

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 octobre 2016

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Rossier et M. Riesen, assesseurs  
Greffière : Mme Chapuisat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 16 LPGGA ; art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant hongrois né le 11 février 1954, réside sans interruption en Suisse depuis 1978 et est au bénéfice d'un permis C. Après avoir effectué un apprentissage en Hongrie de peintre en bâtiment, il a exercé cette profession en Suisse auprès de divers employeurs.

Le 6 juillet 1998, l'assuré 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), indiquant comme atteinte des lésions au dos depuis le mois de mars 1997.

L'instruction de cette demande a permis d'établir que l'assuré souffrait de lombalgies communes sur discrets troubles statiques, d'anomalie de transition et de séquelles modérées de Scheuermann sans atteinte fonctionnelles, de status après hernies discales L3-L4 gauche et L5-S1 droite, avec atteinte séquellaire du réflexe achilléen droite sans signe irritatif actuel et de status après plastie du ligament croisé antérieur droit (cf. rapport d'examen clinique bidisciplinaire du Service médical régional de l'assurance-invalidité [ci-après : SMR] du 4 mars 2002).

Par décision du 18 mars 2003, confirmant un projet de décision du 27 mars 2002, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 1998 au 28 février 1999 basée sur un degré d'invalidité de 50%, selon la motivation suivante :

« Au vu des divers renseignements en notre possession, notamment l'examen clinique bidisciplinaire effectué par notre Service Médical Régional, nous constatons que vous présentez une incapacité de travail depuis le 4 mars 1997.

A l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'article 29 LAI, soit au 4 mars 1998, votre incapacité de travail et de gain et de 50%.

Puis, dès le 13 février 1999 à ce jour, votre capacité de travail et de gain est entière.

Par conséquent, vous avez droit du 1<sup>er</sup> mars 1998 au 28 février 1999 à une rente de l'AI basée sur un degré d'invalidité de 50% ».

N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision du 18 juin 2003 est entrée en force.

Dans l'intervalle, l'assuré a continué d'exercer son activité de peintre en bâtiment auprès de divers employeurs de 1999 jusqu'à la fin de l'année 2009, alternant les périodes d'activité et de chômage. Il n'a depuis lors plus exercé d'activité professionnelle en raison de son état de santé.

**B.** Le 27 avril 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant comme atteintes à la santé une gonarthrose bilatérale, une radiculopathie L3/L4 gauche, ainsi qu'une atteinte sévère de l'épaule gauche et ce, depuis plusieurs années. Il a également indiqué avoir été en incapacité de travail totale du 16 novembre au 6 décembre 2009, en incapacité à 50% du 7 décembre 2009 au 3 janvier 2010 puis à nouveau incapable de travailler à 100% du 4 janvier au 31 mai 2010.

Dans un rapport du 21 mai 2010 à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de syndrome radiculaire L3/L4 gauche sur hernie discale L3/L4 foraminale et extraforaminale gauche, d'atteinte de la coiffe de l'épaule gauche avec rupture du tendon du muscle sus-épineux et tendinopathie des muscles sous-scapulaires et sous épineux, de gonarthrose tricompartmentale bilatérale prédominant à droite sévère et de status post plastie ligamentaire du ligament croisé antérieur à droit avec rupture du ligament croisé antérieur. Il a précisé que l'aggravation de l'état de santé remontait au 28 octobre 2009 du fait des lombo-sciatalgies gauches auxquelles venaient s'ajouter les douleurs localisées à l'épaule et au membre supérieur gauches. Il a estimé que l'assuré était totalement incapable de travailler depuis cette date et qu'une reprise du travail était impossible. Il a ajouté que le pronostic de l'assuré était dépendant de l'appréciation des spécialistes consultés. Les pronostics posés par le Dr H.\_\_\_\_\_ étaient

corroborés par trois rapports d'imagerie par résonance magnétique (IRM), annexés au rapport du 21 mai 2010.

Dans un rapport d'évaluation du 28 juin 2010, un collaborateur de l'OAI a indiqué que l'assuré ne parlait pas bien le français, qu'il était très difficile de le comprendre et que ses fonctions cognitives étaient de ce fait fortement diminuées.

Selon le rapport médical du 29 novembre 2010 à l'OAI, les Drs D. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ du département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale depuis 2010 et de déchirure de la coiffe des rotateurs à gauche (muscle du sus-épineux) depuis 2008. Ils ont également indiqué le diagnostic non incapacitant de status post-plastie du ligament croisé antérieur du genou droit avec méniscectomie il y a 30 ans. Ces praticiens ont également relevé que l'assuré présentait des douleurs à l'épaule gauche de manière chronique depuis 2008 avec une aggravation depuis le mois de février 2010 et que ces douleurs étaient résistantes au traitement. Ils ont estimé que l'assuré était totalement incapable de travailler en tant que peintre en bâtiment à compter du 2 février 2010. Ces praticiens ont indiqué que l'assuré ne pouvait pas exercer d'activités uniquement en position assise ou debout, accroupi, à genoux, en terrain irrégulier, qu'il ne pouvait pas se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, soulever ou porter, monter sur une échelle ou encore monter les escaliers, depuis le mois d'avril 2010.

Une mesure d'observation professionnelle, organisée au centre COPAI de V. \_\_\_\_\_, devait avoir lieu du 6 juin au 3 juillet 2011. Elle a toutefois dû être interrompue après trois jours en raison de motifs médicaux, selon les certificats médicaux établis par le Dr H. \_\_\_\_\_ les 9 et 20 juin 2011.

Le 13 octobre 2011, l'assuré a subi une intervention chirurgicale de l'épaule droite.

Dans un rapport médical à l'OAI du 8 novembre 2011, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein service d'orthopédie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de déchirure de la coiffe des rotateurs à gauche, de gonarthrose bilatérale essentiellement fémoro-tibiale à droite comme à gauche et de status post-intervention chirurgicale au niveau de l'épaule droite par arthroscopie pour ténotomie du long chef du biceps, une réparation de la coiffe des rotateurs par arthrotomie associée à une acromioplastie et résection de la clavicule distale droite le 13 octobre 2011. Il a précisé que l'assuré était en incapacité de travail à 100% suite à l'opération de l'épaule droite et qu'il était trop tôt pour émettre un pronostic.

Sur questions du SMR, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef du service d'orthopédie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ a, le 25 janvier 2012, confirmé que malgré l'opération touchant son épaule droite, l'assuré souffrait également d'un problème à l'épaule gauche. Ce praticien a également relevé que les lombalgies dont souffrait l'assuré pouvaient entraîner des limitations fonctionnelles. Le Dr I.\_\_\_\_\_ a finalement précisé que le Dr O.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 29 novembre 2011, prévoyait un arrêt de travail à 100% jusqu'au 16 janvier 2012. L'assuré n'ayant pas été revu en consultation depuis cette date, il estimait que l'intéressé pouvait retravailler dès le 16 janvier 2012.

