

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 septembre 2010

---

Présidence de        Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :        M.     Neu et M. Perdrix, assesseur  
Greffier     :        M.     Laurent

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 7, 8, 16, 56 al. 1 LPGA; 93 al. 1 let. a, 117 al. 1 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A. a)** L'assuré D.\_\_\_\_\_, né en 1965, a déposé, le 20 mars 2001, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant l'octroi d'une mesure de reclassement ou de rééducation. Il a fait état d'une incapacité de travail totale du 23 octobre 2000 au 1<sup>er</sup> mars 2001 et partielle, à concurrence de 4,5 heures par jour, dès le 1<sup>er</sup> mars 2001. L'assuré a invoqué une atteinte à un genou ensuite d'un accident survenu au 1994. Il a précisé qu'il avait alors subi une fracture complexe du plateau tibial et qu'il s'était fait opérer à plusieurs reprises. Au moment de la survenance de l'incapacité de travail, en 2001, D.\_\_\_\_\_ travaillait en qualité de caissier et de vendeur auprès du Garage U.\_\_\_\_\_ SA. Il s'occupait du magasin de la station service, du service à la pompe et effectuait également l'entretien de voitures d'occasion.

Selon les informations fournies par U.\_\_\_\_\_ SA à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), l'assuré effectuait 5 jours de travail par semaine, pour un total de 42,5 heures. En 2000, son salaire était, durant la période d'activité, de 4'572 fr. 4; un treizième salaire était convenu.

**b)** Dans un rapport médical du 21 juillet 2000 destiné à l'assureur LAA X.\_\_\_\_\_ Assurances, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué que l'assuré travaillait à mi-temps, en raison de douleurs au genou droit. Une arthroscopie avec résection de la partie antérieure du ménisque externe avait été pratiquée, le 18 août 1999. Le médecin a considéré que les séquelles de la fracture intra-articulaire du plateau tibial droit, subie en 1994, étaient très importantes. Si l'instabilité n'était pas très nette cliniquement, il avait l'impression que l'absence de ligament croisé antérieur n'était pas bien tolérée et qu'elle accélérât les phénomènes dégénératifs. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail était de 50 % au maximum et qu'on pouvait craindre que D.\_\_\_\_\_ ne puisse plus, à l'avenir, exercer son emploi qu'avec de grandes difficultés.

**c)** Le 10 avril 2001, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics suivants :

- status 7 ans après fracture multifragmentaire du plateau tibial interne droit;
- status 6 ans après entorse grave genou droit (LCA, ménisque externe);
- status 6 mois après plastie genou droit;
- status après résection ostéophytes et corne antérieure ménisque externe genou droit.

Ce médecin a indiqué que son patient avait présenté une incapacité de travail totale du 15 septembre 2000 au 28 février 2001, puis à 50 % du 1<sup>er</sup> au 12 mars 2001. Il était à nouveau totalement incapable de travailler depuis le 13 mars 2001, pour une durée indéterminée. Le médecin a posé un pronostic négatif, estimant que l'activité exercée jusqu'alors ne pouvait plus l'être. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a néanmoins considéré qu'un travail "*semi-assis, sans charge, le plus sédentaire possible*" pouvait être exercé à raison de 8,5 heures par jour sans diminution de rendement et a préconisé une mesure de reclassement.

Dans un nouveau rapport médical du 22 avril 2002, le Dr P.\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé du recourant était resté stationnaire, estimant que l'évolution n'était pas favorable.

Le 28 juin 2002, le Dr P.\_\_\_\_\_ a écrit au médecin conseil de l'AI que des mesures professionnelles pouvaient être envisagées, mais qu'il avait beaucoup de peine à les définir concrètement, car un travail assis prolongé ou debout risquait d'être difficile pour l'assuré.

**B.** Le 14 novembre 2002, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique mandaté par l'assureur accident, a rendu un rapport d'expertise. Après avoir exposé l'anamnèse de l'assuré, ainsi que ses déclarations, l'expert a indiqué ce qui suit :

## **"5. DIAGNOSTICS**

- *Status 8 ans après fracture-séparation du plateau tibial interne et arrachement du massif des épines du genou droit, réduite et ostéosynthésée.*
- *Status 7 ans après ablation du matériel d'ostéosynthèse au genou droit.*
- *Status 5 1/2 ans après résection partielle de la corne postérieure du ménisque externe du genou droit.*
- *Status 3 1/2 ans après complément de résection de la corne postérieure du ménisque externe, section de l'aileron externe, ablation d'un ostéophyte en avant du massif des épines tibiales et suture de la corne antérieure du ménisque externe.*
- *Status 3 ans après ablation de la corne antérieure du ménisque externe par voie arthroscopique.*
- *Status 2 ans après plastie du ligament croisé antérieur et résection- égalisation de la corne antérieure du ménisque interne du genou droit.*
- *Arthrose fémoro-tibiale interne et externe stade I du genou droit.*
- *Syndrome fémoro-tibial droit dans le cadre d'une insuffisance quadricipitale.*

## **6. APPRECIATION DU CAS**

*L'essentiel de l'histoire concernant de patient a été étayé plus haut.*

*En résumé, il s'agit d'un status 8 ans après fracture-séparation du plateau tibial interne et arrachement du massif des épines tibiales du genou droit, ostéosynthésées, chez un patient en bonne santé habituelle, travaillant comme aide-chef d'un camping.*

*Il n'y a pas eu de complications significatives post-opératoires, permettant au patient de reprendre son activité professionnelle de manière progressive. Il se plaignait toutefois de gonalgies antérieures, qui se sont aggravées, conduisant à une consultation chez un confrère orthopédiste (Dr P. \_\_\_\_\_).*

*Dans un premier temps, notre confrère a procédé à une résection arthroscopique de la corne postérieure du ménisque externe; plus tard, il a complété cette résection et a réinséré la corne antérieure du ménisque externe, geste couplé d'une section de l'aileron externe et d'une résection d'un ostéophyte antérieur, en aval du massif des épines (vraisemblablement considéré comme obstacle dans le cadre d'un flexum résiduel). Pour finir, la corne antérieure du ménisque externe a été réséquée lors d'une troisième intervention.*

*La symptomatologie douloureuse a malheureusement perduré, associée à des phénomènes irritatifs (tuméfaction) itératifs et*

des phénomènes de lâchage, conduisant cette fois à une plastie du ligament croisé antérieur (son insuffisance a été constatée lors de l'intervention du 18.06.1999).

Cette intervention, faite il y a maintenant 2 ans, n'a pas modifié l'intensité des douleurs, bien que ces dernières se soient déplacées; apparemment, les phénomènes irritatifs perdurent; les lâchages sont toujours présents. Mr D. \_\_\_\_\_ porte une canne à gauche, et présente une boiterie permanente, avec limitation du périmètre de marche à 15 minutes. Le traitement anti-inflammatoire n'apporte pas d'amélioration significative à long terme.

A l'examen clinique du jour, on est frappé par le comportement du patient, qui décrit continuellement des douleurs de son genou, pendant la discussion, changeant régulièrement de position dans son siège. La boiterie qu'il présente est caricaturale, qu'elle soit avec ou sans canne, avec déviation marquée du tronc du côté gauche. L'examen du rachis ne révèle rien de pathologique chez un patient qui est bien bâti du point de vue musculaire. La mobilité articulaire de la hanche et de la cheville/pied du côté droit est physiologique, indolore. Il existe des signes d'épargne chronique du membre inférieur droit, sous forme d'une hypotrophie musculaire, essentiellement quadricipitale.

