

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juillet 2024

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges
Greffière : Mme P. Meylan

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Bernel, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1, 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 LAI ; 26^{bis} et 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié, sans formation professionnelle, de nationalité portugaise, vit en Suisse depuis [...] au bénéfice d'une autorisation d'établissement UE/AELE. Depuis [...], il exerçait le métier de maçon à temps plein auprès de l'entreprise S._____.

En raison d'une omarthrose sévère à l'épaule droite présente depuis de nombreuses années, l'assuré a été en incapacité de travail à compter du 30 novembre 2015. Il a bénéficié, le 24 mars 2016, de la mise en place d'une prothèse totale de l'épaule.

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) le 10 mai 2016, en lien avec ses problèmes à l'épaule droite.

S._____ a rempli le questionnaire pour l'employeur le 25 mai 2016.

Le 23 septembre 2016, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé une évolution favorable de l'état de santé de l'assuré qui allait reprendre son travail à 50 % dès le 3 octobre 2016.

Le 14 octobre 2016, l'assuré a glissé dans sa baignoire et s'est blessé le genou droit, lequel avait déjà été opéré en 2002. L'accident, qui a aggravé des gonalgies préexistantes, a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), laquelle a alloué les prestations légales d'assurance.

Le dossier de la CNA, consulté le 8 décembre 2016 par l'OAI, contenait notamment un rapport médical du 17 novembre 2016 du Dr Q._____ qui posait les diagnostics de gonarthrose bi-compartimentale post-traumatique à droite (status post résection partielle du ménisque

externe en 2002) et de status post prothèse totale d'épaule de type anatomique à droite. Il indiquait qu'une intervention était prévue pour l'implantation d'une prothèse totale du genou droit. Il notait une bonne évolution de l'épaule droite.

Le 13 décembre 2016, l'assuré a bénéficié de l'implantation d'une prothèse totale du genou droit.

Dans un rapport médical intermédiaire du 3 février 2017 à l'attention de la CNA, le Dr X._____, médecin praticien traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de gonarthrose bi-compartmentale post-traumatique à droite (status post résection partielle du ménisque externe en 2002). Il relevait une évolution lentement favorable.

La CNA a soumis le cas à son médecin d'arrondissement, lequel a examiné l'assuré le 28 août 2017. Dans son rapport daté du 1^{er} septembre 2017, ce médecin a posé les diagnostics de status après arthroplastie fémoro-tibiale du genou droit pour gonarthrose (13 décembre 2016), de status après arthroscopie du genou droit, résection de la corne postérieure du ménisque interne (20 novembre 2002) et de status après arthroplastie totale de l'épaule droite en mars 2016. Il a constaté que l'évolution de l'arthroplastie de l'épaule droite était tout à fait satisfaisante, sans douleurs et avec une excellente récupération de la mobilité. En revanche, ce n'était pas le cas de l'évolution du genou droit. A cet égard, il a noté la persistance d'un flexum de 10° non réductible et d'un genou un peu tuméfié sans autre signe inflammatoire. L'assuré se plaignait d'avoir des difficultés et des douleurs lorsqu'il montait ou descendait les escaliers ou les pentes. Le médecin a préconisé un séjour à la P._____, afin d'améliorer l'état du genou droit et d'évaluer ses capacités fonctionnelles.

Le 30 octobre 2017, les médecins de la P._____ ont rendu un rapport à la suite du séjour de l'intéressé du 12 septembre au 10 octobre 2017 pour un suivi en physiothérapie et sur le plan psychosomatique. Ils ont relevé qu'à neuf mois après la mise en place de la prothèse totale du

genou droit, l'assuré trouvait l'évolution lente et pas satisfaisante. Il était toujours gêné par des douleurs antérieures permanentes. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical, mais devrait l'être dans les trois à six mois. Ils ont retenu que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, le pronostic étant également défavorable, en raison de facteurs non médicaux, l'assuré étant centré sur la douleur et n'étant pas engagé dans un processus de retour au travail. En ce qui concernait l'épaule droite, l'assuré était très content de l'évolution. Il n'avait plus de douleurs, peu de limitation de mobilité, hormis la rotation interne, les mouvements répétitifs avec les membres supérieurs et les ports de charges étant difficiles.

Le 26 février 2018, le médecin d'arrondissement de la CNA a constaté que la situation de l'assuré, sur le plan médical, n'était toujours pas stabilisée.

Dans des rapports médicaux des 5 novembre 2018 et 17 janvier 2019, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé qu'un contrôle radiographique montrait des implants en place, sans argument radiologique pour un descellement. Il notait aussi un aspect de rotule basse avec indice de Caton-Deschamps de l'ordre de 0.5, un aspect de chondrolyse sur la vue axiale de la rotule, qui paraissait par ailleurs centrée et que la rotule n'avait pas été resurfacée. En outre, il a constaté sur la base des résultats d'analyse d'une prise de sang de l'assuré qu'il n'était pas possible d'exclure une infection sur la prothèse.