Dans un rapport du 13 février 2012, la Dresse C.\_\_\_\_\_ du SMR, a notamment retenu ce qui suit :

G.\_\_\_\_\_ : « Selon le service de chirurgie orthopédique du Centre hospitalier

- déchirure de la coiffe des rotateurs (sus-épineux) de l'épaule **gauche** (connue depuis 2008) en aggravation dès février 2010.
- Gonarthrose tri-compartmentale **bilatérale** prédominant à droite, avec exacerbation des gonalgies en mai 2010. Prise en charge jusqu'en août 2010.

- Douleurs et impotence fonctionnelle de l'épaule **droite**, en rapport avec une pathologie de la coiffe des rotateurs mise en évidence en juin 2010. Investigations complémentaires et traitements conservateurs, de peu d'effets. Le 13.10.2011, ténotomie du long chef du biceps, réparation de la coiffe des rotateurs, acromioplastie, et résection de la clavicule distale à droite
- Pas de lombalgies pouvant entraîner des limitations fonctionnelles
- Fin des IT dès le 16.01.2012
- **Limitations fonctionnelles :** activités uniquement en position assise/debout, activités exercées principalement en marchant, se pencher, travailler avec les bras au dessus de la tête, position accroupie/à genoux, rotation en position assise/position debout, soulever/porter + 5kg, monter sur échelle/échafaudage, monter les escaliers.

En résumé :

- Capacité de travail 0% dans l'activité habituelle, dès octobre 2009
- Capacité de travail 100% dans une activité adaptée, dès janvier 2012 ».

Dans son calcul du salaire exigible du 4 avril 2012, l'OAI, se basant sur le rapport SMR du 13 février 2012, a mentionné comme exemple d'activités adaptées la fonction d'opérateur de production ou de conditionnement dans l'industrie légère.

Il ressort ce qui suit d'une note de suivi faisant suite à un entretien à l'OAI le 4 avril 2012 :

« Durant l'entretien, l'assuré a eu une attitude défensive, n'acceptant pas les conclusions du SMR et encore moins l'exigibilité retenue dans une activité adaptée. L'assuré indique qu'il a toujours de fortes douleurs dans les épaules et les genoux. Il a rdv au Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ le 17.04.2012 pour des examens des épaules et afin que les médecins fixent une date pour l'opération de l'épaule G. L'assuré parle également d'une opération au genou qui interviendra après l'épaule. Il indique qu'il prend de nombreux antidouleurs et qu'il a un certificat médical qui mentionne une IT totale.

Nous informons l'assuré que les éléments médicaux au dossier, dont le rapport SMR tient compte, indiquent qu'il n'est plus en IT depuis le 16.01.2012. Par conséquent, nous retenons cette date comme celle de l'aptitude à la réadaptation ».

Par courrier du 10 avril 2012 au SMR annulant et remplaçant son rapport du 25 janvier 2012, le Dr I. \_\_\_\_\_, a précisé que l'arrêt de travail à 100% - initialement prévu jusqu'au 16 janvier 2012 -, avait été

prolongé lors des rendez-vous des 20 janvier et 24 février 2012 et que le prochain contrôle était prévu le 17 avril 2012. Il a également indiqué que la capacité de travail de l'assuré ne pourrait être déterminée que suivant l'évolution à ce prochain contrôle.

Par certificat médical établi le 17 avril 2012, le Dr I. \_\_\_\_\_ a prolongé l'incapacité de travail de 100% de l'assuré du 16 janvier au 16 juin 2012.

Dans un avis du 11 mai 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR a constaté ce qui suit :

« L'incapacité de travail a été prolongée. Un prochain contrôle était prévu le 17.4.2012. Cette échéance étant dépassée, je propose de demander un rapport d'évolution au Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_.  
Le rapport SMR du 13.2.2012 n'est plus d'actualité ».

Le 31 mai 2012, le Dr L. \_\_\_\_\_, chef de clinique au département de l'appareil locomoteur au Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_, a indiqué à l'OAI avoir vu l'assuré à la consultation ambulatoire à deux reprises, en mai puis en novembre 2011. Il a exposé que ses constatations étaient les mêmes que celles effectuées par ses collègues en 2010. Il a précisé ne pas avoir prescrit de nouvel arrêt de travail, ni planifié de traitement invasif chez l'assuré, dont la gonarthrose nécessiterait la mise en place d'une arthroplastie totale des deux genoux et a renvoyé au rapport du 29 novembre 2010 établi par les Drs D. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_. Concernant la prise en charge de la pathologie au niveau du membre supérieur droit, le Dr L. \_\_\_\_\_ a prié l'OAI de demander les renseignements complémentaires aux opérateurs concernés.

Dans un avis du 18 juin 2012, les Drs K. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ du SMR ont considéré que la réponse du Dr L. \_\_\_\_\_ ne permettait pas de se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré, puisqu'il l'avait revu pour la dernière fois en novembre 2011, date à laquelle la situation était inchangée par rapport aux descriptions précédentes. De ce fait, ces médecins ont proposé que l'assuré soit examiné au SMR par un orthopédiste.

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique orthopédique au SMR le 6 juillet 2012, par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a notamment retenu ce qui suit dans son rapport du 16 juillet 2012 :

« **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***
- **LOMBASCIATALGIES CHRONIQUES À G. DISCOPATHIES PLURIÉTAGÉES AVEC UNE HERNIE L3-L4 EXTRA-FORAMINALE G ET HERNIE PARAMÉDIANE ET LATÉRALE D L4-L5 (M.51).**
- **GONARTHROSE BILATÉRALE PRÉDOMINANTE À D. STATUS APRÈS PLASTIE DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR À D. M17.4.**
- **TENDINOPATHIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS DES DEUX ÉPAULES AVEC DÉCHIRURE DU SUS-ÉPINEUX ET ARTHROSE ACROMIO-CLAVICULAIRE. STATUS APRÈS ACROMIOPLASTIE ET RÉSECTION DE L'EXTRÉMITÉ DISTALE ET DE LA CLAVICULE ET RÉPARATION DE LA COIFFE DES ROTATEURS À D. M75.1.**
  
- ***sans répercussion sur la capacité de travail***  
**AUCUN.**

**APPRÉCIATION DU CAS**

Assuré âge de 58 ans, ayant travaillé comme peintre en bâtiment. Il souffre de lombalgies depuis les années 90 et des sciatalgies à G en 2007. Des hernies discales L3-L4 et L5-S1 ont été diagnostiquées en 1997. Suite à une rachianesthésie pour une orchydectomie en octobre 2009, exacerbation des lombosciatalgies à G avec un syndrome radiculaire L4 G. Une IRM effectuée au Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ montrait la présence d'une hernie discale L3-L4 extra-foraminale G et une hernie paramédiane D L4-L5. L'assuré a bénéficié de deux infiltrations en 2006, qui ont permis de soulager les sciatalgies. Les lombalgies ont persisté.