Le genou droit est sec, stable. Il n'y a pas d'hyperthermie régionale. Il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire. On remarque un discret empatement pré-rotulien. Des douleurs sont signalées à la mobilisation passive de la rotule, à la palpation de son bord externe, et à la palpation des deux condyles fémoraux.

La mobilité est quasi complète (flexum résiduel de 5°; déficit de flexion de 10°).

Le bilan radiologique actuel démontre la présence de troubles dégénératifs débutants des compartiments fémoro-tibiaux.

**En définitive**, 7 ans après l'évènement qui nous concerne à l'origine de lésions fracturaires conséquentes, traitées en urgence de manière correcte, et malgré plusieurs interventions ultérieures pour traitement de lésions méniscales et finalement pour plastie du ligament croisé antérieur, le tableau subjectif est mauvais.

Toutefois, la discrédance entre les plaintes alléguées par le patient et les constatations objectives est importante, puisque le status est rassurant, hormis les phénomènes d'épargne du membre inférieur droit, modérés, et un syndrome fémoro-patellaire bien compréhensible.

*On peut comprendre que les troubles dégénératifs constatés puissent engendrer un phénomène douloureux, chronique ou intermittent. Toutefois, ce phénomène est habituellement modeste. compte tenu du degré de déviation des lésions dégénératives. De plus, rappelons qu'il n'y a aucun phénomène irritatif au niveau de ce genou ce jour.*

*Cette discrétion fait évoquer une participation de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution actuelle du cas, bien que cette participation soit difficilement chiffrable. Cette impression de discrétion importante est renforcée par des éléments de non-organicités constatés ce jour : grimaces fréquentes, boiterie caricaturale, vague hyposensibilité de l'ensemble du MI droit dépassant largement les entités anatomo-cliniques connues.*

*Cette situation devrait désormais pousser le corps médical, en charge de ce patient, à une grande prudence quant à d'éventuelles indications à des thérapies agressives.*

*Afin d'améliorer la situation actuelle, de limiter le sentiment d'appréhension flagrant, et cantonner la surcharge psychogène, il paraît indispensable de sevrer le plus rapidement possible le patient de sa canne et le faire bénéficier d'une école de marche.*

*D'autre part, il est conseillé d'entamer une auto-rééducation, avec la pratique régulière de la natation, ce qui responsabilisera aussi le patient. Peut-être que la X. \_\_\_\_\_ Assurances pourra financer un abonnement en piscine pour une durée de 3 mois. Ce programme vise essentiellement un meilleur contrôle quadricipital, et la récupération, autant que possible, de sa trophicité, ce qui fera disparaître les phénomènes d'instabilité et vraisemblablement une large part de la symptomatologie douloureuse relative à la surcharge fémoro-patellaire.*

*Durant les premiers temps, le port d'une genouillère (par exemple en néoprène, avec évidemment rotulien) pourra être utile, à condition qu'elle soit portée régulièrement et non pas par courtes périodes, comme cela a été fait précédemment.*

*Récemment, a été pratiqué un CT-scanner du membre inférieur, pour la mesure de la TAGT. Il est vrai que la valeur calculée est légèrement supérieure à la norme. La même mesure n'a pas été faite du côté gauche on n'a donc pas de comparaison. Quoiqu'il en soit, une éventuelle chirurgie de l'appareil extenseur, (par exemple médialisation de la tubérosité tibiale antérieure) ne semble pas indiquée, tant que la problématique quadricipitale n'est pas réglée et aussi longtemps que les troubles non-organiques perdurent.*

*Ayant retrouvé un meilleur contrôle de son genou, le patient pourra alors reprendre son activité professionnelle. Cette reprise devrait se faire à l'échéance d'une période de 2 mois et à temps partiel. En effet, ce patient pourra sans autre réaliser l'activité à la caisse. Au début, il éprouvera quelques difficultés à la pompe. Il lui sera difficile de faire le nettoyage de voitures, activité qui l'expose à certains inconvénients (sol glissant, accroupissements/agenouillements répétés).*

*Avec l'entraînement au travail, on devrait s'attendre, à terme, à une capacité de travail de l'ordre de 66 2/3, peut-être de 75 %.*

*La capacité de travail en tant qu'aide d'un camping ne pourra dépasser le taux de 33 1/3 % (travail essentiellement à la réception, peut-être un peu à l'approvisionnement); le travail d'entretien sur terrain inégal, nécessitant souvent des positions inconfortables (citées plus haut) n'est pas possible.*

*En revanche, il existe une palette d'activités que ce patient peut exercer en ayant une capacité de travail entière. Il s'agit d'activités privilégiant les positions assises. Les positions debout de courte durée seront possibles. Il en sera de même pour les déplacements au sein d'une entreprise, à plat. La conduite d'un véhicule léger est possible, ce qui a été le cas aujourd'hui. Le port de charges devrait être limité à 10-15kgs.*

*Ainsi, une pleine activité est exigible dans les activités de bureau, informatique, micro-soudure, microélectronique, caissier, surveillant de parking, etc...*

*L'évolution de ce genou vers des troubles dégénératifs graves est possible, voire probable. La vitesse d'évolution de ces troubles et leur répercussion clinique n'est toutefois pas connue.*

## REPONSE AUX QUESTIONS

**1.** (...)

**2. Les plaintes du patient et les troubles constatés sont-ils dus, de façon certaine, probable ou seulement possible, à l'évènement du 14 mai 1994 ? :**

*Une relation de causalité naturelle entre une partie des troubles constatés et l'évènement du 14 mai 1994 est pour le moins probable. Une grande part, malheureusement non chiffrable, du contexte actuel est due à des phénomènes extra-anatomiques dans le cadre d'une probable surcharge psychogène.*

**3.** (...)

**4. Peut-on considérer qu'un status quo sine ou ante a été (ou sera) retrouvé en ce qui concerne les suites de l'accident du 14 mai 1994 ?**

Compte tenu du contexte actuel, avec évolution vers des troubles dégénératifs débutants, le status quo ante ne sera jamais retrouvé. En l'absence d'une dégradation d'un état antérieur, il n'y a pas lieu d'évaluer le status quo sine.

**5. Incapacité de travail**

Après le programme de physiothérapie, (école de marche, sevrage de la canne) et le programme d'auto-rééducation (piscine, genouillère), le patient pourra reprendre son activité professionnelle de pompiste à temps partiel (50%).

A terme, une capacité de l'ordre de 66 2/3 - 75% est espérée.

La capacité de travail en tant qu'aide d'un camping ne pourra dépasser le taux de 33 1/3 % (travail essentiellement à la réception, peut-être un peu à l'approvisionnement); le travail d'entretien sur terrain inégal, nécessitant souvent des positions inconvenientes n'est pas possible.

**6. (...)**

**7. INVALIDITE.**

**a. Si l'état est stabilisé, subsiste-t-il une invalidité des suites de l'accident ?**

Le cas n'est pas encore stabilisé. La capacité de travail en tant qu'aide-chef de camp et de pompiste a été commentée plus haut.

**b. Préciser si le ou les handicaps peuvent être compensés par une organisation différente du travail ou par des moyens auxiliaires :**

Eviter les positions accroupies/voire l'agenouillement répété. Eviter le port ce charges lourdes. Eviter la marche sur terrain inégal. Eventuellement port d'une genouillère.

