaient aucun élément nouveau.

Le 15 février 2023, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a adressé un rapport établi le 25 janvier 2023 par le Dr X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, concluant à une capacité de travail de 30 à 40 % maximum dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes : station assise de maximum 30 minutes, activité en station debout statique de maximum 30 minutes, montée et descente fréquentes des escaliers, accroupissement-acheminement-soulèvement des objets par terre, levée ponctuelle de poids de maximum 10 kg et port de charges de 5 kg, sans répétition, durée de travail de 2-3 heures par jour, pas de rotation du tronc en charge et les activités en flexion prolongée du tronc. Dans un rapport du 7 février 2023, le Dr H._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie, a posé le diagnostic de kératocône bilatéral prononcé aux deux yeux, avec une importante perte de la fonction visuelle à gauche.

Se déterminant le 22 mars 2023, l'intimé a indiqué que l'appréciation de la capacité de travail pouvait être maintenue sur le plan rhumatologique. Se référant à un nouvel avis SMR du 13 mars 2023, il a

ajouté que des mesures d'instruction complémentaires étaient nécessaires pour déterminer les limitations fonctionnelles sur le plan ophtalmologique et a suggéré la mise en place d'une expertise.

Le 29 mars 2023, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique.

Le 15 mai 2023, le recourant a produit un rapport établi le 12 mai 2023 par le Dr C._____, indiquant que la situation n'avait subjectivement pas changé et que les limitations fonctionnelles persistaient, tout comme l'incapacité de travail dans toutes activités.

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 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 du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 28 février 2022, le recourant contestant la réduction de son droit à un quart de rente.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS

831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). La réglementation y relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1^{er} janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1^{er} janvier 2022). Il en est de même lorsque le moment de la naissance du droit à la rente est antérieur au 1^{er} janvier 2022, comme c'est le cas en l'occurrence.

3. a) 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).

b) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) Pour 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 un élément important 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

5. Le recourant conteste l'appréciation de sa capacité de travail dans une activité adaptée, considérant que celle-ci a été surévaluée par le Dr J._____ lors de son examen clinique rhumatologique. Il lui reproche notamment de ne pas avoir pris en considération l'ensemble de la situation, à savoir son atteinte ophtalmique, et d'avoir sous-estimé son syndrome dorso-lombo-vertébral.

a) Sur le plan ophtalmologique, le recourant souffre depuis 2010 d'un kératocône bilatéral qui est stable. Cette pathologie ne l'a pas empêché de travailler, étant porteur de lentilles rigides qu'il supporte bien (cf. rapport du 7 février 2023 du Dr H._____ et certificat du 18 août 2022 du Dr U._____). Il est vrai que le Dr C._____ a retenu ce diagnostic comme n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail dans ses différents rapports, et que le recourant n'a pas fait état de gêne oculaire dans ses activités quotidiennes. Cela étant, il s'agit d'une atteinte de longue durée qui affecte les deux yeux, bien que plus prononcée à gauche, qui peut fluctuer au cours de la journée. Compte tenu de ces éléments, la mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique paraît nécessaire afin de déterminer l'effet éventuel de cette pathologie sur la capacité de travail, mesure à laquelle le SMR a adhéré (cf. avis du 13 mars 2023), ce d'autant plus que la presbytie, qui apparaît avec l'âge, peut être difficile à compenser avec des lunettes.

b) Sur le plan rhumatologique, l'OAI s'est référé aux conclusions du Dr J._____. Le rapport de ce médecin remplit les réquisits

jurisprudentiels permettant de lui conférer une pleine valeur probante. En effet, le Dr J. _____ a examiné avec soin les éléments du dossier, qu'il a résumés ; il a ensuite réalisé l'anamnèse du recourant et listé ses plaintes. Il a procédé à un examen par système, puis examiné le status général, neurologique et ostéoarticulaire. Dans le cadre de son analyse, il a en outre pris connaissance des éléments du dossier radiologique. Il a alors posé des conclusions claires et dénuées de contradictions. Rejoignant les médecins qui ont examiné le recourant, il a retenu le diagnostic de dorsolombalgies avec pygalgies bilatérales à prédominance gauche dans le cadre d'un status après spondylodèse de L4 à S1 pour antélisthésis de L5 sur S1 de grade II dans le cadre d'une lyse isthmique bilatérale et d'un déconditionnement global modéré, associé à un diagnostic de syndrome rotulien gauche dans le cadre d'une gonarthrose gauche fémoro-tibiale interne avec chondropathie de grade IV de la crête de la rotule. Sans effet sur la capacité de travail, il a fait état d'une obésité avec BMI à 42 et d'un discret status variqueux des membres inférieurs dans le cadre d'un status variqueux bilatéral opéré.