En ce qui concerne les genoux, l'assuré a fait une grave entorse avec déchirure du LCA, opéré en 1982, réopéré en 1992. Par la suite, il a développé des gonalgies bilatérales. En mai 2010, mise en évidence d'une gonarthrose bilatérale. L'assuré a été vu au Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, où ils ont prescrit un traitement conservateur et proposé une arthroplastie du genou D en cas de péjoration des symptômes. L'assuré souffre aussi de douleurs aux deux épaules, évoluant probablement depuis 2008, aggravées depuis février 2010. Les IRM des deux épaules ont montré des déchirures des tendons du sus-épineux ddc avec une arthrose acromio-claviculaire. Il a été opéré à D avec succès, car les douleurs nocturnes ont disparu. Actuellement, il a des douleurs, surtout [lors]qu'il fait des gestes au-delà de l'horizontale. En ce qui concerne l'épaule G, les douleurs sont beaucoup moins importantes. Elles apparaissent surtout qu'il fait des efforts et parfois la nuit. L'assuré a travaillé en tant peintre en bâtiment jusqu'au début de l'année 2010.

En ce qui concerne la capacité de travail, le métier de peintre en bâtiment n'est plus exigible, car il ne respecte pas les limitations fonctionnelles. Dans un travail parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré n'est pas complète, en raison des atteintes articulaires multiples et les douleurs. Sa capacité de travail résiduelle est évaluée à 75% dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles. Cette capacité est exigible trois mois après l'intervention de l'épaule D, c'est-à-dire à partir du 15.1.2012. Durant la période comprise entre janvier 2010 et octobre 2011, l'assuré aurait pu travailler dans une activité adaptée à 75%. Sa capacité de travail est nulle du 13.10.2011 au 14.01.2012.

### **Limitations fonctionnelles**

L'assuré peut exercer un métier sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner la position debout avec la position assise à sa guise. Il doit éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux. Il doit éviter le port de charges. Il doit éviter les métiers qui impliquent une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale et des gestes répétitifs de celle-ci. Des courts déplacements à plat sont possibles. L'assuré doit éviter les travaux à genoux ou accroupi.

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

Arrêt de travail à 100% à partir du 16.11.2009.

**lors ?** *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis*

Reprise de travail à 50% à partir du 07.12.2009.

Arrêt de travail à 100% à partir du 04.10.2010.

L'assuré n'est plus capable d'exercer son métier de peintre en bâtiment depuis le 04.01.2010.

Dans un métier parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles, il est apte à travailler à 75% à partir du 15.01.2012.

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 75% DEPUIS LE : 15.01.2012 ».

Dans un avis du 25 juillet 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que l'examen orthopédique précité confirmait l'incapacité de travail totale comme peintre en bâtiment, en raison des atteintes scapulaires, lombaires et des genoux et que l'intervention sur l'épaule droite justifiait une incapacité de travail totale dans toute activité du 13 octobre 2011 au 14 janvier 2012. Il a également indiqué que dans une activité adaptée, la capacité de travail était estimée à 75% depuis le 15 janvier 2012 et dans la période comprise entre octobre 2009 et octobre 2011. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a finalement précisé que cet avis complétait et modifiait le rapport SMR du 13 février 2012.

Selon un certificat médical établi le 21 août 2012 par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré a été incapable de travailler du 21 août au 4 décembre 2012.

Il ressort d'une note de suivi du 11 octobre 2012 que l'OAI a contacté le Dr X.\_\_\_\_\_ suite au certificat médical précité et que ce praticien a confirmé que ledit certificat ne concernait que l'activité habituelle, une activité adaptée demeurant possible.

Par courrier du 10 novembre 2012 à l'adresse de l'OAI, l'assuré a indiqué avoir été hospitalisé du 9 octobre au 2 novembre 2012 au Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ pour une hernie discale, avoir été opéré par le Dr J.\_\_\_\_\_ et suivre actuellement un traitement physiothérapeutique deux fois par semaine.

Dans un rapport médical du 25 avril 2013, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Service de neurologie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, a indiqué comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail des lombocruralgies déficitaires gauches depuis le 10 octobre 2012. Il a considéré que l'activité exercée était encore exigible sur le plan médical, si l'assuré restait assis. Il a précisé que l'intéressé ne pouvait pas exercer d'activités debout ou dans différentes position, ni principalement en marchant (en terrain irrégulier), accroupi, ni à genoux et qu'il ne pouvait pas monter sur une échelle ou monter les escaliers.

Était joint au rapport précité un rapport des Drs W.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, chef de clinique du Service de neurologie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, daté du 17 avril 2013 et adressé au Dr H.\_\_\_\_\_, relatif à une consultation ambulatoire du 25 mars 2013, dont on extrait notamment ce qui suit :

« **Anamnèse**

Il s'agit d'un patient de 59 ans opéré pour une cure de hernie discale foraminale L3/L4 gauche le 11.10.2012 avec un déficit à M0 au niveau du quadriceps. Il est connu pour des lombalgies depuis plusieurs années et présentait depuis un mois des lombocruralgies

gauches importantes résistantes à un traitement antalgique et corticoïdes. Il revient ce jour pour un contrôle clinique à 5 mois de sa prise en charge chirurgicale. Le patient ne décrit pas de douleur et rapporte une amélioration de la force motrice.

### **Status**

Force à M3 au niveau du quadriceps à gauche. Lasègue négatif, rétro-Lasègue positif à gauche. Réflexes rotuliens à gauche abolis depuis son opération du genou gauche. Le reste des réflexes sont symétriques, bilatéraux et non vifs.

[...]

### **Problèmes et attitude**

Le patient revient à cinq mois d'une intervention en urgence d'une exérèse de hernie discale L4-L5 gauche avec une bonne amélioration de la force motrice. Au vue de l'évolution clinique nous ne préconisons pas de revoir le patient mais restons à dispositions pour tout renseignement complémentaire ».

Dans un rapport du 10 mai 2013, transmis le 13 mai 2013 à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a indiqué les diagnostics d'arthrose du genou droit sévère et du genou gauche, d'une atteinte complexe de plusieurs tendons de l'épaule tant à droite qu'à gauche, d'une limitation douloureuse dans les mouvements du membre supérieur gauche au-dessus de l'épaule gauche et de lombosciatalgies persistantes avec faiblesse musculaire persistante du membre inférieur gauche. Ce médecin a indiqué que des traitements chirurgicaux étaient nécessaires s'agissant des atteintes aux genoux et à l'épaule, la physiothérapie ayant montré ses limites. Il a également précisé que l'assuré était en incapacité de travail à 100% depuis janvier 2010 et que du point de vue médical, on pourrait lui reconnaître une capacité de travail limitée en temps dans une activité alternant la position debout et assise, sans porte de charge, avec un périmètre de marche très limité, sur un terrain plat sans irrégularité, sans mouvement des bras au-dessus des épaules, sans accroupissement, sans usage d'échelles et sans flexion du tronc.

Suite à l'interpellation du SMR du 30 mai 2013, le Dr H.\_\_\_\_\_ a précisé que, d'un strict point de vue médico-théorique, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée serait de moins de 20% avec rendement diminué depuis le mois de septembre 2012.