**c. Peut-on tenir pour vraisemblable l'apparition de phénomènes d'adaptation et d'accoutumance ?**

Oui. Après le programme de physiothérapie/auto-éducation, visant le sevrage de la canne, et la recherche d'un meilleur contrôle du genou et partant une démarche adéquate, le tout dans le cadre de phénomènes douloureux habituellement modestes dans ce genre de situations, pouvant être jugulés du moins partiellement par une antalgie occasionnelle.

Encore une fois, l'évolution vers des troubles dégénératifs majeurs est possible, voire probable à long terme. Sa vitesse d'évolution et surtout sa répercussion clinique habituellement observe (sic) ne peut être précisée.

**8. Atteinte à l'intégrité : A combien estimez-vous l'atteinte à l'intégrité subie par l'assuré selon l'annexe 3 OLAA et des barèmes détaillés établis par la division médicale de la SUVA ?**

*En considérant le status prévisible après récupération de la fonction du quadriceps et du contrôle du genou, une indemnisation pour atteinte à l'intégrité sera justifiée. Elle ne devrait toutefois pas dépasser le taux de 10 %. Ce dernier équivaut à une situation d'un genou mobile uniquement entre 0 et 90°, voire à une situation après ablation de la rotule. Il correspond à la fourchette inférieure d'une pangonarthrose, à la fourchette intermédiaire d'une arthrose fémoro-tibiale moyenne, situation prévisible à long terme. Evaluation faite sur la base des tables des atteintes à l'intégrité selon la LAA-SUVA-table 2 et 5."*

Dans deux compléments d'expertise des 13 mars et 15 septembre 2003, le Dr J.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il existait, selon lui, des discordances entre les plaintes de l'assuré et les problèmes somatiques de celui-ci. Il a maintenu son opinion selon laquelle la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, c'est-à-dire privilégiant la position assise, permettant à l'assuré des mouvements fréquents de flexion/extension du genou), avec de courts déplacements, à plat et sans port de charge excessive, d'un poids limité à 10-15 kg. Lors de l'examen du 15 septembre 2003, l'expert a considéré que le status restait rassurant, avec un genou calme, sans épanchement ni hyperthermie.

**C.** Le 9 mai 2003, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin associé du Service psychosomatique de la Clinique M.\_\_\_\_\_, n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique.

Le 21 juillet 2003, les Drs B.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, respectivement médecin-associé et médecin-assistant du Service de réadaptation générale de la Clinique M.\_\_\_\_\_, ont établi un rapport et indiqué que l'assuré avait été hospitalisé dans leur établissement dans le but d'entreprendre un programme de rééducation intensive en milieu stationnaire. Ils ont encore précisé qui suit :

## **"APPRECIATION ET DISCUSSION :**

*Il s'agit donc d'un patient de 38 ans qui présente une problématique d'une limitation fonctionnelle douloureuse du genou D dans un contexte d'un genou multi-opéré et d'une évolution indubitable vers une gonarthrose tri-compartimentale. Actuellement, le patient se plaint d'une gonalgie D antérieure, continue, exacerbée à la charge ou au moindre mouvement et soulagée en partie par le repos. A cela s'ajoutent parfois une sensation d'instabilité et des blocages en extension, que la dernière intervention en 2000 n'a pas modifiés. La marche n'est possible qu'à l'aide d'une canne anglaise portée à D. Le handicap fonctionnel annoncé est considérable avec des répercussions dans toutes les activités de la vie quotidienne et un impact non négligeable sur le moral.*

*A l'examen clinique d'entrée, on constate une boiterie de décharge du MID avec absence de déroulement du pas, l'appui monopodal sur le MID étant déclaré irréalisable en raison des douleurs. L'accroupissement est incomplet, limité à 100° de flexion du genou D. L'axe des MI est en discret varus, le quadriceps D est hypomyotrophique, surtout au niveau du vaste interne et la mobilité du genou D diminuée avec un discret flexum actif réductible passivement. Il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire mais le genou est discrètement empâté dans la zone pré-rotulienne. La mobilisation de la rotule déclenche des craquements douloureux de même que l'ascension contrariée.*

*Les RX du genou D du 17.07.00 font état de troubles dégénératifs du compartiment interne, avec un ostéophyte du plateau tibial et du condyle fémoral en miroir ainsi qu'une irrégularité de la surface articulaire du condyle fémoral. Les clichés scannographiques du 30.04.02 ont été faits pour mesurer le TAGT qui est évalué à 24 mm. La même mesure n'a pas été faite du côté G.*

*Le bilan radiologique du 14.11.02 montre un gros pincement articulaire interne et externe, un important remaniement de la partie postérieure du plateau tibial externe et dans une moindre mesure interne, une ostéophytose du condyle fémoral externe, un remaniement des épines tibiales, un remaniement fémoro-patellaire interne avec un ostéophyte du condyle fémoral interne. La plastie est en bonne position. La rotule est centrée mais de localisation basse (indice de Catton mesuré à 0,62). On note en outre une déformation de la diaphyse fémorale qui est attribuée, selon les éléments du dossier à un trouble de croissance.*

*Le consilium psychiatrique réalisé en début d'hospitalisation, ne relève pas d'élément pathologique atteignant le seuil*

diagnostique pour une pathologie psychiatrique. Néanmoins, en cours de séjour, nous avons vu se développer un mouvement dépressif qui s'il n'atteint pas le seuil pour un diagnostic, doit tout de même être pris en considération. En effet, il pourrait influencer défavorablement la suite de l'évolution et en particulier retarder la mise en place de mesures d'ordre professionnel.

Diverses techniques ont été pratiquées en physiothérapie (taping rotulien, crochetage du TFL et de l'aileton rotulien, renforcement musculaire, étirements et proprioception). Le test du taping, s'il n'a pas intensifié les douleurs, n'a apporté aucune amélioration avec une mobilisation de la rotule qui reste très douloureuse. Les autres traitements (électrothérapie, glace, chaud et crochetage) n'ont eu aucun effet. Nous avons ensuite mis l'accent sur le travail de mobilisation, renforcement et proprioception en piscine.

En résumé, le tableau clinique actuel est en grande partie expliqué par les éléments objectifs observés. Toutefois, l'attitude globale du patient pendant cette hospitalisation nous amène à penser que des éléments sortant du champ médical entrent aussi en ligne de compte. Cette impression s'appuie sur le fait que les différentes techniques de physiothérapie n'ont eu absolument aucun effet, que l'administration de différents types d'AINS n'a pas permis d'influencer de quelque façon que ce soit l'intensité des douleurs. Néanmoins, il est probable que l'abaissement du seuil douloureux puisse aussi être mis sur le compte du mouvement dépressif que nous avons observé en cours de séjour. L'appréciation exacte de l'influence des différents facteurs devra être renouvelée ultérieurement, à distance de l'hospitalisation, en particulier par un médecin-psychiatre.

La description du dernier poste de travail récoltée par nos ateliers professionnels confirme que le travail de pompiste implique de nombreux déplacements sur de courtes distances, qu'une petite partie de la matinée seulement se passe en position assise (deux heures par matinée). Le patient effectue en outre des rangements à l'étalage d'alimentation et effectue le service auprès du client impliquant de rester debout une majeure partie du temps. Il n'y a pas de charge lourde à déplacer.

Le patient a ensuite été évalué, dans une activité sédentaire en position assise. Il n'a pas fait preuve d'une grande motivation et a éprouvé de la difficulté à terminer les thérapies.