Le Dr J. _____ a livré une appréciation du cas très étayée, en retenant en particulier qu'aux plans ostéoarticulaire et neurologique, l'assuré marchait normalement sans boiterie, également sur la pointe des pieds et sur les talons, s'accroupissait pratiquement complètement bien que cela entraîne des lombalgies et se relevait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique était parfaitement normal, sans trouble sensitivomoteur des quatre membres, sans syndrome radiculaire - les épreuves de Lasègue étant négatives des deux côtés mais limitées par des lombalgies (60° à gauche, 65° à droite). Au plan rachidien, il a noté de discrets troubles statiques du rachis dorsal. La mobilité lombaire était diminuée mais l'assuré présentait également 2/5 signes comportementaux selon Waddel et 1/2 signe comportemental de Kummel. En revanche, la mobilité cervicale était satisfaisante, si ce n'était les latéoflexions cervicales qui étaient légèrement limitées mais indolores. La mobilité des articulations périphériques était bien conservée, seule la mobilité des hanches était un peu limitée par le tissu adipeux. L'assuré présentait également un syndrome rotulien gauche. C'est sur cette base que le Dr

J._____ a retenu des limitations fonctionnelles pour le rachis et les membres inférieurs, à savoir l'alternance des positions 2 à 3 fois par heure ou à la guise de l'intéressé, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeau ou d'échelle, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche ou de position debout de plus de 30 minutes.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr J._____ a constaté qu'elle était nulle dans les activités habituelles de boucher et de magasinier. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il a retenu une incapacité de travail de 30 %. Il a précisé à cet égard qu'il n'y avait aucune raison biomécanique pour attester une incapacité de travail supérieure à 30 %. Elle était arrêtée à ce taux au vu des limitations fonctionnelles qui, en se surajoutant, entraînaient une baisse de rendement. Une incapacité supérieure ne se justifiait pas, au vu du status radiologique satisfaisant après l'opération du 7 mai 2022, révélant des disques intersomatiques de L4 à S1 avec un matériel prothétique en place, sans déplacement secondaire, ni signe de descellement, ni fracture péri-prothétique. L'assuré ne présentait pas non plus de trouble sensitivo-moteur ou de syndrome radiculaire. En outre, le Dr J._____ a relevé d'importantes discordances entre les plaintes douloureuses alléguées par l'assuré, évaluées à 7-8/10, et la description de sa journée type, l'assuré étant capable de conduire durant 30 minutes, de se déplacer en train, de faire les commissions et d'accompagner sa fille au travail tous les jours. L'assuré disposait en conséquence de bonnes ressources mobilisables au quotidien, mais ne se montrait pas motivé par la reprise d'une activité professionnelle et demeurait passif face à sa maladie. Le Dr J._____ a conclu que l'assuré présentait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à partir du 7 novembre 2021, soit six mois après l'intervention chirurgicale.

Aucun élément du dossier ne vient sérieusement contredire cette appréciation. Dans ses rapports des 18 juin et 23 juillet 2021, le Dr

R._____ estime que le recourant ne sera plus capable de travailler dans une activité lourde, mais qu'une reconversion professionnelle est envisageable, avant d'indiquer, dans son rapport du 2 novembre 2021, qu'il ne peut que soutenir l'assuré dans le sens de la demande AI, ne voyant pas comment il pourrait retrouver une activité professionnelle. Cette dernière remarque n'est toutefois pas médicalement étayée par une péjoration de la situation, le Dr R._____ ayant au contraire relevé une évolution très largement favorable. Elle reflète plutôt une certaine empathie envers son patient et ne saurait en conséquence être suivie.