Dans un avis du 1<sup>er</sup> juillet 2013, le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR, considérant la réponse du Dr H. \_\_\_\_\_ comme guère crédible, a préconisé une expertise rhumatologique ou un examen au SMR, afin de déterminer l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis l'examen clinique du 6 juillet 2012.

Dans un rapport du 26 août 2013 adressé au Dr N. \_\_\_\_\_, médecin traitant, et transmis à l'OAI le 30 août suivant, la Dresse Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics de lombo-sciatalgies gauches déficitaires persistantes après cure chirurgicale de hernie discale L3/L4 gauche avec conflit sur la racine L3 gauche le 11 octobre 2012, de canal lombaire étroit prédominant en L2/L3 et L3/L4 et discopathies dégénératives multiétagées, de gonarthrose bilatérale, de status post-3 interventions au genou droit pour déchirure du ligament croisé et de status post-rupture de la coiffe des rotateurs, ténotomie LCB, acromioplastie, résection acromio-claviculaire à droite (opération du 13 octobre 2011). Elle a précisé que malgré l'implication très active de l'assuré dans les traitements prodigués, la localisation multiple de ses douleurs et les limitations fonctionnelles engendrées par la pathologie lombaire et des genoux étaient incompatibles avec son ancienne activité professionnelle. Cette praticienne a relevé que le périmètre de marche de l'assuré était restreint à 500 mètres, que la station debout prolongée était difficile au-delà d'un quart d'heure, qu'il ne pouvait pas porter ni manipuler de poids, travailler en zone basse ni faire des mouvements de rotations du tronc. La Dresse Q. \_\_\_\_\_ a indiqué que, dans ces conditions, il lui paraissait illusoire que l'assuré puisse retourner dans une activité professionnelle autre que de type sédentaire, où il pouvait changer souvent de positions assis-debout.

Dans un rapport médical du 30 septembre 2013, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des lombo-sciatalgies gauches déficitaires persistantes après chirurgicale de hernie discale L3/L4 avec conflit sur la racine L3 gauche (opération du 11 octobre 2012), de canal lombaire étroit prédominant en L2/L3 et L3/L4 et discopathies dégénératives multiétagées, ainsi que de

gonarthrose sévère. Elle a également retenu les diagnostics non incapacitants de status post-3 interventions au genou droit pour déchirure du ligament croisé et status post-rupture de la coiffe des rotateurs, ténotomie LCB, acromioplastie, réduction acromio-claviculaire à droite. Elle a également mentionné un pronostic défavorable en ce qui concerne la récupération de la capacité de travail et attesté une incapacité de travail totale, pour une durée indéterminée, à compter du mois d'octobre 2012, précisant en outre que l'activité exercée n'était plus exigible sur le plan médical.

Le 13 juin 2014, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique au SMR par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans leur rapport du 30 juin 2014, les Drs F.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, ont résumé le cas de l'assuré en prenant en considération le rapport du 17 avril 2013 des Drs J.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, les rapports du 10 et 30 mai 2013 du Dr H.\_\_\_\_\_, ainsi que les rapports de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ des 26 août et 30 septembre 2013. Ils ont, pour le surplus, retenu ce qui suit :

#### **DIAGNOSTICS**

- ***Avec répercussion durable sur la capacité de travail***

-

- **GONARTHROSE BILATÉRALE ; RUPTURE DE LA PLASTIE DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR DROIT, DÉCHIRURES MÉNISCALES DES DEUX MÉNISQUES GENOU D ET G (M17.0).**
- **TENDINOPATHIE CHRONIQUE DE LA COIFFE DES ROTATEURS BILATÉRALE, AVEC DÉCHIRURE DU TENDON DU SUS-ÉPINEUX FAUCHE, ARTHROSE ACROMIO-CLAVICULAIRE BILATÉRALE (M75.1).**
- **LOMBALGIES CHRONIQUES AVEC PARÉSIE DU QUADRICEPS GAUCHE SÉQUELLAIRE À UNE HERNIE DISCALE L3-L4 GAUCHE OPÉRÉE LE 11.10.2012, ARTHROSE POSTÉRIEURE MODÉRÉE À SÉVÈRE PLURI-ÉTAGÉE, CANAL LOMBAIRE ÉTROIT EN L2-L3 D'ORIGINE DÉGÉNÉRATIVE (M54.5).**

- ***Sans répercussion sur la capacité de travail***

-

**AUCUN.**

#### **APPRÉCIATION**

[...]

Concernant la capacité de travail, au vu d'une force conservée aux membres supérieurs, d'une gestuelle non limitée jusqu'au niveau de l'horizontale, de la bonne tolérance de la position assise (au moins 1

heure sans changement de position), une activité sédentaire respectant les limitations fonctionnelles concernant la colonne lombaire, les épaules et les genoux est exigible. Les compétences physiques de l'assuré, malgré les atteintes ostéoarticulaires, ne permettent pas de justifier une capacité de travail de moins de 20 % dans une activité adaptée tel que l'affirme le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin traitant, dans son rapport du 30.05.2013. La Dresse Q. \_\_\_\_\_, médecin associée au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_, relevait dans son rapport du 26.08.2013 qu'une activité de type sédentaire, avec changements de position assis debout, lui semblait possible. Au vu d'un examen articulaire très proche de celui de juillet 2012, avec comme différence principale la disparition des sciatalgies mais la survenue d'une faiblesse du quadriceps gauche, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ concernant une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à partir du 15.01.2012, soit trois mois après l'intervention chirurgicale de l'épaule D. La fatigabilité accrue des épaules en rapport avec la tendinopathie chronique, la nécessité d'alterner les positions et d'augmenter les pauses, afin de soulager la région lombaire et les genoux, justifient une capacité de travail diminuée de 25%.

### ***Limitations fonctionnelles***

Rachis lombaire : posture prolongée penché en avant ou en porte-à-faux, position assise de plus d'une heure sans changement de position, port de charges supérieurs à 10 kg en bi-manuel.

Epaules : activité répétitive au-delà de l'horizontale, porte de charges supérieures à 10 kg.

Genoux : position à genoux ou accroupie, marché sur un terrain irrégulier, marche sur plus de 500 mètres.

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

Il y a une incapacité de travail de 100% à partir du 16.11.2009 dans la profession de peintre (cf rapport de l'employeur du 21.07.2011).

*Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Reprise du travail à 50 % à partir du 7.12.2009, puis arrêt de travail à 100 % à partir du 4.01.2010. La capacité de travail est restée nulle dans la profession de peintre à partir de cette date.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 75% à partir du 15.01.2012. La décompensation de la hernie discale avec survenue d'une parésie du quadriceps gauche, traitée chirurgicalement a provoqué une incapacité de travail totale limitée dans le temps également dans une activité adaptée du 11.10.2012, date de l'intervention chirurgicale, au 25.03.2013, date de la consultation neurochirurgicale lors de laquelle une évolution clinique favorable, notamment concernant la force de la jambe gauche, a pu être constatée (rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ et du Dr W. \_\_\_\_\_ du 17.04.2013).