Dans des rapports médicaux des 9 mai, 7 octobre et 5 novembre 2019, le Dr V._____ a indiqué que l'ensemble du bilan réalisé avait permis d'éliminer une origine infectieuse de la douleur. Compte tenu du niveau de gêne, du profil évolutif de la symptomatologie et des données cliniques et d'imagerie, il retenait une indication à une révision

complète de la prothèse, par prothèse semi-contrainte, avec resurfaçage de la rotule et rétablissement du niveau de l'interligne.

L'intervention a eu lieu le 26 novembre 2019 et s'est déroulée sans complications. Les coûts ont été pris en charge par la CNA.

Les 7 janvier, 24 février et 2 juin 2020, le Dr V._____ a fait état de l'évolution favorable à respectivement six semaines, trois mois et six mois de la révision de la prothèse totale du genou à droite, avec une progression régulière observée, confirmée par le patient, lequel décrivait de moins en moins de douleurs.

La CNA a adressé l'assuré à la P._____ pour une rééducation intensive et une évaluation multidisciplinaire. Le séjour de l'intéressé qui a duré du 20 octobre au 24 novembre 2020 a fait l'objet d'un rapport établi le 24 novembre 2020 par le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre M._____. Il en ressort une évolution favorable à la sortie avec une meilleure qualité de marche, une augmentation du périmètre de marche et moins de boiterie, malgré des douleurs toujours présentes. En outre, l'assuré avait gagné 10° en flexion active et passive du genou droit et le flexum avait presque complètement disparu. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : port de charges supérieures à 10-15 kg, ports de charges répétés supérieures à 5-10 kg, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, positions accroupies ou à genoux, réalisation répétée d'escaliers, utilisation répétée d'échelles, position statique debout prolongée. Les Drs T._____ et M._____ relevaient que la situation médicale n'était pas stabilisée. Ils ont par ailleurs indiqué que la reprise d'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles était possible, mais des facteurs personnels (focalisation sur la douleur, kinésiophobie légère à modérée, manque d'endurance et important déconditionnement physique) et contextuels (absence de formation, longue période sans travailler) pourraient interférer avec le processus de réorientation professionnelle.

Dans un rapport du 3 décembre 2020, le Dr V._____ a indiqué qu'un peu plus d'une année après la révision de la prothèse, l'évolution était globalement satisfaisante, l'assuré signalant une nette amélioration par rapport à son état pré-opératoire, même si les douleurs n'avaient pas totalement disparu. L'intéressé rapportait la persistance d'une certaine fatigabilité à la marche, mais ne se plaignait plus de douleurs la nuit. Il prenait des antalgiques environ deux fois par semaine et pouvait dorénavant marcher jusqu'à 1,5 km sur terrain plat, sans canne. Des troubles de l'équilibre étaient mentionnés, possiblement d'ordre neurologique. Il n'y avait plus de flexum avec une extension complète constatée. Le même jour, le Dr V._____ a attesté que l'assuré était toujours en incapacité de travail totale.

Le 21 avril 2021, le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a établi un rapport final, après avoir examiné l'assuré en date du 16 avril 2021, dont on extrait ce qui suit :

« Subjectivement, l'assuré reconnaît que la situation médicale est stabilisée. Son périmètre de marche à plat est d'environ 2 km. Il a des douleurs mécaniques et une fatigabilité de son [membre inférieur droit]. Il fait de la physiothérapie à raison de 1 à 2 séances par semaine avec bon effet. Il prend de temps en temps un anti-inflammatoire qui l'aide bien. Son genou bloque de temps en temps, ne gonfle pas et lâche plus depuis la dernière intervention.

Objectivement, la marche se fait avec une boiterie avec quelques troubles de l'équilibre. La flexion/extension du genou est à 100-0-0° sans instabilité. Il y a une fonte musculaire importante du [membre inférieur droit] vis-à-vis du [membre inférieur gauche].

Nous pouvons donc conclure que la situation est stabilisée et retenir les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 10-15 kg, port de charges répété supérieures à 5-10 kg, marche prolongée, marche en terrains irréguliers, position accroupie ou à genoux, réalisation répétée d'escaliers, utilisation répétée d'échelles, position statique debout prolongée.

Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, la capacité de travail est entière, sans diminution de rendement.

L'activité de maçonnerie n'est plus une activité adaptée et n'est plus exigible ».

Par projet de décision du 11 août 2021, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il comptait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2016 au 31 juillet 2021, soit trois mois après l'exigibilité médicale constatée. En effet, dès le 21 avril 2021, date du rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA, une pleine capacité de travail était reconnue dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Pour déterminer le préjudice économique de l'assuré et par conséquent le degré d'invalidité présenté après le 21 avril 2021, l'OAI a comparé le revenu que l'assuré aurait pu obtenir en poursuivant son activité antérieure de maçon à 100 % au revenu théorique statistique qu'il pourrait obtenir dans une activité adaptée à son invalidité, auquel un abattement de 5 % a été opéré pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles et de son âge. Il ressortait de cette comparaison que l'assuré subissait un préjudice économique de 22,99 %, soit 23 %, de sorte qu'il n'avait pas droit à une rente ni à des mesures de reclassement à compter de cette date. En revanche, une aide au placement lui était octroyée (cf. communication du même jour), aide que l'assuré a refusée lors d'un entretien téléphonique, car il estimait que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle (cf. note d'entretien du 23 septembre 2021).