Le bilan de fin d'hospitalisation montre que l'intensité des douleurs est inchangée même dans les mouvements sans charge. Des incohérences ont été relatées par les thérapeutes

*en physiothérapie surtout où par exemple, le patient ne parvient pas à réaliser des exercices de mobilisation du genou avec de petites charges, mais parvient à nager avec des palmes.*

*En conclusion sur la base des éléments objectifs, nous estimons malgré tout que M. Bakiu n'est pas en mesure de reprendre son ancienne activité professionnelle. La mise en route de mesures de reconversion professionnelle nous semble indispensable. Nous sommes toutefois d'avis que ces démarches ne devraient pas être entreprises dans l'immédiat, au vu du mouvement dépressif apparu au cours du séjour. Il serait en effet, plus judicieux de remettre à une date ultérieure ces démarches, afin de maximaliser les chances d'un aboutissement satisfaisant. Pour cette raison, nous préconisons une réévaluation par un médecin-psychiatre dans un délai de 8-10 semaines.*

*Au vu des différents éléments décrits ci-dessus, nous estimons que l'incapacité de travail dans la profession actuelle doit être prolongée."*

**D. a)** Le 5 février 2004, la X. \_\_\_\_\_ Assurances a rendu une décision sur opposition arrêtant le degré d'invalidité à 25 %, corrigé ultérieurement à 26 % pour tenir compte des nouvelles règles en matière d'arrondissement du taux. Sur le plan médical, l'assureur a retenu que la situation n'avait guère évolué depuis plusieurs années et qu'une capacité de travail presque entière, dans une activité impliquant une position essentiellement assise, devait être reconnue à l'assuré. S'agissant du gain réalisable compte tenu des séquelles accidentelles, l'assurance s'est fondée sur l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2002, tableau TA3, et a procédé à "*une déduction globale généreuse de près de 20 %*".

**b)** L'assuré a retrouvé un emploi à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004 pour un salaire de 4'000 fr. brut, versé douze fois l'an. Il a été engagé en qualité d'employé de commerce par Garage E. \_\_\_\_\_ SA, nouvelle raison sociale de Garage U. \_\_\_\_\_ SA. Son horaire de travail s'étendait de 7 heures 30 à 12 heures et de 13 heures 30 à 18 heures. Il était prévu qu'il suive un plan de formation sur six mois dans les différents services de son employeur.

**c)** Dans un rapport d'examen du 5 juillet 2004, le Dr C.\_\_\_\_\_, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a retenu que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité de pompiste était nulle, mais que l'intéressé pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que décrites par le Dr J.\_\_\_\_\_, qui avait tenu compte des atteintes fémoro-tibiale et fémoro-rotulienne. Il a retenu que l'atteinte dégénérative du genou droit, post-traumatique, était indéniable, mais que des éléments sortant du champ médical péjoraient le vécu subjectif de la situation, sans qu'un diagnostic psychiatrique puisse toutefois être posé. En ce qui concerne le début de l'aptitude à la réadaptation, elle a été fixée "*théoriquement au moins dès l'été 2001*".

**d)** Dans une lettre du 23 décembre 2004 à la X.\_\_\_\_\_, Assurances, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir reçu l'assuré à sa consultation, car il était de plus en plus gêné par son genou droit, continuellement douloureux. Le médecin avait examiné son patient et constaté que le genou droit était légèrement tuméfié avec un épanchement. Des radiographies avaient montré la présence d'un début d'arthrose tri-compartementale. Selon le Dr P.\_\_\_\_\_, l'assuré n'était plus apte à travailler à plein temps comme employé de commerce et il lui paraissait nécessaire qu'il trouve un emploi mieux adapté à sa situation. Dans l'attente de ce moment, le médecin avait prescrit un arrêt de travail complet.

Dans un rapport du 9 février 2005 adressé à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de gonarthrose droite, de status 10 ans après fracture et ostéosynthèse du plateau tibial droit et d'état dépressif. Il a estimé que l'état de son patient s'aggravait. L'incapacité de travail était complète depuis le 24 décembre 2004, pour une durée indéterminée. L'activité d'employé de commerce était néanmoins à nouveau exigible à mi-temps, de même qu'un autre emploi tenant compte des douleurs ressenties tant debout qu'assis. La position assise était possible durant 4 heures par jour, de même que la position debout. La même position pouvait être conservée pendant une à deux heures et l'alternance était possible, y compris avec

la marche. L'agenouillement, l'inclinaison du buste et l'accroupissement n'étaient pas envisageables. La marche était admissible sur un périmètre de 500 mètres et le port de charges devait se limiter à 10 kg au maximum. Un travail en hauteur ou sur une échelle et des déplacements sur un sol irrégulier ou en pente étaient proscrits. Un environnement froid devait être évité. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a considéré que D. \_\_\_\_\_ présentait une faible motivation à la reprise d'une activité ou à un reclassement professionnel et un absentéisme moyen était à prévoir.

e) Le 11 avril 2005, le Dr J. \_\_\_\_\_ a établi une nouvelle expertise, sur mandat de la X. \_\_\_\_\_ Assurances. Il en résulte notamment ce qui suit :

## **"5 DIAGNOSTICS**

- *Status 11 ans après fracture du tibia proximal droit intra-articulaire, ostéosynthésée.*
- *Status après plusieurs interventions chirurgicales (AMO, ménisectomie, SAE, plastie LCA) du genou droit.*
- *Gonarthrose droite lentement évolutive.*

## **6. APPRECIATION DU CAS**

*L'essentiel de l'histoire de ce patient a été étayé plus haut.*

*Le lecteur constatera que la situation clinique objective ne semble pas s'être modifiée par rapport à l'examen du 15 septembre 2003. Quant au status radiologique, il ne montre pas de changement marqué par rapport au bilan de novembre 2002, suggérant une très lente évolution des troubles dégénératifs post-traumatiques.*

*Comme cité plus haut, le genou droit reste calme, sans épanchement significatif, sans hyperthermie régionale. La mobilité est satisfaisante, en tout cas en passif. La trophicité musculaire régionale ne s'est pas modifiée, l'hypotrophie restant modeste. En revanche, les troubles subjectifs se péjorent, avec une symptomatologie douloureuse qui reste marquée, permanente, associée à des troubles disesthésiques globaux du membre concerné, et SURTOUT une symptomatologie phantome! par ailleurs, le patient décrit des lâchages fréquents. La persistance de cette symptomatologie, malgré le port d'une orthèse stabilisatrice, laisse songeur. D'autres signes de non organicité (grimaces, résistance active, troubles neurologiques sans respect des dermatomes), viennent compléter ce tableau.*

*Encore une fois, lorsque les troubles dégénératifs sont débutants ou modérés, non accompagnés de phénomènes inflammatoires marqués (chaleur, tuméfaction persistante), les douleurs habituellement rencontrées sont modestes, jugulées par une antalgie simple ou des AINS, éventuellement par une physiothérapie ponctuelle, ou/et à l'aide d'un auto-entraînement (par ex. exercices en piscine). L'appréciation d'une rotule basse a été évoquée dans mon rapport du 15 septembre 2003. L'ensemble de ces éléments n'explique qu'en partie la symptomatologie alléguée par ce patient.*

*Mr D. \_\_\_\_\_ présente une surcharge psychogène qui semble s'aggraver avec le temps, le patient s'enlisant vers un état de sinistrose. On ne peut que regretter l'absence de toute prise en charge ambulatoire y relative, durable, malgré la proposition formulée en septembre 2003, réitérée par la Clinique M. \_\_\_\_\_. Cette surcharge semble occuper le devant de la scène, jouant un rôle prépondérant actuel.*