***Concernant la capacité de travail***, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire dans le cadre de protrusions discales étagées, d'arthrose postérieure modérée à sévère, avec légère parésie persistante du quadriceps gauche après

ablation chirurgicale d'une hernie discale L3-L4, des épaules dans le cadre de la tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs avec arthrose acromio-claviculaire et des genoux avec l'arthrose tricompartmentale et dégénérescence méniscale.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVÉ HABITUELLE DE PEINTRE EN BÂTIMENT : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 75%

DEPUIS LE 15.01.2012

À TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION ».

Dans les documents intitulés « Calcul du salaire exigible » des 15 septembre et 8 octobre 2014, l'OAI a mentionné comme exemples d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré des activités industrielles légères et la surveillance de processus de production.

Le 4 novembre 2014, l'OAI a rendu le projet d'acceptation de rente suivant, dont la motivation est en substance la suivante:

**« Résultat de nos constatations :**

Depuis le 28 octobre 2009 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de S. \_\_\_\_\_ est considérablement restreinte.

Sur la base des renseignements requis tout au long de l'instruction du dossier de S. \_\_\_\_\_, notamment des expertises, des mesures d'orientation et pour finir l'avis de notre Service Médical Régional et notre conseiller en profession, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence, le 28 octobre 2010, la capacité de travail de S. \_\_\_\_\_ tant dans son activité habituelle de peintre en bâtiment que dans une activité adaptée est nulle. A compter du 1<sup>er</sup> octobre 2010, il a donc droit à une rente basée sur une degré d'invalidité de 100%.

A compter du 15 janvier 2012, S. \_\_\_\_\_ présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de peintre en bâtiment, par contre, il présente une capacité de travail raisonnablement exigible de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (rachis lombaire : posture prolongée penché en avant ou en porte à faux, position assises de plus d'une heure sans changement de position, porte de charges supérieures à 10 kg en bi manuel ; épaules : activité[s] répétitives au-delà de l'horizontale, porte de charges supérieures à 10 kg ; genoux : position à genoux ou accroupie, marche sur terrain irrégulier, marche sur plus de 500 mètres).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est le cas de S. \_\_\_\_\_ - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le

revenu d'invalide (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 4'901.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1 ; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9,2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2012 (+ 1% pour 2011 et + 0.80% pour 2012 ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'420.00 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de S.\_\_\_\_\_ qu'il exerce une activité légère de substitution à 75%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 46'815.02 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de l'âge et du taux d'occupation, un abattement de 10% sur le revenu d'invalide est justifié.

Le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi à CHF 42'133.51 (exemples d'activités adaptées : activités industrielles légères, surveillance de processus de production).

Selon les renseignements de l'employeur de S.\_\_\_\_\_, il aurait perçu un salaire annuel de CHF 75'706.00 en 2012 en ce qui concernant l'activité habituelle de peintre en bâtiment.

**Comparaison des revenus :**

sans invalidité :	CHF 75'706.00
avec invalidité :	CHF 42'133.51
La perte de gain s'élève à	CHF 33'572.49 = un degré
d'invalidité de 44.35%	

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé, S.\_\_\_\_\_ a droit à un quart de rente de l'assurance invalidité.

La décompensation de la hernie discale survenue d'une parésie du quadriceps gauche, traitée chirurgicalement a provoqué une incapacité de travail totale limitée dans le temps également dans une activité adaptée du 11 octobre 2012 date de l'intervention chirurgicale jusqu'au 25 mars 2013, date de la consultation neurochirurgicale lors de laquelle une évolution clinique favorable, notamment concernant la force de la jambe gauche a pu être constatée.

En l'espèce, S. \_\_\_\_\_ a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité du 11 octobre 2012 au 25 mars 2013, ce qui lui donne droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> janvier 2013 jusqu'au 30 juin 2013.

Depuis le 25 mars 2013, S. \_\_\_\_\_ présente à nouveau une capacité de travail raisonnablement exigible de 75% dans une activité adaptée.

Selon la même méthode expliquée plus haut, et après une indexation des chiffres pour 2013, nous obtenons un revenu sans invalidité de CHF 76'668.00 et un revenu d'invalidité de CHF 42'428.45, soit un préjudice économique de CHF 34'234.55, d'où un degré d'invalidité de 44.66%.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013 (après trois mois d'amélioration de l'état de santé), S. \_\_\_\_\_ a, à nouveau droit à un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 45%.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

A partir du 1<sup>er</sup> octobre 2010, le droit à une rente entière est reconnu.  
A partir du 1<sup>er</sup> avril 2012, le droit à un quart de rente est reconnu.  
A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le droit à une rente entière est reconnu.  
A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013, le droit à un quart de rente est reconnu ».

Le 5 décembre 2014, l'assuré, par son conseil, a présenté des objections au projet précité, alléguant une incapacité de travail totale et une capacité de gain nulle donnant droit à une rente d'invalidité entière. Il a, en premier lieu, exposé que les atteintes retenues lors de l'examen rhumatologique du 30 juin 2014 étaient superposables à celles de l'examen du 16 juillet 2012, mais que les limitations fonctionnelles retenues en juin 2014 étaient plus légères. L'assuré a relevé que le SMR admettait qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'examen du 16 juillet 2012. Se basant en outre sur le rapport de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ du 26 mars 2013, l'intéressé a estimé qu'il appartenait de retenir des limitations fonctionnelles impliquant l'exercice d'une activité légère, sédentaire, sans port de charge ni gestes répétitifs et lui permettant d'alterner les positions à sa guise ou du moins plusieurs fois par heure. S'agissant de la capacité

de travail de 75% retenue par le SMR du 15 janvier au 11 octobre 2012 et à partir du 26 mars 2013, l'assuré l'a contestée au motif que les éléments au dossier démontraient qu'il n'avait pas retrouvé de capacité de travail significative depuis le mois de juin 2011. A partir de cette date, l'intéressé a souligné que l'état de ses épaules s'était péjoré, puis qu'il avait subi une décompensation de son hernie discale dans le courant 2012, ainsi que des problèmes aux genoux. Il a soutenu qu'en conséquence, l'aptitude de réadaptation devait être prise en compte à partir du 17 avril 2013, date de la consultation neurochirurgicale. L'assuré a en outre exposé que compte tenu de son âge - soit 59 ans révolus au moment de l'exigibilité médicale, soit le 17 avril 2013 -, et des exemples d'activité adaptée retenus par l'OAI, il n'était plus en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail ; dans la mesure où l'intéressé ne pouvait plus exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, il en résultait une incapacité de gain totale. Enfin, l'assuré a contesté le taux d'abattement de 10% dans la mesure où il ne tenait pas suffisamment compte du critère de l'âge et du taux d'occupation et a conclu à ce qu'un taux de 20% soit appliqué.