Le 13 octobre 2021, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport médical du 7 octobre 2021 du Dr X._____. Ce médecin a relevé que l'intéressé présentait, outre des gonalgies droites séquellaires sur status post-prothèse totale du genou droit, des cervicalgies chroniques dans le cadre d'une unco-cervico-discarthrose C5-C6 et C6-C7 diffuse avec canal cervical étroit constitutionnel irradiant aux membres supérieurs des deux côtés par intermittence et limitant les mouvements de rotation et d'inclinaison de la tête. Il concluait que l'intéressé était en incapacité de travail totale depuis le 30 novembre 2015 pour une durée indéterminée.

Interpellé par l'OAI, l'assuré a, par courrier du 20 octobre 2021, confirmé contester le projet de décision le concernant, se référant pour le reste au rapport du 7 octobre 2021 du Dr X._____.

Le 23 novembre 2021, le Dr X._____ a répondu au questionnaire du 18 novembre 2021 que lui avait soumis l'OAI comme suit :

- « 1. **[ndlr. Vous attestez des cervicalgies chroniques sur unco-cervico-discarthrose C5-C6 et C6-C7 diffuse avec canal cervical étroit constitutionnel irradiant aux membres supérieurs des deux côtés par intermittence. Nous vous remercions de détailler le status clinique précis de la région cervicale ainsi que des membres supérieurs.]**

Status cervical du 26.10.2021 : Raideur cervicale avec contracture musculaire para-cervicale bilatérale et du trapèze. Les mouvements de flexion/extension sont amples et indolores, les mouvements de rotation/inclinaison droite et gauche sont douloureux en fin de course irradiant aux membres supérieurs avec prédominance à gauche, absence de trouble sensitivomoteur aux membres supérieurs des deux côtés. Les mouvements de l'épaule gauche et droite sont physiologiques.

2. **[ndlr. L'assuré a-t-il été examiné par un neurologue/neurochirurgien ou un rhumatologue ? Si oui, merci de nous indiquer son nom, et de nous transmettre une copie du/des consiliums.]**

Non.

3. **[ndlr. Nous vous prions également de nous transmettre une copie des rapports d'imagerie à votre disposition.]**

Ci-joint rapport des radiographies du rachis cervical du

01.10.2021.

4. **[ndlr. Quelle est la prise en charge actuelle de l'assuré : nature et posologie des traitements médicamenteux prescrit, autres ?]**

Traitement médicamenteux à base de Co-Dafalgan et séances de physiothérapie ».

Etait joint un rapport du 4 octobre 2021 du Dr R._____, spécialiste en radiologie, de l'examen radiographique du rachis cervical, du bassin, des hanches et de la main gauche réalisé le 1^{er} octobre 2021 qui mettait en évidence une lombodiscarthrose sévère L4-L5 et L5-S1, une unco-cervico-discarthrose C5-C6 et C6-C7 diffuse et un doute sur un canal cervical étroit constitutionnel.

Dans un rapport du 6 décembre 2021, le Dr V._____ a constaté qu'à deux années de la révision de la prothèse totale du genou, l'évolution était globalement satisfaisante. Les douleurs n'avaient pas

totallement disparu, celles-ci apparaissant principalement à la marche. Lorsqu'il marchait sur de grandes distances, l'intéressé se servait de cannes, en rapport avec une fatigabilité et des troubles de l'équilibre. Le médecin relevait que l'intéressé conservait une déambulation atypique dont une origine neurologique ne pouvait être exclue. L'assuré avait signalé des douleurs au niveau des deux hanches, localisées au niveau des plis inguinaux, prédominant à gauche, liées à une coxarthrose relativement sévère, encore bien tolérée à ce stade. Il se plaignait également de cervicalgies.

Compte tenu des multiples atteintes ostéo-articulaires que présentait l'assuré et qui pouvaient justifier des limitations fonctionnelles (avis médical du SMR [Service médical régional de l'AI] du 9 décembre 2021), l'OAI a sollicité la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique auprès du SMR. Le 8 mars 2022, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, médecin auprès du SMR, a procédé à l'examen clinique rhumatologique de l'assuré qui a fait l'objet d'un rapport daté du 16 mars 2022. Ce médecin a retenu à titre de diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de travail celui de « Douleurs persistantes du genou [droit] dans les suites d'un changement de [prothèse totale du genou] pour une [prothèse totale du genou] semi-contrainte, le 26.11.2019, en raison de douleurs et d'instabilité » et comme diagnostics associés ceux de status post implantation d'une prothèse totale d'épaule droite le 22 mars 2016 pour une omarthrose et arthrose acromioclaviculaire, de coxarthrose gauche et de discopathies cervicales prédominant en C5-C6 et uncarthrose C6-C7. Il a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de lombalgies communes non déficitaires, de cubitus long au poignet gauche et d'arthrose fémoro-tibiale interne du genou gauche actuellement asymptomatique. Ce médecin a apprécié la situation de l'assuré de la manière suivante :

« [...] L'assuré présente donc une polyarthrose. L'arthrose du genou D [ndlr. droit] est traitée par la mise en place d'une prothèse totale le 13.12.2016. L'évolution est défavorable suite à une instabilité, des douleurs persistantes, une rotule basse. La prothèse est changée le 26.11.2019. Suite à cette 2^{ème} intervention, la situation s'améliore.