Dans ses rapports postérieurs à l'examen rhumatologique, le Dr C._____ n'amène pas d'élément objectif nouveau, ni ne motive l'incapacité de travail qu'il atteste, alors même qu'il signale une situation relativement stable (rapport du 2 février 2022). Dans son rapport du 16 juillet 2022, il reproche au Dr J._____ de ne pas avoir tenu compte du syndrome dorso-lombo-vertébral malgré la description clinique réalisée. Or, il est constant que le Dr J._____ a pris en compte dans son rapport tous les éléments décrits par les médecins avant lui pour évaluer la capacité de travail de l'assuré, y compris ce syndrome évoqué par le Dr C._____ le 18 décembre 2021. En outre, il apparaît, contrairement à ce que soutient le Dr C._____, que le Dr J._____ a lui aussi constaté une contracture musculaire du rachis lors de son examen clinique, faisant état d'un Schober lombaire de 10-12 cm dans le chapitre consacré au status ostéoarticulaire. S'agissant d'une constatation clinique, et non d'une pathologie, elle a été prise en compte à juste titre dans les plaintes, dans la description de la vie quotidienne, dans les discordances mises en évidence, et dans les limitations fonctionnelles. Ces deux éléments ont donc été dûment pris en compte dans l'appréciation globale de la capacité de travail. Dans son rapport du 16 juillet 2022, le Dr C._____ conteste encore l'appréciation de la capacité de travail faite par le Dr J._____, procédant de sa propre évaluation. Or celle-ci n'est pas aussi étayée médicalement que celle à laquelle s'est livré le Dr J._____. On constatera par ailleurs que le Dr C._____ retient les mêmes limitations fonctionnelles que le médecin du SMR. En cela, il se livre à une appréciation différente d'une même situation. On relèvera toutefois que,

par inadvertance, la décision entreprise ne reprend que les limitations fonctionnelles concernant le rachis, à l'exclusion de celles relatives aux membres inférieurs, sans que cela n'ait toutefois d'incidence sur le bienfondé de la décision. Enfin, on ne saurait reprocher au Dr J._____ de s'être référé aux ressources du recourant dans la vie de tous les jours et d'avoir ainsi relevé des incohérences entre les plaintes alléguées et les activités quotidiennes, se livrant de ce fait à une appréciation globale de la situation, ce que le Dr C._____ ne fait pas. Au demeurant, le réseau social qui entoure l'assuré n'est qu'une composante des ressources prises en considération par le Dr J._____. Aussi, la comparaison de la situation de l'assuré à celle d'une personne tétraplégique apparaît hors de propos. S'agissant des réponses que le Dr C._____ apporte aux propositions de traitement du Dr J._____, il y a lieu d'observer que cela n'est pas relevant dès lors que la capacité de travail n'est pas conditionnée à un traitement. Les rapports du Dr C._____ ne permettent donc pas de douter du bien-fondé des conclusions du Dr J._____.

Quant à l'appréciation du Dr X._____, elle ne saurait pas non plus être suivie. Ce médecin ne rapporte pas d'élément nouveau objectif survenu depuis l'examen du SMR ou depuis la décision litigieuse, dans le sens d'une aggravation de la situation. Il relève en revanche une diminution des douleurs, lesquelles ne sont plus que lombaires. Les limitations fonctionnelles retenues sont également similaires à celles relevées par le Dr J._____. Enfin, le Dr X._____ n'étaye pas médicalement les motifs justifiant une capacité de travail diminuée dans une activité adaptée.

c) Partant, si le plan somatique a été évalué à satisfaction par le Dr J._____, force est de constater que l'évaluation de la capacité de travail ne tient pas compte de l'atteinte ophtalmologique dont souffre le recourant. Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

Il appartiendra à l'OAI de mettre en œuvre une expertise auprès d'un spécialiste en ophtalmologie, afin de déterminer l'influence éventuelle du kératocône sur la capacité de travail de l'assuré, en particulier dans une activité adaptée. Procédant à une évaluation globale de la situation, l'OAI veillera à reprendre l'ensemble des limitations fonctionnelles mises en évidence concernant le rachis, les membres inférieurs ainsi que les éventuelles limitations sur le plan ophtalmologique. Une fois l'ensemble des renseignements recueillis, si l'OAI entend rendre une nouvelle décision octroyant puis réduisant ou supprimant une rente d'invalidité, il examinera s'il y a lieu de mettre en œuvre des mesures préalables d'observation professionnelle ou des mesures de réadaptation, au vu de l'âge du recourant (ATF 145 V 209).

6. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

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 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 27 octobre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Franck-Olivier Karlen (pour M. _____),
- 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 :