Le 12 juin 2015, l'OAI s'est déterminé comme suit sur les objections de l'assuré :

« Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. arrêt 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5).

Même si l'administration avait déjà recueilli différentes pièces médicales pendant l'instruction, notamment une expertise orthopédique auprès du SMR en date du 16.07.2012 il n'en demeure pas moins qu'il subsistait en l'occurrence des doutes quant à la capacité de travail du recourant, plus particulièrement en raison de l'opération de la hernie discale qui a eu lieu dans l'intervalle ; c'est

donc l'expertise rhumatologique du 13.06.2014 au SMR qui a permis de constater de manière fiable les faits déterminants quant à la capacité résiduelle de travail et l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée (même si les conclusions maintiennent une CT semblable depuis le même moment à celle qui prévalait lors de la précédente expertise). C'est donc à la date du 13.06.2014 qu'il convient d'examiner si on pouvait exiger de l'assuré qu'il mît en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. A ce moment, l'assuré a 60 ans et 4 mois.

Âgé de 60 ans et 4 mois, S.\_\_\_\_\_ n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré. Il convient d'admettre que ledit marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations fonctionnelles de votre mandant et accessibles sans aucune formation particulière. S.\_\_\_\_\_ n'a certes qu'une expérience comme peintre en bâtiments. Cependant, il a connu plusieurs employeurs, ce qui démontre qu'il présente des facultés à s'adapter à un nouvel environnement. Les limitations qu'il présente ne sont pas telles qu'aucune activité adaptée n'est possible. Aucune adaptation du poste de travail n'est de surcroît nécessaire. Nous basant sur les conclusions de l'examen rhumatologique du SMR qui remplit pour notre part, toutes les conditions pour avoir pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, c'est à juste titre qu'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée a été admise.

En ce qui concerne le calcul du revenu exigible, nous maintenons les chiffres retenus. L'abattement de 10% se justifie par le facteur de l'âge, ainsi que le taux d'occupation réduit. Les limitations fonctionnelles sont intégralement prise en compte dans la diminution de 25% de la capacité de travail, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à un abattement supérieur.

Au vu de ce qui précède, nous sommes dans l'obligation de maintenir notre position telle qu'elle ressort du projet litigieux ».

Le 6 juillet 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 4 novembre 2014.

On extrait ce qui suit d'un rapport médical établi le 17 août 2015 par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ :

« En tenant compte de toute sa pathologie, on peut bien comprendre que Q.\_\_\_\_\_ est inapte dans une activité qui exige la marche, la station debout prolongée, la station assise de longue durée, la manipulation et le port de charges, le travail en zone basse et haute. Cela s'explique par sa pathologie ostéo-articulaire localisée aux épaules, au rachis et aux genoux. L'AI lui a accordé une rente partielle et pour le reste de la capacité de travail résiduel, cet assuré ne pourrait pas faire face à un travail soi-disant adapté. En effet, mis

à part un travail physique, ce qui est incompatible avec son état de santé, il ne pourrait pas se réadapter dans un travail soi-disant léger, car il n'a aucune formation, il parle mal le français et il lui reste 4 ans jusqu'à la retraite. Humainement, on peut donc raisonnablement penser qu'il devrait bénéficier d'une rente complète ».

**C.** Par acte du 7 septembre 2015, S.\_\_\_\_\_, représenté par Procap Suisse, Service juridique, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement, sous suite de frais et dépens, à son annulation et la reconnaissance de son droit à une rente entière et, subsidiairement à l'annulation de la décision du 6 juillet 2015 et l'octroi à une demi-rente. A titre principal, le recourant conteste pouvoir concrètement exploiter économiquement et de façon réaliste sa capacité de travail. Il fait valoir qu'il était âgé de plus de 60 ans lorsque l'exigibilité d'une activité adaptée a été constatée (examen clinique rhumatologique SMR du 13 juin 2014), être sans formation professionnelle, avoir exercé pendant plus de trente ans en qualité de peintre en bâtiment et n'avoir jamais acquis d'expérience professionnelle dans d'autres domaines. Le recourant soutient que les activités adaptées citées en exemple par l'intimé - opérateur de production ou de conditionnement dans l'industrie légère, activité industrielle légère ou surveillance de processus de production - exigent au minimum de l'expérience dans ces secteurs, si ce n'est une formation. Par conséquent, l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - qui se situent à trois niveaux (rachis lombaire, épaules et genoux) impliquerait une reconversion professionnelle et présupposerait des facultés d'adaptation probablement insupportables. Le recourant souligne en outre que l'intimé n'a donné aucun exemple concret d'activités adaptées et qu'il apparaît peu probable qu'un employeur investisse le temps nécessaire à une formation - même minimale. De ce fait, le recourant fait valoir qu'il n'est plus en mesure de trouver un emploi adapté sur un marché équilibré du travail et qu'il ne peut dès lors plus exploiter sa capacité résiduelle sur le plan économique. Subsidiairement, il soutient qu'un abattement de 25% doit être appliqué au revenu avec invalidité, conduisant à un taux d'invalidité de 54% ouvrant le droit à une demi-rente.

Dans sa réponse du 3 décembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, en renvoyant pour l'essentiel à sa correspondance du 12 juin 2015. S'agissant du taux d'abattement, il expose que le taux de 10% correspond à la pratique de l'OAI en la matière et que le recourant n'apparaît pas subir un désavantage salarial supplémentaire en lien avec ses limitations fonctionnelles.

Par réplique du 15 décembre 2015, le recourant a confirmé ses conclusions.

L'intimé a renoncé à dupliquer.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, à la suite de la demande qu'il a déposée le 27 avril 2010.

Plus précisément, le recourant estime avoir droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2010, en lieu en place du quart de rente alloué par l'intimé du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre 2012 et à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013.

**3. a)** Selon la jurisprudence, l'autorité de la chose jugée (formelle et matérielle) de décisions portant sur des prestations durables d'assurance sociale, soit notamment des rentes de l'assurance-invalidité, n'est en principe pas limitée dans le temps. Pour autant que la situation de fait ne soit plus susceptible d'évoluer au moment de la décision, cette autorité s'étend aussi bien aux conditions du droit à la prestation qu'aux facteurs qui en fixent l'étendue. Sous réserve d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), lesdits éléments ne peuvent pas être remis en question et réexaminés à tout moment, sauf si la loi prévoit expressément une autre réglementation (comme c'est le cas en matière de prestations complémentaires; ATF 128 V 39). Ces principes valent également dans le cadre d'une procédure de

révision au sens de l'art. 17 LPGA ou de nouvelle demande. Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2). En revanche, la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références citées ; voir également TF 9C\_36/2015 du 24 avril 2015 consid. 5.1 et 5.2 ; TF 9C\_294/2013 du 20 août 2013, consid. 4.1).