Les amplitudes articulaires du genou augmentent. Il persiste des douleurs principalement à la marche, que l'assuré situe à la partie antéro-interne du genou. Lors de l'examen de ce jour, les douleurs se situent plutôt au niveau du ligament rotulien. L'assuré a en effet une réaction algique lorsqu'on percute ce ligament pour déclencher le réflexe rotulien. La présence d'une prothèse totale semi-contrainte du genou D est une contre-indication à l'exercice de la profession de maçon.

Les RX [ndlr. radiographies] des genoux du 14.09.2019 montrent également la présence d'une arthrose du compartiment interne du genou G [ndlr. gauche]. Cette arthrose est actuellement asymptomatique. Elle ne justifie pas de LF [ndlr. limitations fonctionnelles].

L'arthrose de l'épaule D est traitée efficacement par la mise en place d'une prothèse le 22.03.2016. L'assuré récupère de bonnes amplitudes articulaires compte tenu du matériel prothétique. Une prothèse d'épaule ne restitue toutefois pas les propriétés d'une épaule normale. Il est nécessaire d'éviter les contraintes mécaniques excessives en raison du risque de descellement. La présence d'une prothèse d'épaule contre-indique également l'exercice de la profession de maçon.

L'assuré présente une déformation de la hanche G. Il n'a pas souvenir d'un traumatisme de cette hanche. Cette déformation a vraisemblablement favorisé la survenue d'une arthrose. Des LF en rapport avec cette arthrose sont justifiées.

L'assuré présente une atteinte dégénérative de la colonne cervicale, avec discopathies et uncarthrose. Les LF en rapport avec l'épaule D permettent également de limiter les contraintes mécaniques au niveau cervical.

L'assuré signale des douleurs lombaires. Lors de l'examen de ce jour, il n'y a pas de douleurs même lors des amplitudes maximales au niveau lombaire. Il s'agit de lombalgies communes qui ne justifient pas de LF.

L'assuré présente des douleurs au dos du poignet G lors des mouvements d'extension. Sur le plan radiologique, on constate une variante, avec un cubitus long. Le cubitus long peut exercer de fortes contraintes sur le semi-lunaire et une arthrose peut se développer. Ceci n'est toutefois pas le cas de l'assuré. Il n'y a pas de LF concernant le poignet.

Sur le plan professionnel, l'assuré dit être très gêné par ses douleurs et demande une rente. Les mobilisations spontanées de l'assuré ne concordent toutefois pas avec une cotation aussi élevée des douleurs. On relève quelques incohérences. L'assuré signale des douleurs au dos du poignet G lors du mouvement en extension, mais pas lorsque l'assuré effectue une extension contre résistance lors de l'évaluation des muscles épicondyliens. Il limite la flexion de la hanche D à 90° par des contrepulsions, alors que les amplitudes articulaires de la hanche sont nettement supérieures lors de l'évaluation de la DDO.

Malgré ces quelques autolimitations, nous constatons que la position assise est bien tolérée. La gestuelle spontanée est libre à hauteur de table. L'assuré n'a aucune difficulté à manipuler son sac à dos. Il déclare qu'il ne supporte pas la position assise prolongée en raison

des cervicalgies, tout en déclarant que son principal loisir est la télévision. Nous constatons que la position assise est bien tolérée. Environ 2 fois par jour, l'assuré effectue une balade à l'extérieur de son domicile. L'examen clinique de ce jour et les activités quotidiennes décrites par l'assuré montrent qu'il a des ressources physiques lui permettant d'exercer une activité principalement en position assise et à hauteur de table, avec possibilité de se lever et d'effectuer quelques pas par intermittence.

L'activité de maçon est trop contraignante pour le genou D, l'épaule D, la hanche G et la colonne cervicale. Cette activité n'est plus exigible. L'IT [ndlr. incapacité de travail] débute le 30.11.2015 (cf. RM [ndlr. rapport médical] Dr X._____ du 12.01.2016 et du 07.10.2021). Cette IT concerne, dans un 1^{er} temps, toute activité. Elle est due à la mise en place de la prothèse de l'épaule D puis aux 2 interventions chirurgicales sur le genou D. Lors de la consultation du 03.12.2020, le Dr V._____ mentionne une évolution globalement satisfaisante (cf. RM du 03.12.2020). Nous considérons donc qu'à partir de la date de cette consultation, l'assuré retrouve une CT [ndlr. capacité de travail] de 80 % dans une activité adaptée. Une baisse de rendement se justifie par les multiples atteintes ostéoarticulaires

Une pleine capacité de travail dans une activité adaptée est attestée par le Dr J._____, médecin de la CNA, lors de l'examen final du 16 avril 2021 mais seule l'atteinte du genou est prise en compte.