*Une chirurgie complémentaire, sous forme d'une prothèse du genou droit, pourrait s'avérer utile à terme. Toutefois, cette chirurgie, qui va certainement satisfaire le tableau objectif du patient, comporte un grand risque de ne pas modifier sensiblement l'état subjectif, qui est très défavorable.*

*En cours d'évolution, ce patient s'est plaint de lombalgies. L'examen clinique actuel est rassurant, objectivant une bonne trophicité musculaire para-rachidienne et une bonne mobilité de la colonne. Le bilan radiologique montre, tout au plus, une discopathie L5-S1 débutante. Une relation de causalité naturelle entre, le contexte orthopédique du genou droit et ces lombalgies, ne peut être retenu, cette symptomatologie étant apparue bien après l'événement traumatique, survenant en l'absence de dégradation brusque de la gonarthrose et, s'agissant d'une situation qui corrobore l'absence de relation causale entre une boiterie chronique et un état lombalgique (cf. études de Harris et Harrington).*

*En d'autres termes, la situation du genou droit paraît relativement stable, du moins depuis fin 2002. L'incapacité de travail, prononcée fin décembre 2004, ne peut se justifier sur l'unique base de ces troubles, ce d'autant plus que ce patient exerçait, depuis août 2004, une activité adaptée à sa situation (activité privilégiant les positions assises, permettant l'alternance assis/debout, avec courts déplacements à pied, etc.). Occasionnellement, une gonarthrose peut présenter des exacerbations douloureuses, avec ou sans phénomènes irritatifs transitoires (épanchements). Si tel avait été le cas fin décembre, il aurait alors justifié une courte incapacité de travail (1 mois ?), peut-être à temps partiel, assorti d'une adaptation transitoire du traitement. La situation orthopédique*

actuelle, relative à la pathologie du genou droit, ne justifie clairement pas d'incapacité de travail durable.

Pour finir, la pleine capacité dans l'activité actuelle, voire dans toute autre activité plutôt sédentaire, serait exigible, même à long terme, avec ou sans chirurgie prothétique future.

### **REPONSE AUX QUESTIONS**

1. (...)

2. (...)

**3. Appréciation des séquelles et des facteurs étrangers à l'accident : Quelles séquelles accidentelles subsistent-ils (sic) encore? Divergences par rapport aux constatations faites récemment... Les indications subjectives et les constatations objectives coïncident-elles? L'état de l'assuré est-il aggravé par des facteurs étrangers à l'accident ? :**

L'appréciation objective n'a pas permis d'objectiver une dégradation marquée des troubles orthopédiques du genou droit, par rapport au status qui prévalait en septembre 2003. Les indications subjectives et les constatations objectives ne coïncident pas, en grande partie (cf. appréciation). La participation prépondérante de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas est toujours d'actualité, occupant le devant de la scène, nécessitant (encore une fois) une prise en charge idoine.

**4. Modifications aux constatations médicales et capacité de travail exigible. Un changement est-il intervenu sur le plan anatomique et fonctionnel depuis la fixation de la rente... ?**

Pas de modifications objectives significatives, au titre d'une dégradation, depuis le 15 septembre 2003.

**5. Traitement futur et pronostic. La reprise d'un traitement médical est-elle nécessaire ?**

Cf. fin d'appréciation. Le traitement médical (antalgie/AINS) ne s'est pas modifié. L'auto-entraînement manque cruellement. L'attelle cruro-jambière n'a pas permis l'amendement des lâchages, élément qui laisse songeur.

Le dimanche 10 avril 2005, un e-mail a été envoyé par la protection juridique de Mr D.\_\_\_\_\_, incluant une longue liste de questions. Des réponses sont apportées à l'essentiel, les autres éléments ayant déjà reçu réponse plus haut.

**Lien de causalité naturelle avec l'accident (la rechute du mois de décembre 2004 est-elle en relation avec l'événement du 14 mai 1994...) ? :**

*Ladite relation causale semble tout au plus possible. Même si on admettait le principe d'une exacerbation ponctuelle de la gonarthrose de ce patient, on admettrait aussi une incapacité de travail de relative courte durée, peut-être même à temps partiel.*

**Incapacité de travail.**

*Cf. question précédente.*

**Thérapie/pronostic :**

*Cf. appréciation et question 5.*

**Expertise médicale supplémentaire ? :**

*Une expertise complémentaire ne semble pas d'actualité. En revanche, une prise en charge psychiatrique est indispensable."*

**f)** Par avis médical du 14 juin 2005, le Dr C.\_\_\_\_\_, du SMR, a relevé qu'objectivement, le status clinique de l'assuré ne s'était pas modifié, même si la mobilité du genou droit s'était un peu détériorée. Il a remarqué que la médication anti-inflammatoire et hypnotique n'avait pas été changée entre les années 2003 et 2005. Si l'atteinte dégénérative post-traumatique du genou droit ne faisait pas de doute pour ce médecin, les nouveaux documents n'apportaient pas, à son avis, la preuve d'une détérioration objective de la situation. La capacité de travail était de 100 % dans une activité bio-mécaniquement adaptée.

**g)** Dans un rapport final du 12 juillet 2005, l'OAI a relevé que l'assuré avait résilié le contrat qui le liait à E.\_\_\_\_\_ SA à la fin du plan de formation d'employé de commerce, s'estimant incapable de travailler à plus que 50 %. Entendu le 20 décembre 2004, l'assuré avait néanmoins concédé que son activité au sein d'E.\_\_\_\_\_ SA était adaptée à son handicap, puisqu'il travaillait en position assise, qu'il accompagnait des clients sur de courts trajets à pied et qu'il ne portait pas de charge. Dès lors que D.\_\_\_\_\_ avait renoncé à exercer un travail conforme à ses limitations fonctionnelles, l'OAI a procédé à une approche théorique du salaire d'invalidé, en se fondant sur l'ESS 2000, pour un homme effectuant des tâches simples et répétitives dans une activité industrielle légère,

comme l'emballage, le montage de câbles, l'assemblage ou le contrôle de production (TA1, niveau de qualification 4). Sur la base d'un revenu de 4'625 fr. 57 pour un horaire hebdomadaire de 41,7 heures, soit 55'506 fr. 87 par année, l'OAI a procédé à une indexation de 2,5 % pour déterminer un salaire brut de 56'894 fr. 54 en 2001. Afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, une réduction de 10 % a été opérée et le salaire exigible a été arrêté à 51'205 fr. 09. En ce qui concerne le salaire sans invalidité, il a été calculé sur une base mensuelle de 4'200 fr. brut, à concurrence de 13 fois l'an, soit 54'600 fr. en 2001.

**E. a)** Par décision du 24 janvier 2006, l'OAI a octroyé une rente complète d'invalidité à D.\_\_\_\_\_, pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2000 au 30 septembre 2001. Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale dès le 28 avril 1999, de façon continue. Son état s'était ensuite amélioré et, dès le mois de juillet 2001, l'assuré avait, selon l'OAI, recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir un travail en position assise permettant des mouvement fréquents de flexion-extension du genou droit, la possibilité d'effectuer des fréquents et brefs déplacements à plat et ne nécessitant pas le port de charge de plus de 10-15 kg. Se fondant sur un revenu sans invalidité de 54'600 fr. et sur un salaire avec invalidité de 51'205 fr. 10, l'OAI a considéré que dès le mois de juillet 2001, D.\_\_\_\_\_ avait présenté un degré d'invalidité de 6,21 %. Il a donc estimé que le versement de la rente devait être supprimé trois mois après l'amélioration de la capacité de gain, soit dès le 1<sup>er</sup> octobre 2001.