**b)** En l'espèce, force est de constater que les atteintes dont se prévaut le recourant à l'appui de sa seconde demande de prestations AI du 27 avril 2010 – et sur lesquelles l'intimé est entré en matière – sont pour la plupart, de nature totalement différente de celles qui ont fait l'objet de la décision du 18 juin 2003. Il ressort en effet des pièces du dossier que les atteintes à l'épaule n'ont été diagnostiquées qu'en 2010. En outre, les lésions au genou et certaines lésions au dos dont se plaint le recourant ne sont pas assimilables à celles qui avaient fait l'objet de la décision de rente de durée déterminée. Partant, il convient de retenir que les atteintes ayant justifié le dépôt de la nouvelle demande AI ont créé un nouveau cas d'assurance.

**c)** Il reste dès lors à déterminer si c'est à bon droit que l'office intimé a retenu que, malgré l'aggravation de son état de santé, le recourant était susceptible de mettre à profit une capacité de travail résiduelle de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du 15 janvier 2012, étant ici précisé que l'incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité habituelle de peintre en bâtiment n'est pas contestée.

**4. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou de 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 établie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40% au moins 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 un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu

obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché équilibré du travail (art. 16 LPGA).

**c)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351, consid. 3a; 122 V 157, consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a).

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 125 V 351, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Enfin, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465, consid. 4.6 et les références citées; TF 8C\_149/2010 du 30 novembre 2010, consid. 5).

**5.** En l'espèce, en se basant sur le rapport d'examen clinique du SMR du 13 juin 2014, l'OAI estime que la capacité de travail du recourant est, à compter du 15 janvier 2012, de 75% dans une activité adaptée à son état de santé, soit dans une activité qui ne comporte pas, s'agissant du rachis lombaire, de posture prolongée penché en avant ou en porte à faux, de position assises de plus d'une heure sans changement de position, de port de charges supérieures à 10 kg en bi manuel ; s'agissant des épaules, pas d'activité[s] répétitives au-delà de l'horizontale, de port de charges supérieures à 10 kg et concernant les genoux, pas de position à genoux ou accroupie, de marche sur terrain irrégulier, ni de marche sur plus de 500 mètres.

**a)** On relèvera en premier lieu que le rapport du SMR du 13 juin 2014, sur lequel s'est basé l'OAI pour rendre sa décision du 6 juillet

2015, satisfait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine valeur probante. Le rapport de ces spécialistes apparaît en effet complet, fondé sur une analyse minutieuse des pièces du dossier et contient un compte-rendu des principaux éléments d'anamnèse, ainsi que des plaintes alléguées. Résultant d'investigations cliniques approfondies, ce rapport est en outre exempt de contradiction, de sorte que la situation rhumatologique de l'assuré peut d'emblée emporter la conviction.

**b)** Il convient sur cette base de déterminer si c'est à juste titre qu'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, a été retenue à compter du 15 janvier 2012, étant précisé que l'incapacité totale de travail du recourant suite à l'intervention chirurgicale subie le 11 octobre 2012 n'est pas contestée.

On relèvera que les conclusions posées par les autres médecins ayant examiné le recourant ne divergent pas de celles contenues dans le rapport du SMR précité, s'agissant de la reprise d'une activité - partielle - à compter du 15 janvier 2012. En effet, si les Drs D.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, dans leur rapport de novembre 2010, retiennent un certain nombre de limitations fonctionnelles (pas d'activités uniquement en position assise ou debout, accroupi, à genoux, en terrain irrégulier, pas de travail penché, ni avec les bras au-dessus de la tête, soulever ou porter, monter sur une échelle ou encore monter les escaliers, depuis le mois d'avril 2010), ils ne se prononcent sur l'incapacité de travail de recourant uniquement en lien avec l'activité habituelle de peintre en bâtiment. Les limitations fonctionnelles précitées se recoupent avec celles retenues par le SMR, en vertu desquelles une diminution de rendement de 25% a été retenue. Quant au Dr L.\_\_\_\_\_, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant, se contentant de renvoyer, d'une part, aux conclusions des Drs D.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ et, d'autre part, aux autres « opérateurs concernés » s'agissant des problèmes liés à l'épaule droite.

Il ne ressort d'aucune pièce au dossier que le recourant aurait connu des problèmes particuliers et des limitations fonctionnelles

supplémentaires consécutivement à l'opération chirurgicale subie le 13 octobre 2011. En particulier, la prolongation de l'incapacité de travail - initialement attestée par le Dr O.\_\_\_\_\_ jusqu'au 15 janvier 2012 - par le Dr I.\_\_\_\_\_ n'est pas motivée par ce praticien, ni ne repose sur un rapport médical quel qu'il soit, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport du 13 juin 2014 qui repose sur un examen complet et détaillé de la situation du recourant.

On relèvera de surcroît que les conclusions du SMR du 13 juin 2014 concordent avec celles exposées par le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen clinique du 16 juillet 2012, l'état de santé du recourant n'ayant subi aucune aggravation dans l'intervalle du point de vue de ses problèmes aux membres supérieurs. Les rapports du SMR tiennent au surplus compte des limitations fonctionnelles du recourant relatives à ses atteintes scapulaires (pas d'activité[s] répétitives au-delà de l'horizontale, de port de charges supérieures à 10 kg) pour justifier une diminution de rendement.

Il appert ainsi que les conclusions des spécialistes consultés sont identiques. Partant, il y a lieu de retenir que l'assuré présente une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée à compter du 15 janvier 2012.

**c)** S'agissant de l'aggravation ultérieure de l'état de santé du recourant, liée à ses problèmes dorsaux et ayant conduit à l'intervention chirurgicale du 11 octobre 2012, on relèvera tout d'abord que le SMR, se basant sur les différents rapports médicaux, a retenu une incapacité totale de travail du 11 octobre 2012 au 25 mars 2013. Seule demeure donc litigieuse la question de savoir si une capacité de travail de 75% pouvait être retenue à partir du 25 mars 2013.

La conclusion des Drs F.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du SMR tendant à la reprise d'une activité partielle et adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, n'est contredite par aucune pièce au dossier. En effet, le Dr X.\_\_\_\_\_ a précisé que l'incapacité de travail du recourant,

pour la période du 21 août au 4 décembre 2012, ne concernait que l'activité habituelle, mais qu'une activité adaptée demeurait possible. Il ressort en outre des rapports médicaux des Drs J.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, du mois d'avril 2013 que l'activité exercée était encore exigible, que l'intervention du 11 octobre 2012 n'avait entraîné aucune complication et que l'état de santé de l'intéressé connaissait au contraire une bonne amélioration à la date du 25 mars 2013.

On relèvera que le médecin traitant lui-même a, dans un premier temps, indiqué que du point de vue médical, on pourrait reconnaître au recourant une capacité de travail limitée dans le temps dans une activité alternant la position debout et assise, sans porte de charge, avec un périmètre de marche très limité, sur un terrain plat sans irrégularité, sans mouvement des bras au-dessus des épaules, sans accroupissement, sans usage d'échelles et sans flexion du tronc (cf. rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 10 mai 2013). De plus, si la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a clairement exclu, dans son rapport du 26 août 2013, la reprise de l'activité habituelle, elle n'a nullement écarté la possibilité d'une activité adaptée, précisant au contraire que moyennant le respect de certaines limitations (périmètre de marche restreint à 500 mètres, station debout prolongée difficile au-delà d'un quart d'heure, pas de port ni manipuler de poids, pas de travail en zone basse, pas de mouvements de rotations du tronc) une activité de type sédentaire était envisageable.

Le rapport du SMR du 13 juin 2014 tient en outre compte des limitations fonctionnelles ayant trait aux problèmes dorsaux du recourant et justifiant une diminution de rendement, de sorte qu'il ne porte flanc à la critique sur ce point.

**d)** Partant, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'intimé, que l'assuré présente une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sous réserve des périodes d'incapacité totale de travail du 13 octobre 2011 au 15 janvier 2012 (à la suite de l'opération de l'épaule droite) et du 11 octobre 2012 au 25 mars 2013 (à la suite de l'opération de la hernie discale du 11 octobre 2012).

**6.** Cela étant, il reste à déterminer les possibilités de l'assuré de se réinsérer sur le marché du travail.

**a)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et les références citées). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et les références citées).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et les références citées).

**b)** Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 ; TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les arrêts cités). L'âge avancé d'un assuré – bien qu'en soit l'âge est en principe un facteur étranger à la notion d'invalidité – est reconnu par la jurisprudence comme critère permettant de conclure que l'on ne peut plus raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail équilibré, compte tenu également de ses autres circonstances personnelles et professionnelles. S'il n'y a plus de possibilité pour l'assuré, d'un point de vue économique, de mettre en valeur sa capacité de gain résiduelle, il y a lieu de conclure à une incapacité totale de gain, qui donne le droit à une rente entière d'invalidité (ATF 138 V 457 consid. 3.1). L'influence de l'âge sur la possibilité de mettre en valeur la capacité de travail résiduelle sur le marché du travail équilibré ne dépend pas de règles générales, mais s'évalue en fonction des circonstances concrètes du cas d'espèce. Peuvent être déterminants à cet égard la nature de l'atteinte à la santé et ses conséquences, l'effort lié à la reconversion et à sa préparation, les connaissances et les compétences de l'assuré, sa formation, son parcours professionnel ou la possibilité de mettre en valeur son expérience antérieure (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références citées). Ainsi, la possibilité de mise en valeur de la capacité de travail sur le marché du travail équilibré ne s'évalue pas seulement au regard du temps qu'il reste

à l'assuré pour exercer l'activité lucrative et pour effectuer un éventuel changement de professionnel (ATF 138 V 457 consid. 3.2).

**c)** Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_716/2014 précité consid. 4.2).

Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Selon les circonstances, un assuré âgé de 60 ou 61 ans pourra être réputé apte ou non à exercer une activité sur le marché de l'emploi (Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2117 p. 566).

**d)** En l'espèce, même si l'administration avait déjà recueilli différentes pièces médicales pendant l'instruction, il n'en demeure pas moins qu'il subsistait des doutes quant à l'impact sur la capacité de travail du recourant des pathologies affectant son dos - notamment l'opération de la hernie discale du 11 octobre 2012 - et que c'est le rapport SMR du 13 juin 2014 qui a permis de constater de manière fiable les faits déterminants quant à la capacité résiduelle de travail et l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée, comme l'a relevé l'office intimé dans sa correspondance du 12 juin 2015. C'est donc à la date du 13 juin 2014 qu'il convient d'examiner si on pouvait exiger du recourant qu'il mette en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. A cette date, le recourant était âgé de 60 ans et quatre mois, seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé.

L'intéressé a travaillé de 1978 jusqu'à fin de l'année 2009 en tant que peintre en bâtiment. Il n'apparaît pas qu'il ait acquis durant sa carrière une quelconque formation professionnelle - hormis un apprentissage de peintre en bâtiment en Hongrie - ou toute autre expérience qu'il pourrait mettre en valeur. L'exercice d'une nouvelle activité adaptée aux importantes limitations fonctionnelles l'affectant - pas de posture prolongée penché en avant ou en porte à faux, pas de position assises de plus d'une heure sans changement de position, pas de port de charges supérieures à 10 kg en bi manuel pas d'activité[s] répétitives au-delà de l'horizontale, pas de position à genoux ou accroupie, de marche sur terrain irrégulier, ni de marche sur plus de 500 mètres - impliquerait par conséquent une reconversion professionnelle et présupposerait des facultés d'adaptation probablement insurmontables d'un point de vue subjectif. A cet égard, contrairement à ce que soutient l'intimé, le fait que le recourant ait changé d'employeurs à plusieurs reprises ne permet pas de retenir une faculté d'adaptation, puisqu'il a évolué uniquement dans le métier de peintre en bâtiments. Les grandes difficultés du recourant à s'exprimer en français, telles que soulignées par l'office intimé, plaident également en faveur d'une capacité d'adaptation pratiquement nulle.

On soulignera au demeurant que si l'intimé a, au cours de la procédure administrative, mentionné les domaines d'activité dans l'industrielle légère et la surveillance de processus de production, il n'a donné aucun exemple concret d'activités adaptées que le recourant pourrait raisonnablement accomplir et encore moins aidé celui-ci à élaborer un projet professionnel réaliste et convenable. De surcroît, on ne peut pas exclure que le type d'activité qui pourrait être adaptée à l'état de santé du recourant nécessite une formation. On peine dès lors à imaginer qu'un employeur consente à investir les moyens et les efforts nécessaires pour permettre au recourant de se réinsérer dans le monde du travail. Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle du recourant, il convient de conclure qu'il n'est plus en mesure de retrouver un emploi adapté à son état de santé sur un marché équilibré du travail.

En tant que le recourant ne peut plus exploiter sa capacité de travail sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale sur le plan professionnel. Partant, il y a lieu de conclure à une incapacité totale de gain, qui donne droit à une rente entière d'invalidité.

**e)** Par ailleurs, compte tenu du fait que le doute concernant les répercussions sur la capacité de travail des nouvelles affections dorsales diagnostiquées n'a été levé que le 13 juin 2014, il convient de se référer pour la période antérieure aux seuls éléments qui n'étaient pas englobés par le doute évoqué, à savoir l'existence d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le mois de janvier 2010 et une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à compter du 15 janvier 2012. Le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 11 octobre 2012, date de l'opération de son hernie discale, ce qui lui donne droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, soit après trois mois d'aggravation. Le droit à une rente entière étant d'ores et déjà reconnu par l'office intimé à pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2013, le recourant continue dès lors à avoir droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant continue à bénéficier d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Elle est confirmée pour le surplus.

**7. a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision entreprise réformée en ce sens que le recourant bénéficie d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En

l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 fr. à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 6 juillet 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que S.\_\_\_\_\_ continue à bénéficier d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Elle est confirmée pour le surplus.
  
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S.\_\_\_\_\_ une indemnité 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 :

- Procap Suisse, Service juridique (pour S.\_\_\_\_\_),
- 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 :