Comme le relèvent le Dr T._____ et la Dre M._____, dans le RM du 24.11.2020, des facteurs contextuels influencent négativement un retour au travail. Il s'agit de la focalisation sur les douleurs, de la kinésiophobie, de l'absence de formation certifiée, du long arrêt de travail, de la perte de la place de travail. Si ces éléments peuvent mettre en échec des mesures professionnelles, ils ne sont pas pris en considération pour déterminer la capacité de travail sur le plan médical ».

Le Dr Z._____ a retenu comme limitations fonctionnelles le port de charges au-delà de 10 kg, la marche prolongée, la marche sur terrain irrégulier, la montée et la descente répétée d'escaliers, l'utilisation d'échelle, les activités accroupies ou à genoux, les activités prolongées au-dessus de la tête, les postures statiques prolongées, étant précisé que la posture assise devait être privilégiée avec la possibilité de se lever au moins une fois par heure.

Dans un rapport médical du 9 juin 2022 adressé à l'assureur-maladie de l'assuré, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assureur-maladie, a indiqué que l'intéressé était en incapacité totale de travail depuis le 30 novembre 2015. Il a relevé qu'en 2015, l'incapacité était liée aux suites d'une

affection relevant de la maladie (prothèse de l'épaule droite), indemnisée par l'assureur-maladie jusqu'au 31 décembre 2016, mais qu'à partir du 1^{er} janvier 2017, la CNA avait repris le cas pour une affection du genou découlant d'un accident et avait indemnisé l'assuré jusqu'au 1^{er} septembre 2021. Il constatait que depuis lors, l'incapacité de travail relevait de la maladie et était justifiée jusqu'au 1^{er} septembre 2022. Ensuite de quoi, la situation devrait être réévaluée. Il préconisait, cas échéant, la mise en œuvre d'une expertise orthopédique afin de fixer les limitations fonctionnelles permettant une reprise du travail adaptée. Dans un rapport médical du même jour, adressé au médecin traitant de l'assuré, le Dr C._____ a précisé qu'en l'état, il n'était pas possible de déterminer les limitations fonctionnelles éventuelles pour une reprise de travail adaptée, compte tenu du fait que la situation médicale n'était pas stabilisée.

Par avis médical du 4 avril 2023, le SMR a confirmé les conclusions du rapport d'examen rhumatologique du 16 mars 2022 du Dr Z._____, considérant que les dossiers médicaux établis par la suite, notamment dans le dossier perte de gain de l'assurance-maladie, n'apportaient pas d'élément médical nouveau ou en faveur d'une modification de l'état de santé de l'intéressé, ni d'élément en faveur de la poursuite d'une quelconque incapacité totale de travail dans une activité adaptée.

Le 13 juin 2023, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision annulant et remplaçant le projet de décision du 11 août 2021. L'OAI reconnaissait au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2016 au 31 mars 2021. Se fondant sur le rapport du 16 mars 2022 du Dr Z._____, l'office a retenu qu'à partir du 3 décembre 2020, l'assuré disposait d'une capacité de travail à hauteur de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles. Dès lors, son taux d'invalidité s'élevait à 35 %, ce qui ne lui donnait pas droit à une rente. En conséquence, l'allocation de la rente entière était supprimée trois mois après l'amélioration de l'état de santé en décembre 2020.

Le 12 juillet 2023, l'assuré, représenté par Me Alexandre Bernel, s'est opposé à ce projet de décision. En substance, il a remis en cause la valeur probante du rapport d'examen rhumatologique réalisé par le Dr Z._____ en mars 2022 et a sollicité la mise en œuvre d'une expertise orthopédique indépendante. Il relevait également que l'abattement de 5 % sur le revenu statistique retenu dans le projet de décision du 11 août 2021 pour tenir compte de l'âge de l'assuré n'avait pas été repris dans le nouveau projet, sans explication.

Le 15 août 2023, l'OAI a répondu aux objections de l'assuré. Il a exposé que le rapport d'examen rhumatologique du SMR remplissait les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a cependant accepté de procéder à un abattement de 5 % sur le revenu statistique retenu comme revenu avec invalidité. Le taux d'invalidité de l'assuré s'élevait ainsi à 38 %, ce qui était encore insuffisant pour lui donner droit à une rente au-delà du mois de mars 2021.

Par décision du 19 octobre 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 juin 2023, en intégrant l'abattement de 5 % ressortant de ses déterminations du 15 août 2023.

B. Toujours représenté par Me Bernel, D._____ a recouru contre la décision de l'OAI précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 17 novembre 2023, concluant à la réforme de cette décision, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée dès le 1^{er} novembre 2016 et pour une durée indéterminée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour nouvelle instruction. En substance, il a contesté la valeur probante du rapport d'examen rhumatologique du 16 mars 2022 du Dr Z._____ du SMR, qui lui reconnaissait à tort une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à compter du 3 décembre 2020, et a sollicité la mise en œuvre d'une expertise orthopédique judiciaire, par économie de procédure, compte tenu des nombreuses années écoulées

depuis le dépôt de sa demande de prestations auprès de l'OAI. Il a en outre demandé à l'intimé de revoir sa position dans sa réponse au recours en tenant compte des abattements supplémentaires sur les revenus statistiques prévus par l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024, ce qui lui ouvrirait le droit à un quart de rente à partir du 1^{er} janvier 2024. A l'appui de son recours, l'assuré a produit un certificat médical du 2 octobre 2023 et un rapport médical du 3 octobre 2023 du Dr X._____ rappelant les diagnostics posés et attestant d'une incapacité de travail totale.

Le 18 janvier 2024, l'OAI a répondu. Il a confirmé le contenu de sa décision attaquée et a conclu au rejet du recours, renvoyant pour le reste à l'avis médical du SMR du 4 avril 2023.

Le 21 février 2024, le recourant a répliqué et maintenu ses conclusions. Il a constaté que l'OAI ne s'était pas prononcé sur l'application de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI au cas d'espèce.

Le 14 mars 2024, l'OAI a dupliqué, expliquant que l'art. 26^{bis} al. 3 RAI n'était pas en vigueur au moment où la décision attaquée avait été rendue, de sorte qu'il n'était pas applicable en l'espèce.

Le 19 mars 2024, le recourant a sollicité qu'il soit statué préalablement par la Cour de céans sur l'application de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI au cas d'espèce et pris des conclusions dans ce sens. Il a renouvelé sa requête le 17 mai 2024.

Par courrier du 28 mai 2024, le Juge instructeur de la Cour de céans a informé le recourant qu'il serait donné suite à sa requête d'ici la fin du mois de juillet 2024.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2021.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2023, elle fait suite à une demande de prestations déposée en 2016 concernant une atteinte à la santé durable ayant débuté en novembre 2015, de sorte que le droit au versement de la rente existe en novembre 2016 (art. 29 LAI), ce qui ressort de la décision attaquée qui

octroie une rente entière d'invalidité au recourant du 1^{er} novembre 2016 au 31 mars 2021. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Pour un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique – comme en l'espèce –, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution de ses possibilités de gain, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 du travail équilibré ; c'est

la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

d) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré

trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

5. 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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

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

et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

6. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a été en incapacité de travail totale à partir du 30 novembre 2015 et que, dès le 1^{er} novembre 2016, il a droit à une rente entière d'invalidité. En revanche, est litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a retenu qu'à compter du 3 décembre 2020, le recourant était capable de travailler à 80 % dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles (port de charges au-delà de 10 kg, marche prolongée, marche sur terrain irrégulier, montée et descente répétées d'escaliers, utilisation d'échelle, activités accroupies ou à genoux, activités prolongées au-dessus de la tête, postures statiques prolongées, la position assise devait être privilégiée, avec la possibilité de se lever au moins une fois par heure) et que sur cette base, il a supprimé la rente du recourant à compter du 1^{er} avril 2021. Pour arriver à ces conclusions, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'examen rhumatologique réalisé par le Dr Z._____ du SMR en mars 2022. Il convient dès lors d'examiner si ce rapport peut se voir accorder une pleine valeur probante.

b) En date du 8 mars 2022, le Dr Z._____ s'est entretenu avec le recourant et a procédé à son examen clinique durant plusieurs heures. Sur la base de ses constatations, il a dressé le status médical de l'intéressé qui figure dans son rapport du 16 mars 2022. Dans ce rapport, le médecin liste et résume les pièces médicales au dossier, dresse l'anamnèse du recourant, expose sa journée-type et pose des diagnostics. Les diagnostics incapacitants retenus de douleurs persistantes du genou droit dans les suites d'un changement de prothèse totale du genou le 26 novembre 2019 pour une prothèse totale du genou semi-contrainte, de status post implantation d'une prothèse totale d'épaule droite le 22 mars 2016 pour une omarthrose et arthrose acromioclaviculaire, de coxarthrose

gauche et de discopathies cervicales prédominant en C5-C6 et uncarthrose C6-C7 n'apparaissent pas critiquables. En effet, ces pathologies ressortent de plusieurs rapports médicaux au dossier (pour les gonalgies suivant le changement de prothèse, cf. notamment rapports de la P._____ du 24 novembre 2020, du Dr V._____ des 3 décembre 2020 et 6 décembre 2021, du Dr J._____ du 21 avril 2021, du Dr X._____ des 13 octobre 2021 et 3 octobre 2023 et du Dr C._____ du 9 juin 2022 ; pour le status post implantation d'une prothèse à l'épaule droite, cf. rapports du Dr Q._____ des 23 septembre et 17 novembre 2016, du médecin d'arrondissement de la CNA du 1^{er} septembre 2017, de la P._____ du 30 octobre 2017, du Dr C._____ du 9 juin 2022 et du Dr X._____ du 3 octobre 2023 ; pour les cervicalgies, cf. rapports du Dr R._____ du 4 octobre 2021 et du Dr X._____ des 13 octobre et 23 novembre 2021 et du 3 octobre 2023). D'ailleurs, dans son mémoire de recours, le recourant indique expressément ne pas remettre en cause les diagnostics retenus. Sur les points qui précèdent le rapport du Dr Z._____ ne prête dès lors pas flanc à la critique.

c) La situation est en revanche différente s'agissant de l'impact des diagnostics posés sur la capacité de travail du recourant.

Dans son rapport du 16 mars 2022, le Dr Z._____ a exposé qu'à partir du 3 décembre 2020, la situation médicale du recourant était stabilisée et que les limitations fonctionnelles dont il souffrait en lien avec les diagnostics retenus lui permettait de travailler à 80 %, ce taux prenant en compte une baisse de rendement liée aux multiples atteintes ostéoarticulaires mises en évidence. Le médecin précité a retenu la date du 3 décembre 2020, car, dans un rapport établi à cette date, le Dr V._____ a mentionné une évolution globalement satisfaisante du genou droit de l'assuré. Or, on ne saurait déduire de ce rapport médical que la situation médicale du recourant était stabilisée, ni qu'il était capable de travail à 80 % dans une activité adaptée, le Dr V._____ ayant attesté ce jour-là que l'assuré était toujours en incapacité totale de travailler. En outre, le Dr J._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que la situation du recourant était stabilisée seulement le 21 avril

2021, étant rappelé que, pour l'assurance-accident, seule était pertinente l'atteinte au genou droit (cf. rapport médical du même jour). On ne comprend donc pas comment le Dr Z._____ peut retenir que, près de six mois avant, l'état de santé global du recourant, à tous les points de vue, était stabilisé, ce qu'il n'explique au demeurant pas. On relève encore que le Dr C._____, médecin de l'assurance-maladie, a estimé que l'état de santé du recourant n'était toujours pas stabilisé en juin 2022 et ne le serait pas avant le 1^{er} septembre 2022, de sorte qu'il n'était alors pas possible de déterminer les limitations fonctionnelles pour une reprise du travail adaptée (cf. rapport du 9 juin 2022). Ce point de vue rejoint celui du Dr X._____ qui estime que le recourant est en incapacité de travail totale depuis 2015 et qu'il n'est toujours pas apte à reprendre une activité professionnelle (cf., entre autres, rapports des 13 octobre 2021 et 2 et 3 octobre 2023). Or, le Dr Z._____ ne discute pas les points de vue des autres médecins - tous divergents au sien -, se contentant de donner son propre avis médical, de sorte que ses conclusions n'emportent pas conviction, étant rappelé qu'en présence d'un rapport d'un médecin d'assurance, sans expertise externe au dossier, un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations suffit à le remettre en cause.

d) En outre, le Dr V._____, dans ses rapports des 3 décembre 2020 et 6 décembre 2021, a relevé que les troubles de l'équilibre à la marche dont souffrait le recourant était possiblement d'ordre neurologique. Or, le Dr Z._____ n'a pas discuté ce point qui n'a au demeurant pas été investigué par l'OAI. Il en va de même du possible canal cervical étroit constitutionnel mentionné par les Drs R._____ (cf. rapport du 4 octobre 2021) et X._____ (cf. rapport du 13 octobre 2021).

e) Il découle de ce qui précède que l'OAI a statué sur la base d'un dossier lacunaire.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui

prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., nos 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, quoi qu'en dise le recourant. En effet, l'OAI n'a pas correctement investigué l'état de santé du recourant sous l'angle rhumatologique et orthopédique et n'a pas du tout instruit le dossier du point de vue neurologique, de sorte qu'il n'appartient pas à la Cour de céans d'instruire et trancher cette

dernière problématique, dans la mesure où elle n'a jusqu'à présent fait l'objet d'aucun éclaircissement. Dans ce contexte, il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire du recourant, destinée à clarifier le tableau clinique présenté par ce dernier depuis novembre 2015, d'un point de vue rhumatologique, orthopédique et neurologique, afin d'avoir une appréciation médicale globale de l'évolution de l'état de santé du recourant. Une fois l'instruction complétée, il appartiendra à l'intimé de fixer le degré d'invalidité du recourant sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus.

8. a) Le recourant soutient encore que l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024 serait applicable en l'espèce, ce qui devrait mener la Cour de céans à lui reconnaître sans délai le droit à un quart de rente depuis le début de l'année. Selon lui, l'application de l'abattement supplémentaire d'au moins 10 % prévu par cette disposition sur le revenu statistique retenu dans la décision attaquée aurait pour conséquence que son préjudice économique s'élèverait à 44.55 % en lieu et place des 38 % retenu par l'intimé, ce qui ouvrirait le droit à une rente.

b) D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1). Le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse, sous réserve de motifs particuliers imposant exceptionnellement l'application immédiate du nouveau droit (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 119 Ib 103 consid. 5).

c) Le 18 octobre 2023, le Conseil fédéral a décidé de modifier l'art. 26^{bis} al. 3 RAI avec effet au 1^{er} janvier 2024 (RO 2023 635). Sa teneur est désormais la suivante :

« Une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec

une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49, al. 1^{bis}, de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible ».

Les dispositions transitoires en lien avec cette modification du RAI sont, quant à elles, formulées ainsi :

« ¹ Pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70 % et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20 %, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification.

² Lorsque l'octroi d'une rente ou d'un reclassement a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 parce que le taux d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande n'est examinée que s'il est établi de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26^{bis}, al. 3, pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou au reclassement. »

d) L'Office fédéral des assurances sociales a édicté le 9 novembre 2023 une lettre circulaire AI n° 432 concernant les règles de droit transitoire pour l'introduction de la déduction forfaitaire introduite le 1^{er} janvier 2024. Selon cette lettre circulaire, les droits à la rente prenant naissance après le 31 décembre 2023 sont régis par les dispositions du RAI dans sa version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2024 et tous les droits à la rente prenant naissance avant le 1^{er} janvier 2024 sont régis par les dispositions du RAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023. Si le droit à la rente subsiste au-delà du 31 décembre 2023, les dispositions du RAI dans sa version en vigueur au 1^{er} janvier 2024 sont applicables à partir de cette date. L'augmentation de la rente prend alors effet au 1^{er} janvier 2024. Si une rente a été refusée avant le 1^{er} janvier 2024 en raison d'un taux d'invalidité insuffisant, l'assuré peut déposer une nouvelle demande s'il rend plausible que l'application de la déduction forfaitaire au calcul du taux d'invalidité pourrait déboucher sur un droit à la rente. L'on se fondera alors sur l'évaluation du taux d'invalidité déterminante pour le refus de la rente, sans tenir compte d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé. Si le nouveau taux d'invalidité

obtenu à la suite de la prise en compte de la déduction forfaitaire s'élève à 40 % au moins, l'office de l'assurance-invalidité entre en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

e) En l'espèce, le taux d'invalidité du recourant devra être arrêté par l'OAI, une fois qu'il aura complété l'instruction du dossier (cf. supra consid. 7), de sorte qu'il paraît prématuré de faire application de l'art. 26^{bis} al. 3 LAI immédiatement et d'envisager un éventuel abattement supplémentaire sur le revenu statistique avec invalidité retenu dans la décision attaquée, dont on sait qu'il n'a pas été établi de manière conforme au droit.

En outre, même si on considérait que le revenu avec invalidité ressortant de la décision attaquée est un minimum acquis pour le recourant, ce qui n'est pas le cas, la Cour de céans n'appliquerait quand même pas l'art. 26^{bis} al. 3 LAI. En effet, les dispositions transitoires du RAI ne prévoient pas que lorsque le nouveau droit est entré en vigueur durant une procédure de recours contre une décision niant le droit à une rente au 1^{er} janvier 2024, le Tribunal cantonal devrait appliquer cette disposition, en dérogation aux principes généraux précédemment rappelés. La lettre circulaire AI n° 432 ne le prévoit pas non plus. Au contraire, dans une telle situation, tant les dispositions transitoires que la lettre circulaire précitée mentionnent que l'assuré doit procéder de la même manière qu'en cas de modification de sa situation médicale après la décision de l'OAI, en déposant une nouvelle demande. Il appartient alors à l'OAI de statuer en premier lieu sur cette nouvelle demande et non au Tribunal cantonal, sans quoi le recourant serait privé des moyens de recours prévus par la loi.

En conséquence, ce grief, mal fondé, doit être rejeté, de même que la conclusion tendant à ce que le droit à un quart de rente soit reconnu au recourant dès le 1^{er} janvier 2024.

9. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle

décision. La requête du recourant tendant à ce qu'il soit statué préalablement sur l'application de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI est sans objet.

b) Vu l'issue du litige, à savoir une admission partielle du recours, celui-ci étant rejeté en tant qu'il porte sur l'application immédiate de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, il convient de les répartir entre les parties, par moitié. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont dès lors mis à la charge du recourant par 300 fr. et à la charge de l'intimé par 300 francs.

c) Le recourant obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'000 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 l'intimé.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 19 octobre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** La requête de D._____ tendant à ce qu'il soit statué préalablement sur l'application de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI est sans objet.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de D._____ à hauteur de 300 fr. (trois cents

francs) et à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud par 300 fr. (trois cents francs).

V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D._____ un montant de 1'000 fr. (mille francs), à titre d'indemnité de dépens réduits.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Bernel (pour D._____),
- 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 :