**b)** L'assuré a fait opposition à cette décision par acte du 30 juin 2006, estimant que son état de santé s'était stabilisé au 31 décembre 2004, comme l'avait retenu la X.\_\_\_\_\_ Assurances, et non au mois de juillet 2001. Il a également invoqué l'exigence de coordination dans les assurances et relevé que l'assureur LAA lui avait reconnu un taux d'invalidité de 26 %. D.\_\_\_\_\_ a encore souligné l'aspect psychiatrique de son dossier. Enfin, il a fait valoir que la réduction à opérer au titre des limitations fonctionnelles devait être de 20 %.

c) Le 16 janvier 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_, du SMR, a repris l'ensemble des données médicales concernant le recourant depuis l'accident du 14 mai 1994, rappelant toutes les opérations et tous les examens pratiqués depuis lors. Il a conclu en indiquant ce qui suit :

*"En conclusion, les documents objectifs et impartiaux (Dr J.\_\_\_\_\_ et Clinique M.\_\_\_\_\_) sont éloquents et unanimes : le genou droit de l'assuré est calme, sec, stable et les lésions radiologiques sont modestes; il n'y a pas d'évolution significative entre novembre 2002 et septembre 2003 (expertises in presentia du Dr J.\_\_\_\_\_); une discordance manifeste est relevée entre les constatations objectives et les plaintes subjectives, hors de proportion avec ce que la pratique médicale habituelle permet d'observer dans de tels cas (Expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ du 15.09.2003, p. n° 4). Il n'y a donc aucun argument médical étayé qui permette d'affirmer que l'état n'était pas stabilisé en 2001 (la dernière intervention chirurgicale date d'ailleurs du 23.10.2000).*

*La date de l'été 2001 comme moment auquel une réadaptation professionnelle aurait pu être débutée ne figure certes pas explicitement dans les documents à disposition; néanmoins la pratique médicale permet d'affirmer qu'un reclassement professionnel dans une activité épargnant spécifiquement les genoux peut sans autre être débutée 6 mois après une plastie ligamentaire de LCA (en l'occurrence, l'opération a eu lieu le 23.10.2000).*

*Dans leur rapport de sortie du 05.08.2003, les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_ notent effectivement qu'ils ont observé un mouvement dépressif; l'examen psychiatrique avait eu lieu le 08.05.2003 48 h après l'entrée de l'intéressé à la Clinique M.\_\_\_\_\_ et le psychiatre relevait que les attentes face au séjour étaient grandes; il relevait par ailleurs l'absence de problématique psychique. On peut toutefois affirmer que les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_ aurait à nouveau fait appel à leur consultant psychiatre en cours de séjour ou auraient - pour le moins - introduit un traitement psychotrope s'ils avaient admis que l'état psychique de leur patient l'imposait. On peut en déduire qu'à la sortie de la Clinique M.\_\_\_\_\_ l'assuré ne présentait pas de trouble dépressif. Le fait que le Dr J.\_\_\_\_\_ ait évoqué une surcharge psychogène et même une évaluation psychiatrique ne prouve pas que l'assuré souffre d'un trouble psychique incapacitant. La <<surcharge psychogène>> n'est pas une comorbidité psychique mais évoque ce que de nombreux rapports contenus dans ce dossier mentionnent, c'est-à-dire la participation de facteurs non médicaux à la pérennisation de maux sans substrat somatique adéquat. Les documents à disposition ne*

*permettent donc pas de confirmer la réalité d'une atteinte à la santé psychique incapacitante."*

**d)** Par décision du 6 février 2007, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Il a considéré que les éléments médicaux permettaient de retenir que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis l'été 2001. L'OAI a en particulier souligné que les rapports du Dr J. \_\_\_\_\_ étaient complets et pertinents et qu'aucun autre élément médical ne venait les contredire. Il a ensuite retenu un revenu hypothétique sans invalidité de 54'600 francs. Le revenu d'invalidité a été arrêté à 51'205 fr. 10. L'OAI a considéré qu'une réduction de 10 % tenait suffisamment compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, qui seules jouaient un rôle dans le degré de l'abattement. Ainsi, il a confirmé que le taux d'invalidité était de 6 % et que la rente d'invalidité devait être supprimée passé un délai de trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

**F. a)** Par acte du 9 mars 2007, D. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière "*au moins jusqu'au 31 décembre 2004*". En substance, le recourant conteste le taux d'invalidité arrêté par l'OAI. Il soutient que cet office n'a pas motivé son appréciation, selon laquelle l'assuré aurait pu mettre en œuvre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2001. Le recourant considère que l'examen des pièces médicales, en particulier le rapport d'expertise du 14 novembre 2002 du Dr J. \_\_\_\_\_ démontre qu'au contraire, son état de santé n'était pas stabilisé en été 2001. D. \_\_\_\_\_ souligne également que cette expertise indique qu'une reprise du travail pouvait être envisagée à mi-temps dans un délai de deux mois, et non que sa capacité de travail était entière. Il fait valoir qu'il n'a, sur le plan somatique, retrouvé une pleine capacité de travail qu'à la fin de l'année 2004, mais que son état de santé s'est alors dégradé sur le plan psychique, si bien qu'il convient de prêter particulièrement attention à cet aspect des choses. Le recourant estime encore que, dans la mesure où la X. \_\_\_\_\_ Assurances a retenu un taux d'invalidité de 26 %, l'OAI aurait dû

s'y tenir, compte tenu de l'exigence de coordination dans les assurances sociales. Il conteste également le revenu sans invalidité retenu par l'office intimé, faisant valoir que l'assureur LAA a calculé un salaire nettement supérieur. Enfin, le recourant considère que ses limitations fonctionnelles n'ont pas été suffisamment prises en compte au stade de la fixation du revenu d'invalidité.

A titre de mesure d'instruction, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comportant notamment un volet psychiatrique, pour la détermination du droit à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

**b)** L'OAI s'est déterminé dans une réponse du 22 juin 2007, concluant au rejet du recours.

**c)** Le recourant a répliqué par acte du 28 août 2007. Il a modifié ses conclusions, affirmant son droit à une rente d'invalidité complète jusqu'au 31 décembre 2003. Il a encore requis la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire devant porter sur le droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

**d)** Par acte du 26 septembre 2007, l'office intimé a renoncé à répliquer.

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

**1. a)** Le recours interjeté par D.\_\_\_\_\_ l'a été ensuite d'une décision sur opposition du 6 février 2007. La procédure d'opposition a été initiée par acte du 30 juin 2006 du recourant, soit avant l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> juillet 2006, de la modification de la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) du 16 décembre 2005 (RO 2006 p. 2003), qui a entraîné la suppression de la procédure d'opposition. Partant, c'est bien l'ancien droit qui doit être appliqué (let. b des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

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, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celle contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Celui-ci doit être porté devant le Tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours dès la notification de la décision querellée (art. 58 al. 1 et 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, la décision entreprise a été rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, de sorte qu'elle est susceptible d'un recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique dès son entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2009, aux causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives, en particulier en matière de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c et 117 al. 1 LPA-VD). L'art. 93 al. 1 let. a LPA-VD prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances.

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par D.\_\_\_\_\_ à l'encontre de la décision sur opposition du 6 février 2007 de l'OAI. S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** 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 (cf. ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

D.\_\_\_\_\_ critique la décision querellée à plusieurs égards. Il estime tout d'abord que son droit à une rente d'invalidité entière est acquis jusqu'au 31 décembre 2003, compte tenu de l'évolution de son état de santé, telle qu'attestée par les avis médicaux figurant au dossier. Pour la période postérieure, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, il considère que le dossier de la cause n'est pas suffisamment instruit, en particulier en ce qui concerne son état de santé psychique, pour pouvoir trancher la question de savoir s'il devait ou non continuer à percevoir une rente.

Le recourant conteste encore, pour le cas où la cour de céans considérerait qu'elle peut se prononcer sur la question de la rente d'invalidité après le 31 décembre 2003, que le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI est erroné. Il en veut pour preuve le fait que l'assureur LAA a retenu un taux d'invalidité de 26 %. Il estime encore que le taux

d'abattement du revenu d'invalidé ne tient pas suffisamment compte de ses limitations fonctionnelles.

**3. a)** La LPGA étant entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, elle ne s'applique en théorie pas à l'examen la demande de prestations du recourant, déposée le 20 mars 2001 (art. 82 LPGA; ATF 129 V 1). Toutefois, les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain et de l'invalidité, de même que celles de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables), contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'AI, telles que développées par la jurisprudence (ATF 130 V 343 c. 2 à 3.6). Par mesure de simplification, on peut donc se référer aux articles topiques de la LPGA et à la jurisprudence qui s'y rapporte.

**b)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 16 LPGA, 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 du travail équilibré. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 c. 4.3.1).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

**d)** Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il

convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4; TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

**4. a)** Le recourant soutient que sur le plan somatique, son état de santé ne s'est pas stabilisé avant le mois de décembre 2003 et que, par conséquent, le droit à une rente d'invalidité ne doit pas être limité à l'automne 2001.

**b)** Il est constant que l'assuré ne peut plus exercer une activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI; tel est le cas en particulier de ses précédentes activités d'employé dans un camping et d'employé d'une station service.

**c)** La dernière opération subie par le recourant a consisté en une plastie du ligament croisé antérieur du genou droit, effectuée le 23 octobre 2000.

Il ressort du rapport du 10 avril 2001 du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, que l'état de santé de celui-ci était stationnaire et qu'il disposait d'une capacité de travail entière, soit 8,5 heures par jour, sans diminution de rendement, dans un travail "*semi-assis, sans charge, le plus sédentaire possible*"; le médecin a préconisé des mesures d'ordre professionnel. Dans ses rapports des 22 avril et 28 juin 2002, le Dr

P.\_\_\_\_\_ a considéré que l'état de santé de son patient était stationnaire. Il a estimé que des mesures de reclassement étaient toujours envisageables.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, expert mis en œuvre par l'assureur LAA X.\_\_\_\_\_ Assurances, a indiqué les limitations fonctionnelles d'une activité adaptée au recourant, c'est-à-dire permettant d'éviter les positions accroupies et l'agenouillement répété, ainsi que le port de lourdes charges et la marche sur un terrain irrégulier. Selon le Dr J.\_\_\_\_\_, le recourant disposait, dans un emploi adéquat au regard de ses handicaps, d'une "*capacité de travail entière*". L'expert a précisé que le recourant pouvait exercer une activité dans les domaines notamment administratif, informatique et microélectronique. D.\_\_\_\_\_ a été réexaminé par l'expert le 15 septembre 2003. Le status restait rassurant, avec un genou droit calme, sans épanchement ni hyperthermie, bien que diffusément douloureux à la palpation. Dans un nouveau rapport d'expertise du 11 avril 2005, toujours sur mandat de la X.\_\_\_\_\_ Assurances, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué que la situation du genou droit du recourant paraissait relativement stable et que les troubles dégénératifs étaient débutants ou modérés. Les constatations médicales objectives n'avaient pas changé depuis le 15 septembre 2003, aucune dégradation n'étant à déplorer. La capacité de travail de D.\_\_\_\_\_ dans l'activité d'employé de commerce était entière, de même que dans toute activité plutôt sédentaire. Cette appréciation était, selon l'expert, valable à long terme, qu'une chirurgie prothétique soit effectuée ou non.

Tant le Dr J.\_\_\_\_\_ que les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_ ont relevé l'existence d'éléments objectifs expliquant en partie le tableau clinique présenté par le recourant, de même que la présence d'éléments sortant du champ médical et influençant la perception subjective qu'a D.\_\_\_\_\_ de son état de santé.

**d)** Il découle des éléments qui précèdent qu'il peut être exigé du recourant qu'il exerce une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à plein temps. Certes, les rapports médicaux ne font pas état d'une

évolution favorable, mais uniquement stable. Cela ne modifie toutefois en rien l'appréciation qui précède. Quant à l'allégation du recourant, selon laquelle le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré, après un programme de physiothérapie, pourrait reprendre son activité professionnelle à mi-temps pendant deux mois, elle est exacte. Elle concerne cependant l'activité que le recourant exerçait au sein de la station service d'U.\_\_\_\_\_ SA avant l'incapacité de travail de l'automne 2000, laquelle n'était pas totalement compatibles avec le handicap de l'intéressé. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de D.\_\_\_\_\_, l'expert a considéré qu'une pleine capacité de travail était exigible. Pour le surplus, les avis médicaux vont tous dans ce même sens et rien ne permet de les tenir pour douteux ou erronés.

**e)** Le Dr C.\_\_\_\_\_, dans l'avis médical du SMR du mois de janvier 2007, a exposé l'ensemble des données médicales - accident, opérations et autres examens - concernant le recourant. Il a estimé que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était entière depuis l'été 2001. Il a admis que les documents médicaux à sa disposition ne mentionnaient pas expressément qu'une réadaptation professionnelle aurait pu débiter à partir de l'été 2001. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a cependant précisé que, selon la pratique médicale, une activité épargnant spécifiquement les genoux pouvait être commencé six mois après une plastie ligamentaire des ligaments croisés antérieurs, comme celle subie par D.\_\_\_\_\_ le 23 octobre 2000. Le demandeur ne prétend pas que cette appréciation serait erronée et il ne fournit aucun élément de nature à faire apparaître l'avis du SMR comme douteux. D'ailleurs, il ressort de la décision du 5 février 2004 de la X.\_\_\_\_\_ Assurances que la situation médicale du recourant n'avait guère évolué déjà depuis plusieurs années. La différence d'appréciation entre le recourant et les intervenant médicaux s'explique ainsi par l'influence d'éléments extra-anatomiques, tels qu'ils ont été mis en évidence par le Dr J.\_\_\_\_\_ et par la Clinique M.\_\_\_\_\_. Ces éléments subjectifs ne sauraient toutefois jouer un rôle dans la détermination de la capacité de travail médico-théorique en matière d'AI.

**f)** Ainsi, la décision entreprise retient à juste titre que le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2001.

**5.** Le recourant se plaint du fait que l'OAI n'a pas, selon lui, tenu compte de la dégradation de son état de santé psychique. Il tient le dossier de la cause pour incomplet à cet égard.

Certes, dans son rapport du 11 avril 2005, le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé que les troubles subjectifs se péjoraient, avec une symptomatologie douloureuse qui restait marquée en permanence, associée à des troubles disesthésiques globaux, tableau qui avait laissé l'expert "*songeur*". Le médecin a estimé que le recourant présentait "*une surcharge psychogène qui sembl(ait) s'aggraver avec le temps, le patient s'enlisant dans un état de sinistrose*". En outre, les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_ ont également évoqué, dans un rapport du 21 juillet 2003, un mouvement dépressif apparu au cours du séjour hospitalier. Toutefois, le 9 mai 2003, le médecin associé au service psychosomatique de cette clinique, qui avait examiné D.\_\_\_\_\_, n'avait retenu aucun diagnostic psychiatrique. Cette absence de diagnostic n'a pas été modifiée lorsque le recourant a quitté la clinique; en outre, aucun traitement ne lui été prescrit à cet égard. Ainsi, aucun élément du dossier ne permet de retenir que le recourant présenterait un trouble psychique d'une intensité telle qu'il entraînerait une invalidité. D'ailleurs, malgré la présence d'une surcharge psychogène, relevée dans le rapport du 11 avril 2005, le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé que le recourant jouissait d'une pleine capacité de travail dans l'activité d'employé de commerce ou dans tout autre emploi plutôt sédentaire, et que cette appréciation était valable à long terme.

On ajoutera que le recourant ne peut se contenter de relever l'avis des médecins, en particulier de souligner que le Dr J.\_\_\_\_\_ a préconisé, dans son rapport du mois d'avril 2005, une prise en charge ambulatoire sur le plan psychique. Cette recommandation avait déjà été émise durant de l'année 2003, ce que l'expert a relevé dans son rapport. Or, dans son recours du 9 mars 2007, le recourant ne prétend pas qu'il

aurait débuté une prise en charge sur le plan psychique. Il lui appartient pourtant d'entreprendre les démarches nécessaires à cet égard. Compte tenu de son obligation de réduire le dommage, D.\_\_\_\_\_ doit en effet, de sa propre initiative, faire ce qui est en son pouvoir et que l'on peut raisonnablement exiger de lui pour améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels (art. 7 LAI). Il ne saurait dès lors se contenter d'arguer que son état de santé psychique se dégrade depuis plusieurs années, sans rien entreprendre pour remédier à ce phénomène, dont l'intensité n'atteint dans tous les cas pas un degré tel qu'il entraînerait une limitation de la capacité de travail.

**6. a)** Le recourant conteste la détermination du degré d'invalidité, en particulier le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, soit 54'600 fr., ainsi que l'ampleur de l'abattement du revenu d'invalidité, compte tenu des limitations fonctionnelles. Il se prévaut également du fait que l'assureur LAA lui a reconnu un taux d'invalidité de 26 % et semble considérer qu'il devrait en aller de même concernant l'AI.

**b)** La notion d'invalidité (cf. art. 8 al. 1 LPGA) est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assureur-accidents, assureur-militaire et assureur-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a toutefois pas pour conséquence de libérer ces assureurs de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière, un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, un effet obligatoire aussi étendu ne se justifiant pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité de l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par

une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme l'indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, ultérieurement être prise en compte dans le processus de décision du second assureur. Ce dernier doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait que la première évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs, il convient d'ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Le Tribunal fédéral a ainsi considéré comme insoutenable une appréciation de l'assureur-invalidité au motif qu'elle s'écartait largement de celle de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes s'agissant de la capacité de travail et l'activité exigible ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 133 V 549 c. 3.3; ATF 126 V 288 c. 2d, 119 V 474 c. 4a; cf. aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 c. 3, 2001 n° U 410 p. 73 c. 3; TFA U 222/2003 du 19 juillet 2004, U 288/2003 du 24 mars 2004 et I 564/2002 du 13 janvier 2004).

**c)** La décision entreprise retient que, s'il avait continué à travailler pour U. \_\_\_\_\_ SA, le recourant aurait perçu un salaire mensuel brut de 4'200 fr. payé treize fois l'an, soit un montant annuel de 54'600 francs. Ce calcul est toutefois erroné. Il ressort en effet des renseignements fournis par U. \_\_\_\_\_ SA qu'en 2000, le recourant percevait un salaire mensuel brut de 4'572 fr. 40, versé treize fois l'an, ce qui représente un revenu annuel brut de 59'441 fr. 20. Adapté à l'évolution des salaires nominaux entre 2000 et 2001 (+ 2,5 %), cela donne un revenu sans invalidité de 60'927 fr. 23 en 2001.

**d)** En ce qui concerne le revenu d'invalidité, il a été calculé correctement, sur la base du salaire mensuel brut pour un homme

effectuant des tâches simples et répétitive (niveau de qualification 4) dans le domaine de l'industrie et de la production, tel qu'il ressort du tableau TA1 de l'ESS 2000, soit 4'437 francs. Adapté à l'horaire hebdomadaire moyen de 41,7 heures et annualisé, cela représente un salaire de 55'506 fr. 87. En l'adaptant à l'évolution des salaires entre 2000 et 2001 (+ 2,5 %), on détermine un revenu annuel brut de 56'894 fr. 54. On relèvera ici que, pour calculer le revenu d'invalidé, l'assureur LAA s'est fondé sur le tableau TA3 de l'ESS 2000, ce qui n'est pas correct, dès lors que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient de se fonder sur le tableau TA1, conformément à la pratique (TFA I 471/04 du 16 mai 2005; TFA U 203/03 du 18 mars 2004).

**e)** Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 c. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. c. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393 c. 3.3; ATF 126 V 75 c. 6).

L'office intimé a procédé à un abattement de 10 % sur le salaire d'invalidé du recourant pour tenir compte des limitations fonctionnelles qui sont les siennes. D.\_\_\_\_\_ considère que ce n'est pas suffisant. Il en veut pour preuve le fait que l'assureur LAA a procédé à une déduction de 20 % du salaire d'invalidé déterminé sur la base de l'ESS. Force est toutefois de constater qu'un abattement de 20 %, proche du maximum autorisé par la jurisprudence, est bien trop large au vu des limitations fonctionnelles du recourant, seuls éléments entrant en ligne de compte à cet égard. Il ne ressort en effet pas du dossier, et le recourant ne

prétend par le contraire, que des circonstances particulières propres à l'assuré devraient être prises en considération au stade de la réduction du salaire d'invalidé ressortant de l'ESS. Sur ce point, la position de l'assureur LAA relève d'une appréciation insoutenable et il se justifie donc de se distancer de la décision entrée en force de la X.\_\_\_\_\_ Assurances. Partant, il convient de s'en tenir à une réduction de 10 %, de sorte que le revenu d'invalidé doit être arrêté à 51'205 fr. 09 (56'894 fr. 54 ./ 5'689 fr. 45).

**f)** Il apparaît ainsi qu'à partir de l'été 2001, moment où D.\_\_\_\_\_ a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, le taux d'invalidité du recourant était de 15,96 % ([60'927 fr. 23 ./ 51'205 fr. 09 = 9'722 fr. 14] : 60'927 fr. 23), soit un degré insuffisant pour justifier l'allocation d'une rente d'invalidité (art. 28 aLAI). Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), le droit du recourant à une rente entière d'invalidité a donc pris fin trois mois plus tard, le 1<sup>er</sup> octobre 2001.

Au vu des considérations qui précèdent, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre l'expertise judiciaire requise par le recourant. Une telle mesure n'est nécessaire que s'il existe des doutes concrets sur des points litigieux importants. Tel n'est pas le cas en l'occurrence, de sorte que de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans (cf. ATF 134 I 140 c. 5.3, JT 2009 I 303; ATF 130 II 425 c. 2.1; ATF 122 II 464 c. 4.a, JT 1997 I 786).

**7.** En définitive, le recours interjeté par D.\_\_\_\_\_, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision du 6 février 2007 de l'OAI confirmée.

S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais, par 250 fr., sont mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 91 et 99 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu à allocation de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 et 56 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 6 février 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- D. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :