

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mme Thalmann, juge et M. Berthoud, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Gland, représenté par Me Bernard Katz, avocat à Lausanne,
recourant,

et

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

Art. 6ss, 16 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) A. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1956, de nationalité italienne, sans formation, est arrivé en Suisse en 1987. Après avoir travaillé durant 16 ans chez un vigneron à [...], en qualité d'employé viticole, il a ensuite été engagé par [...] SA, à [...], en qualité d'aide ferblantier couvreur à compter du 21 mai 2002. Il exerçait en outre une activité accessoire de nettoyeur au service de l'entreprise de nettoyage [...], également à [...].

b) Le 30 août 2002, alors qu'il était à l'arrêt au volant de son véhicule, l'assuré a été percuté par l'arrière par un autre véhicule. Suite à cet accident, il a été traité ambulatoirement à l'Hôpital de [...] qui lui a accordé une incapacité de travail de 100% du 30 août 2002 au 5 septembre 2002.

Dans un rapport du 3 octobre 2002, le Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine générale à [...] et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de contusions cervicales et du genou droit. Le 7 novembre 2002, il a indiqué qu'après une nette amélioration, le patient présentait une récurrence de gonalgies droites importantes occasionnant un arrêt de travail. Il a précisé qu'une IRM du genou montrait une contusion osseuse sous-chondrale associée à un enfoncement du revêtement cartilagineux de la partie inférieure du condyle fémoral interne.

Le 13 décembre 2002, une arthroscopie et une méniscectomie interne ont été pratiquées sous anesthésie générale par le Dr K. _____, médecin chef au service d'orthopédie de l'Hôpital de zone de [...], qui a posé les diagnostics de souffrance du genou droit sur base d'une lésion méniscale interne ainsi que sur chondropathie post-traumatique en zone de charge condyle interne. Le 10 février 2003, ce praticien a indiqué que le traitement de rééducation était en cours et a fait état d'un épanchement modéré résiduel et d'une atrophie du quadriceps majeur (sidération). Une reprise du travail n'était pas encore prévue.

c) L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) de Sion du 11 mars au 9 avril 2003. Dans un rapport du 2 mai 2003, les praticiens de cet établissement ont posé les diagnostics d'algodystrophie stade II du genou droit et de contusion du genou droit le 30 août 2002 (lésions cartilagineuses multiples du condyle fémoral interne et déchirure du ménisque interne du genou droit), les comorbidités étant un diabète mellitus non insulino-dépendant et une cervicarthrose C5-C6 et C6-C7. Au cours de son séjour à la clinique, l'assuré a suivi un programme intensif de physiothérapie et le bilan de fin d'hospitalisation mettait en évidence une augmentation de la force musculaire et une amélioration de la proprioception au membre inférieur. L'incapacité de travail était totale mais devait être réévaluée dans un délai de trois mois, la situation médicale de l'assuré n'étant pas stabilisée.

d) Dans une note du 16 juin 2003 relative à l'entretien qu'il avait eu avec l'assuré à son domicile, Q._____, inspecteur auprès de la T._____ - qui assurait A._____ contre les accidents selon la LAA et avait pris le cas en charge -, a indiqué ce qui suit:

"Evolution: "Cela va mal". Pour M. A._____, les choses ont plutôt l'air de s'aggraver. La cure de Miacalcic est terminée. Les nuits sont mauvaises, avec des sensations de brûlures et de piqûres. Il doit souvent se lever pour mettre de la glace. Il a pris du Voltarène et, actuellement, du Ponstan. La physio a lieu 2 fois par semaine. C'est très pénible et le moral ne va pas toujours bien.

Lorsqu'il veut marcher un peu, il doit prendre une canne anglaise et ne fait pas plus de 200 ou 300 mètres. Les escaliers sont impossibles, aussi bien à la montée qu'à la descente. Le genou lâche.

La dernière consultation chez le Dr K._____ a eu lieu le 16 juin 2003 et la prochaine reste à fixer. Ce médecin lui a dit qu'il allait devoir vivre avec ce genou.

(...)

Al: M. A._____ a été prié de s'annoncer à cette institution."

e) Le 19 juin 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

f) L'assuré a été examiné le 1^{er} juillet 2003 par le Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et remplaçant du médecin d'arrondissement de la T._____, qui a indiqué que l'évolution restait lente et difficile, les douleurs étant toujours présentes et s'aggravant à la marche, voire même lors du moindre effort. L'examen clinique permettait d'objectiver une bonne trophicité musculaire du membre inférieur droit, un genou droit sec, stable, mais présentant de discrets signes cliniques dystrophiques. La mobilité du genou était satisfaisante. Le syndrome douloureux était encore important. La boiterie était marquée, associée à une importante appréhension. La poursuite d'un traitement de physiothérapie était préconisée et la situation était toujours en évolution.

Dans un rapport du 28 juillet 2003, le Dr K._____ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de souffrance post-traumatique du genou droit et le diagnostic sans répercussions sur la capacité de travail de diabète de type II. Il a indiqué que dans les conditions constatées le 16 juin 2003, l'incapacité de travail était totale.

Dans un rapport médical du 14 août 2003 adressé à l'OAI, le Dr J._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de gonalgies droites persistantes et handicapantes, de status après contusions osseuses sous-chondrales du genou droit, de status après méniscectomie interne droite et de neuroalgodystrophie du genou droit post-traumatique, ainsi que le diagnostic sans répercussions sur la capacité de travail de diabète de type II non insulino-dépendant. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, le travail sur les toits étant impossible, mais qu'une activité adaptée - à savoir une activité professionnelle sans effort physique et avec peu de déplacements - était exigible à 100%.

g) Répondant à la demande de la T. _____ du 18 août 2003, le Dr E. _____, médecin-chef du service d'anesthésiologie et d'antalgie à l'Hôpital de [...], a indiqué en septembre 2003 que le genou était sec, avec une extension complète et une flexion satisfaisante, au-delà de 100%, mais avec une nette hyperpathie; vu les douleurs alléguées, qui avaient tendance à s'aggraver, une électrode de stimulation médullaire-test avait été placée le 22 août 2003 et le patient était en phase d'évaluation de ce traitement qui, en cas de succès, aboutirait à l'implantation d'un stimulateur. Dans un courrier du 16 octobre 2003 adressé au conseil de l'assuré, le Dr R. _____, spécialiste FMH en anesthésie et médecin-chef au service d'anesthésiologie et d'antalgie de l'Hôpital de [...], a indiqué ce qui suit:

"Suite à l'accident du 30 août 02 dont il a été victime, M. A. _____ souffrait de douleurs violentes aussi bien la nuit que le jour. Il a été mis au bénéfice d'un traitement de neuromodulation et l'intervention dans notre service a consisté à la mise en place d'électrodes épidurales pour stimulation des cordons postérieurs de la moelle.

Grâce à ce dispositif, le patient a 100% d'amélioration de ses douleurs nocturnes, en revanche la journée, en fonction de l'intensité de l'activité, les douleurs sont toujours bel et bien présentes. Cependant, M. A. _____ avoue un bénéfice sur les douleurs de plus de 50%. Il reste semble-t-il bien handicapé et les répercussions de ce handicap sur sa capacité de travail sont maximales."

Dans un rapport médical du même jour adressé à l'OAI, le Dr R. _____ a confirmé qu'ensuite de l'introduction d'un traitement de neuromodulation, les douleurs nocturnes avaient bien régressé, les douleurs diurnes en revanche étant bien présentes; l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, mais on pouvait exiger que l'assuré exerce une autre activité. Dans un rapport médical détaillé E213 du 18 novembre 2003, le Dr J. _____ a confirmé qu'un travail adapté - à savoir un travail assis sans effort avec possibilité de changements de position fréquents - pouvait être accompli à temps plein.

h) Sur proposition du médecin traitant et avec l'accord de la T. _____, l'assuré a été examiné par le Dr U. _____, médecin associé au

Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), à Lausanne. Dans un rapport du 22 décembre 2003, ce praticien a indiqué que la plainte principale du patient était une douleur quotidienne limitant le périmètre de marche à quinze minutes. Le praticien n'a pas trouvé d'argument rationnel permettant d'expliquer l'état du genou droit. La seule possibilité alors envisagée par le Dr U. _____ consistait en une prise en charge régulière en physiothérapie afin d'assouplir ce genou et un contrôle médical de la douleur. Il a ajouté que le bilan radiologique complet des deux genoux ne montrait pas d'atteinte ostéo-articulaire.

i) Le 15 janvier 2004, l'assuré a été examiné par le Dr F. _____, médecin d'arrondissement de la T. _____, qui a noté que l'examen clinique était dominé par des signes de non-organicité et une forte auto-limitation alors que le genou droit avait objectivement conservé une bonne fonction. S'agissant des importantes lésions cartilagineuses de tout le genou, prédominant au condyle et visualisées lors de l'arthroscopie du 13 décembre 2002, elles ne pouvaient être qu'asymptomatiques tant que le patient maintenait son membre inférieur droit en décharge et qu'il épargnait systématiquement son genou. Le Dr F. _____ a relevé que des facteurs non orthopédiques, voire non médicaux, jouaient probablement un rôle déterminant dans l'évolution défavorable. Il a conclu que l'activité antérieure exercée par l'assuré paraissait difficilement envisageable, mais qu'il avait une pleine capacité de travail dans une activité légère et sédentaire autorisant des positions alternées. Il a estimé l'atteinte à l'intégrité corporelle à 5%.

Le 25 novembre 2004, le Dr K. _____ a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI, dont il ressort ce qui suit:

"Pour avoir récemment examiné Monsieur A. _____, je puis prendre la position suivante concernant sa capacité de travail:

S'il est bien vrai que le patient signale une amélioration considérable des douleurs à l'aide d'un neuro-stimulateur, il est aussi remarqué que cet appareil doit être sollicité à tout moment, constituant donc une situation peu compatible avec un travail suivi.

Lors de l'examen médical de son genou droit, je trouve une articulation sèche, normothermique, rotule indolore, avec une

extension complète et une flexion dépassant de peu l'angle droit, stable. La musculature des quadriceps est identique à 10 cm du rebord rotulien.

Cela dit, l'examen est particulièrement laborieux par une situation hyperpathique et qui m'a semblé largement démonstrative, ce qui semble également interférer avec toute activité suivie.

Dans le travail que vous proposez, c'est à dire épargnant le genou, sans déplacement significatif ni genuflexion, ni port de charge, il est logique de situer la capacité de travail entre 30 et 50%.

Par contre, seule une période d'essai, que je conseille vivement, semble apte à répondre définitivement à cette question."

Dans un rapport médical du 7 décembre 2004, le Dr J. _____ a confirmé l'exigibilité d'une activité adaptée - à savoir une activité sédentaire en position assise et sans effort - exercée à raison de 4 à 8 heures par jour, en relevant que l'assuré prétendait ne pouvoir exercer aucune activité professionnelle mais devrait en réalité être capable de travailler à temps partiel voire à temps complet dans une activité épargnant le genou.

j) Dans un avis médical SMR du 5 janvier 2005, le Dr P. _____ a estimé, sur la base des documents objectifs à disposition, qu'une activité adaptée au plan bio-mécanique correspondant aux limitations fonctionnelles était exigible à partir du début de l'année 2004; en effet, les avis spécialisés impartiaux des Drs U. _____, F. _____ et l'avis réitéré du médecin traitant, le Dr J. _____, permettaient d'affirmer que la capacité de travail de l'assuré était normale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (activité épargnant le genou, sans déplacement significatif ni genuflexion, ni port de charges).

Par décision rendue le 14 avril 2005, l'Office Régional de Placement de [...] a reconnu l'assuré inapte au placement à compter du 22 mars 2005, cette appréciation étant fondée sur l'incapacité de travail de longue durée indiquée dans un certificat médical du 6 avril 2005 du Dr J. _____.

k) Par décision du 18 avril 2005, la T. _____ a alloué à l'assuré une rente d'invalidité LAA fondée sur un taux d'invalidité de 23%

dès le 1^{er} août 2004, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, pour les suites de l'accident de la circulation du 30 août 2002.

L'assuré, représenté par l'avocat Bernard Katz, a formé opposition contre cette décision, estimant avoir droit à une rente d'invalidité LAA de 75% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au minimum 30%. A l'appui de son opposition, il a produit une lettre du 12 mai 2005 adressée par le Dr J. _____ à son conseil, dans laquelle ce praticien a indiqué avoir toujours évoqué la possibilité d'une reprise d'activité partielle et avoir convenu, d'entente avec le patient, une incapacité de 50 à 75% selon le poste de travail dès le 9 mai 2005. Il a en outre mentionné que l'intéressé souffrait d'un diabète sucré de type 2 insulino-requérant nécessitant l'injection d'insuline deux fois par jour.

I) L'assuré a effectué un stage au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI) du 5 septembre au 2 octobre 2005. Le rapport du COPAI du 12 octobre 2005 a conclu à la possibilité de réadapter l'assuré dans une activité légère, simple et répétitive, privilégiant la position assise avec la possibilité d'alterner les positions de travail assises et debout et permettant une certaine mobilité; dans ces conditions, un rendement de 70% était exigible sur un plein temps, dans le circuit économique normal, après une période d'adaptation; la capacité de travail entière établie par le SMR pouvait difficilement être mise en pratique compte tenu des multiples arrêts nécessaires pour répondre à des besoins physiologiques comme faire quelques pas, aller aux toilettes et alterner les positions de travail assez régulièrement.

Au rapport du COPAI était joint un rapport du 8 octobre 2005 du Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine interne, dans lequel ce médecin exposait que l'assuré avait été équipé d'un neurostimulateur antalgique qu'il manipulait et réglait constamment et face auquel il avait développé une dépendance qui semblait exagérée, n'effectuant aucun changement de position sans recourir à sa télécommande de manière très ostensible; il ne se déplaçait qu'avec une canne anglaise, ce qui rendait

toute activité autre qu'assise impossible; par ailleurs, il était atteint d'un diabète de type 2 insulino-requérant très mal équilibré, soit par non respect, soit par non compréhension des consignes thérapeutiques; malgré une présentation extrêmement négative au départ, le stage de l'assuré au COPAI s'était plutôt bien déroulé, mettant en évidence une capacité de travail de l'ordre de 70% dans des activités simples et légères.

Etant d'avis que des mesures professionnelles ou une aide au placement n'étaient pas envisageables dès lors que l'assuré s'estimait dans l'impossibilité de reprendre une quelconque activité professionnelle, l'OAI a effectué une approche théorique de la capacité de gain de l'assuré, qui aboutissait à un degré d'invalidité de 9.92%.

m) Par décision sur opposition du 3 novembre 2005, la T._____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 18 avril 2005 (cf. lettre A.k supra), qu'il a confirmée.

L'assuré, représenté par son conseil, a recouru contre cette décision sur opposition, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité LAA de 75% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 32'040 fr. (correspondant à un taux de 30%).

n) Dans un rapport du 4 janvier 2006 adressé au conseil de l'assuré, le Dr W._____, spécialiste FMH en chirurgie, a exposé notamment ce qui suit:

"Nous avons comme base une incapacité physique théorique de 30% (je rappelle que ceci est valable pour autant que le travail trouvé soit adapté à la situation physique de M. A._____). Par ailleurs le handicap physique que subit monsieur A._____ est accompagné de douleurs vives, continues, diurnes et moindrement nocturnes et ceci malgré la présence d'une puce antalgique greffée dans son dos (je ne pense pas que quiconque accepte une intervention chirurgicale antalgique si les douleurs ressenties ne sont pas difficiles, sinon impossibles à vivre).

On oublie très certainement que le genou droit de M. A._____ déclenche non seulement une douleur mais également une boiterie et une gaucherie (tout récemment, au début décembre 2005, son genou droit s'est bloqué et les douleurs ressenties l'ont amené à l'hôpital de [...] en urgence). Finalement, il est certain que de le voir

se déplacer difficilement dans une zone plane et très difficilement dans des escaliers, prouve tout à la fois sa gaucherie et sa douleur.

Si maintenant nous nous penchons sur un handicap psychique ou si vous voulez non orthopédique et non médical, nous pouvons dire que comme l'indique si bien monsieur A._____: «Ma vie est fichue».

Je ne pense pas que quiconque se voit, à cinquante ans, handicapé comme il l'est à se promener dans une main avec une canne anglaise et dans l'autre main avec une télécommande permettant de faire réagir la puce antalgique, que cette personne puisse avoir un moral à rechercher un travail, à sourire à la vie et à pouvoir apprécier les beaux paysages d'hiver. Si nous poursuivons dans ce sens, il est certain que la recherche d'un travail adapté à sa situation, c'est-à-dire comme le décrit le Dr J._____: «Une possibilité pour le patient d'une reprise d'activité partielle sous forme d'un travail à temps partiel sans effort et en position assise avec possibilité de lever et de marche intermittent», est une situation excessivement difficile sinon impossible à réaliser, ce d'autant plus que, comme tout un chacun le sait, une recherche de travail actuellement d'une personne âgée de plus de cinquante ans n'a que d'infimes chances de réussite et ceci chez quelqu'un de valide. Comment faire alors pour quelqu'un qui est invalide et qui a des exigences de travail aussi précises que décrites plus haut?

Toutes ces réflexions me font revenir à mes petits calculs de pourcentages à savoir:

Le handicap physique théorique est de 30%

Le handicap physique accompagnant le premier handicap peut être, je pense, calculé à 20 ou 25%

Finalement le handicap psychique peut et doit être pris en considération entre 15 et 20%

L'addition de ces pourcentages fera une somme aux environs de 70 ou 75% d'incapacité de travail.

Cela signifie en langage clair que monsieur A._____ devrait toucher avec ce pourcentage une rente AI complète."

o) Dans une lettre adressée le 9 mai 2006 au conseil de l'assuré, le Dr B._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a exposé ce qui suit:

"Monsieur A._____ présente une diabète apparu à l'âge de 36 ans, soit il y a 14 ans. Il a d'abord été traité par des médicaments oraux pour ce diabète qui, grâce à une activité physique dans le cadre de son travail (responsable d'un domaine viticole jusqu'en 2002), est resté bien contrôlé et très stable de nombreuses années.

A noter que le patient pratiquait également tous les jours une bonne heure de marche pour son plaisir.

Depuis son accident en août 2002, le patient a dû complètement arrêter son activité professionnelle de même qu'une activité physique de loisir. Progressivement, sous son même traitement

médicamenteux, le diabète s'est dérégulé, au point que depuis environ un an et demi, son médecin a dû recourir à un traitement par injection d'insuline pour équilibrer son taux de sucre sanguin. Monsieur A._____ fait très attention à son alimentation, mais malgré son traitement d'insuline actuel et du fait d'une absence d'activité physique, le diabète reste labile avec une grande variation dans les mesures de sucre quotidiennes.

Il est à noter qu'avec des années de diabète, le traitement devient plus difficile; pour Monsieur A._____, ce facteur a pu jouer un rôle sur le dérèglement des glycémies, mais il est certain que l'arrêt d'une activité physique, les douleurs des jambes et peut-être aussi les préoccupations psychologiques au sujet de sa santé jouent toutes un rôle dans la difficulté à stabiliser son diabète".

B. **a)** Par décision du 17 juillet 2006, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2003 au 31 mars 2004. La motivation de cette décision est en substance la suivante:

En raison de son état de santé, l'assuré présente une incapacité de travail de façon continue depuis le 16 octobre 2002. A l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 29 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), soit le 16 octobre 2003, son incapacité de travail et de gain est entière ce qui lui ouvre le droit à une rente entière de l'AI dès le 1^{er} octobre 2003. Toutefois, depuis le mois de janvier 2004 une capacité de travail entière peut raisonnablement être exigée de lui dans une activité épargnant le genou, sans déplacement significatif ni genuflexion et sans port de charges. Des mesures professionnelles n'étant pas envisageables, il y a lieu d'évaluer le préjudice économique. L'assuré n'ayant pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (activités industrielles légères), soit en 2004 (année d'ouverture du droit à la rente) 4'588 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise. Après adaptation de ce montant à l'horaire de travail usuel dans les entreprises en 2004 (41,6 heures, alors que les salaires statistiques se fondent sur quarante heures par semaine), ce montant doit être porté à 4'771 fr. 52 (4'588 fr. x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de 57'258 fr. 24, sur

lequel un abattement de 10% se justifie pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré, de sorte que le revenu annuel d'invalidé s'élève en définitive à 51'532 fr. 40. La comparaison de ce revenu avec le revenu annuel auquel l'assuré pourrait sans atteinte à la santé prétendre en 2004, soit 57'209 fr. 55, aboutit à une perte de gain de 5'677 fr. 15 et donc à un degré d'invalidité de 10%. Ce degré d'invalidité n'ouvre plus le droit à une rente de l'AI, la suppression de la rente prenant effet au 1^{er} avril 2004, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain.

b) Le 8 septembre 2006, l'assuré a formé opposition contre cette décision, en produisant un nouveau rapport établi le 23 août 2006 par le Dr W. _____ et dont il ressort notamment ce qui suit:

"Son état de santé s'est aggravé durant les mois de 2006 dans le sens que les douleurs ressenties dans son genou droit sont devenues nocturnes et diurnes (ce qui le dérange énormément durant la nuit), la gaucherie et la boiterie se sont accentuées et actuellement il ne peut garantir sans douleur qu'environ 100 mètres à plat, son diabète n'est pas équilibré et nécessite des contrôles fréquents.

Je ne pense pas qu'il y ait une moindre amélioration à signaler dans l'état de santé de M. A. _____ et je ne pense pas qu'il y aura une fois une amélioration. Au contraire, l'état de son genou ne peut que s'aggraver et l'antalgie implantée dans la colonne lombaire sera de plus en plus nécessaire dans les mois ou les années à venir.

Quant à son diabète, si pendant quelques mois il est stable, brusquement et sans raison particulière il se déséquilibre ce qui est fréquent dans cette maladie.

Je pense dès lors qu'il est indispensable que monsieur A. _____ aie une aide, cette aide, décidée à 50%, le soulagerait bien de tous ses ennuis actuellement présents."

c) Le 4 octobre 2006, l'OAI a écrit au conseil de l'assuré que comme à partir du 1^{er} juillet 2006, la procédure dite d'opposition avait été supprimée et remplacée dans le cadre de mesures de simplification par la procédure dite du préavis, l'Office n'aurait pas dû notifier une décision formelle soumise à opposition mais communiquer à l'assuré un projet de décision laissant à ce dernier la possibilité d'exercer son droit d'être entendu; afin de rattraper son erreur, il proposait de considérer sa décision du 17 juillet 2006 comme un simple projet de décision (un

préavis) et l'opposition du 8 septembre comme une contestation qui donnerait lieu à une décision formelle susceptible de recours, ce que l'assuré, par son conseil, a accepté le 9 octobre 2006.

Dans un avis médical SMR du 10 janvier 2007, le Dr P._____, après avoir pris connaissance des rapports du Dr W._____ des 4 janvier et 23 août 2006 (cf. lettres A.n et B.b supra), a estimé que ceux-ci n'apportaient aucune appréciation objective du status médical : Mobilité du genou droit, stabilité, respectivement éventuelle instabilité, éventuel épanchement de l'articulation, éventuelle amyotrophie de la cuisse et de la jambe droite relativement à la gauche, documents radiologiques pertinents. Il en a déduit que ces documents ne prouvaient donc pas d'aggravation fonctionnelle de la situation médicale objective et n'apportaient pas les arguments nécessaires à une modification de l'appréciation de la situation; dès lors, il n'apparaissait dans le dossier aucun document médical correctement étayé postérieur aux rapports des Drs U._____ et F._____ (cf. lettres A.h et A.i supra) conduisant à mettre en doute une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

d) Le 21 juin 2007, l'assuré a produit une lettre adressée le 11 juin 2007 à son conseil par le Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dont il ressort notamment ce qui suit:

"En conclusion, ce patient de 51 ans présente donc un traumatisme de la voie publique sévère à haute énergie avec des séquelles organiques, médicalement difficilement objectivable. Ce qui est certain, c'est que ce patient a vu la mort de très près et qu'à l'heure actuelle, à ma connaissance, aucune évaluation psychique n'a été entreprise. Cette évaluation psychiatrique concernant ce traumatisme me paraît importante dans le contexte actuel.

Un reclassement professionnel pourrait éventuellement être envisagé avec un travail partiellement assis, ce qui me paraît difficilement envisageable chez un patient qui a une formation scolaire plus que limite.

Ce patient présente donc un handicap physique théorique de plus de 30% si l'on considère également l'irradiation du syndrome algique. Le handicap psychique doit absolument être évalué et tenir compte de l'éventuelle chance, si elle existe, de reclassement professionnel. En tenant compte de ces différents facteurs et du diabète insulino-

dépendant (2 injections d'insuline par jour), Monsieur A. _____ devrait bénéficier rapidement d'une rente AI de plus de 66%."

Le 22 octobre 2007, l'assuré a produit une lettre adressée le 5 octobre 2007 à son conseil par le Dr R. _____, dont la teneur est la suivante:

"Le 16 juillet 07, nous avons changé le générateur de type Itrel 3 sous anesthésie locale et prophylaxie d'antibiotique. En effet, le précédent stimulateur montrait un épuisement de la pile après deux ans d'utilisation.

Nous avons probablement, à cette occasion, déplacé un peu le connecteur qui relie l'extension et l'électrode ce qui a occasionné pendant plusieurs semaines des douleurs au patient.

Je l'ai revu le 1^{er} octobre 07, la situation était à nouveau sous contrôle avec une excellente efficacité de la stimulation médullaire."

e) Dans un rapport médical du 19 novembre 2007 adressé à l'OAI, le Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de gonalgie droite invalidante après traumatisme de la voie publique sévère à haute énergie le 30 août 2002, de diabète labile, déséquilibré, insulinotraité, et d'état anxio-dépressif. Il a notamment exposé ce qui suit:

"En ce qui concerne le handicap orthopédique, je me réfère au rapport médical du Dr C. _____ du 11.06.2007, orthopédiste FMH, qui conclut au fait que «Monsieur A. _____ devrait bénéficier rapidement d'une rente AI de plus de 66%».

Il faut noter que lors de son rapport du 10 janvier 2007 pour le Service médical régional [SMR] AI, le Dr P. _____ ne disposait pas bien sûr des données du Dr C. _____ qui résument l'état actuel du patient.

Monsieur A. _____ présente d'autre part un diabète de type 2, évoluant depuis environ 16 années et traité depuis 2004 par insuline. Bien que Monsieur A. _____ surveille 3x/j ses glycémies, et qu'il s'alimente de façon équilibrée, le diabète est actuellement très labile et le contrôle global est insuffisant, comme en témoigne une valeur HbA1c de 8,6% en octobre 2007. En effet, ses glycémies oscillent entre des valeurs très basses de 2.9 mmol/l et des valeurs élevées de 16.0 mmol/l sans transition, sous deux injections d'insuline Levemir associées à un traitement de Metfin 500 mg 3x/j. Les hypoglycémies à 2.9 mmol/l ne sont pas toujours bien ressenties et il est incontestable que les douleurs parfois imprévisibles d'une part, le manque d'activité physique dû aux douleurs et l'état anxieux dépressif d'autre part jouent un rôle sur le déséquilibre de son diabète. Monsieur A. _____ utilise également une insuline

NovoRapid de correction lorsque les glycémies sont supérieures à 10 mmol/l. Ce traitement d'insuline est contraignant, et nécessite donc une surveillance quotidienne de la part du patient.

Troisièmement, Monsieur A. _____ présente des symptômes d'un état anxiodépressif associant troubles du sommeil, fatigue, inquiétude vis-à-vis de son avenir et découragement au quotidien. Une recherche d'apnée nocturne, susceptible d'expliquer les troubles du sommeil, a pu être écartée par une mesure d'oxymétrie nocturne le 26 avril 2007.

Il est certain que le traumatisme de la voie publique à haute énergie d'août 2002 avec le handicap et les douleurs qui s'en suivent, que la présence d'une maladie chronique labile comme le diabète et que finalement les démarches interminables liées à la non reconnaissance de son incapacité de travail expliquent l'état dépressif qui s'est installé progressivement. Monsieur A. _____ a bien sûr d'énormes incertitudes pour son futur, tant au plan de sa santé que de ses moyens financiers pour vivre quotidiennement.

[...]

En conclusion, en raison des gonalgies handicapantes, d'un diabète labile déséquilibré insulino-traité et finalement d'un état anxieux dépressif, il faut considérer que Monsieur A. _____ est en incapacité de travail à 100[%] et qu'il est d'autre part inapte au placement depuis le 22 mars 2005, comme le conclut le rapport du Service de l'emploi à [...] du 10.01.2007.

Il nous semble donc impératif maintenant, que Monsieur A. _____ puisse bénéficier sans tarder d'une rente AI à 100%."

f) Dans un avis médical SMR du 19 mai 2008, le Dr P. _____ a notamment exposé ce qui suit:

"En cours d'évolution, la situation de l'assuré a été marquée par une discordance croissante entre l'intensité des plaintes alléguées et les constatations objectives (cf. rapports du Dr K. _____ du 01.07.2003 et du 25.11.2004, du Dr U. _____ du 22.12.2003, du MA de la T. _____ du 15.01.2004: «L'examen clinique est dominé par des signes de non organicité et une forte auto-limitation alors que le genou droit a objectivement conservé une bonne fonction. Des facteurs non orthopédiques, voire non médicaux, jouent probablement un rôle déterminant dans cette évolution défavorable »).

Le traumatisme initial n'a vraisemblablement pas été majeur. Aucune perte de connaissance n'a été notée. Dans son rapport à la T. _____ daté du 03.10.2002, le médecin-traitant de l'assuré, Dr J. _____ de [...] note qu'il a vu l'assuré pour la première fois après l'accident du 30.08.2002 et la première consultation immédiate à l'Hôpital de [...], le 05.09.2002 et que vu l'amélioration, une reprise du travail à 100% était fixée pour le 09.09.2002 avec clôture du cas le 05.09.2002.

Dans son rapport déjà cité du 15.01.2004, le MA de la T. _____ relevait à la page n° 2: «... il souligne qu'il est devenu très irritable». Sinon, il n'y a pas dans le dossier de mention de problème psychologique (même durant le séjour à la CRR où manifestement aucun avis psychiatrique n'a été sollicité malgré les compétences disponibles).

Actuellement donc, les médecins qui s'occupent de l'assuré présentent un tableau symptomatique très bruyant.

Objectivement toutefois:

- la situation ortho-traumatologique est peu modifiée (cf. tableau récapitulatif des différents examens orthopédiques) et compatible avec une activité légère et sédentaire,
- la situation algique est considérée comme correctement prise en charge par le spécialiste en antalgie et elle ne requiert qu'un traitement antalgique mineur et intermittent,
- le diabète n'est - objectivement - pas incompatible avec une activité professionnelle légère et sédentaire,
- l'état anxio-dépressif n'est pas traité ni médicamenteusement ni psychiatriquement. D'ailleurs, la lecture du rapport de gendarmerie du 31.08.2002 et du rapport médical précédemment cité du Dr J. _____ permettent d'affirmer qu'il est déplacé d'affirmer - comme le fait le Dr C. _____ dans son écrit à l'avocat de l'assuré le 11.06.2007 - que «ce patient a vu la mort de très près». S'il devait y avoir eu un véritable état de stress post-traumatique il aurait été détecté et pris en charge il y a des années déjà, au plus tard sans l'ombre d'un doute lors du séjour à la CRR de Sion.

En conclusion, les pièces médicales nouvellement produites n'apportent pas les éléments requis pour invalider les conclusions des avis médicaux SMR-Suisse romande du 05.01.2005 et du 10.01.2007 correctement basés sur une lecture impartiale des documents médicaux disponibles et qui renaient une capacité de travail normale dans un travail adapté, léger et sédentaire."

g) Le 13 juin 2008, l'OAI a rendu une décision formelle par laquelle il a confirmé sa décision du 17 juillet 2006 (cf. lettre B.a supra), laquelle a ultérieurement été considérée, d'entente entre les parties, comme un projet de décision (cf. lettre B.c supra). La motivation de cette décision est identique à celle du projet de décision du 17 juillet 2006, si ce n'est que l'OAI a décidé de s'aligner sur les constatations de la T. _____ et de fixer le revenu sans invalidité en tenant compte non seulement du revenu de l'activité principale d'aide ferblantier couvreur (57'209 fr. 55), mais également du revenu de l'activité accessoire de nettoyeur (5'341 fr. 45). Le revenu annuel réalisable sans invalidité a ainsi été fixé à 62'551

francs, de sorte que la comparaison de ce revenu avec le revenu d'invalidé (51'532 fr. 40) aboutissait à un degré d'invalidité de 18%, qui ne donnait plus droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2004, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain.

C. a) L'assuré, représenté par l'avocat Bernard Katz, recourt contre cette décision par acte du 12 août 2008. Il conclut avec suite de frais et dépens à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2003. Il fait valoir qu'en retenant qu'il pourrait travailler à 100% dans une activité épargnant son genou et pouvant être exercée sans devoir porter de charges, ni effectuer de genuflexion, ni de déplacements significatifs, la décision attaquée ne retient que le handicap physique dont le recourant souffre au genou droit, ce qui serait tout à fait insuffisant. En effet, il y a lieu de tenir compte des douleurs terribles que ressent continuellement, de jour comme de nuit, le recourant, et qui ont imposé aux médecins de placer une électrode épidurale afin de soulager ses douleurs, but qui n'a toutefois été atteint que pour les douleurs nocturnes; il est ainsi établi que le recourant souffre sans discontinuer, ce qui a à l'évidence des conséquences négatives sur ses capacités de concentration et donc sur la possibilité qu'il exerce une quelconque tâche rémunérée, fût-elle répétitive, voire à la chaîne. De plus, en se concentrant exclusivement sur le genou droit du recourant, l'OAI aurait perdu de vue que le recourant souffre également d'un très grave diabète depuis 1992. Ce diabète est tellement grave que le recourant ne sait jamais à quel moment une crise peut se déclencher. Il doit ainsi constamment être attentif à lui et s'administrer plusieurs fois par jour des doses d'insuline. Dans ces conditions, il est inconcevable que le recourant puisse accomplir une quelconque activité durant plusieurs heures de suite. D'une part, une crise pourrait survenir à tout moment, et d'autre part, l'immobilisation à laquelle il serait contraint aggraverait encore son diabète. Le recourant estime ainsi qu'il ressort clairement du dossier qu'il n'a plus aucune capacité de travail, notamment au regard des éléments suivants: Le recourant souffre de diabète depuis 1992; son diabète s'est aggravé suite à l'accident survenu le 30 août 2002 qui lui a imposé d'interrompre ses

activités physiques, ce qui a rendu son diabète instable et plus grave; son genou droit est totalement invalide, ce qui lui interdit l'accès à des escaliers et ce qui lui impose de se déplacer avec une canne anglaise; les médecins n'ont aucun moyen de soigner son genou, raison pour laquelle ils ont simplement installé des stimulateurs antalgiques afin de calmer la douleur, stimulateurs dont l'effet n'est toutefois pas pleinement ressenti par le recourant; enfin, l'Office Régional de Placement a déclaré le recourant inapte au placement. Au vu de ce qui précède, le recourant soutient qu'il doit être reconnu invalide à 100% et qu'une rente correspondant à son état physique doit lui être allouée. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire portant à la fois sur son genou droit et sur son diabète.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 250 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 5 novembre 2008, l'OAI indique qu'en l'état du dossier, il n'a rien à ajouter à la décision attaquée, qu'il ne peut que confirmer. Il propose dès lors le rejet du recours.

Par jugement du 27 novembre 2008 (cause AA 12/06 - 106/2008), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition rendue le 3 novembre 2005 par la T. _____ (cf. lettre A.m supra), qu'il a confirmée.

c) Après avoir consulté le dossier produit par l'OAI en annexe à sa réponse, le recourant a, par réplique du 12 décembre 2008, confirmé sa requête tendant à obtenir une expertise judiciaire, qui devrait porter en particulier sur le fonctionnement de son genou droit, sur les douleurs qu'il ressent et leurs conséquences sur ses capacités de travail ainsi que sur son diabète. Il relève que selon la jurisprudence, en cas d'atteinte à un membre, l'assureur invalidité ne peut se contenter d'examiner les limitations fonctionnelles, mais doit également prendre en compte les conséquences de la douleur. Or en l'espèce, l'OAI n'a tenu compte que des limitations fonctionnelles du recourant, sans prendre aucunement en

considération ses douleurs, qui sont pourtant manifestement très vives puisqu'il a dû se faire greffer un appareil antalgique; l'OAI aurait également dû procéder à une analyse psychique du recourant pour déterminer s'il lui est possible de surmonter ses douleurs pour travailler, comme le prévoit la jurisprudence fédérale; enfin, malgré les nombreux éléments qui établissent le diabète dont souffre le recourant, notamment le rapport médical établi le 19 novembre 2007 par le Dr B._____, l'OAI n'a pas pris en considération ce diabète dans sa décision. Au demeurant, l'OAI n'explique à aucun moment pour quelle raison il se distancie de la décision sur opposition rendue par la T._____ le 18 avril 2005 et qui retient que le recourant ne peut exercer une activité que si elle lui permet l'alternance des positions debout et assis. Au surplus, même en ne retenant ni le diabète ni les douleurs, le rapport COPAI parvient au résultat que le recourant ne peut travailler qu'à 70%, et ce uniquement dans une activité particulièrement légère. Le rapport COPAI, long de près de 10 pages et établi après un mois d'investigation sur le recourant par un médecin, aurait été écarté de manière arbitraire dans l'avis médical SMR du 10 janvier 2007. En définitive, il y aurait lieu de retenir, en faisant abstraction du diabète et des douleurs du recourant, que le revenu d'invalidé correspond à 70% du salaire retenu par 51'532 fr. 40, soit à 36'072 fr. 70. La comparaison de ce revenu avec le revenu sans invalidité de 62'551 fr. aboutissant à un degré d'invalidité de 42.3%, le recourant a droit au moins à un quart de rente, et même à une rente entière si l'on retient, par une appréciation globale qui tienne compte du diabète et des douleurs, que son taux d'invalidité est de 100%.

d) Dans sa duplique du 19 janvier 2009, l'OAI estime que les arguments développés dans la réplique ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. S'agissant du grief que lui fait le recourant d'avoir écarté de manière arbitraire les conclusions du stage au COPAI et de ne pas tenir compte de ses douleurs et du diabète, l'OAI relève que le but des stages d'observation n'est pas de déterminer l'exigibilité médicale, qui est du ressort du médecin, mais de définir quelles sont les activités adaptées aux handicaps des assurés; la jurisprudence a d'ailleurs rappelé à plusieurs reprises que les données

médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. En outre, la diminution de la capacité de travail de 30% retenue par le Dr D._____ ne reposerait sur aucun argument médical objectif.

En ce qui concerne la problématique des douleurs, élément par définition subjectif, le Dr F._____, médecin d'arrondissement de la T._____, décrit un status dans les normes et mentionne un examen clinique dominé par des signes de non organicité. Le Dr U._____ n'a quant à lui pas d'arguments permettant d'expliquer l'état du genou du recourant. Le Dr K._____ décrit également une articulation sèche, normothermique, avec une extension complète, une flexion dépassant l'angle droit et une musculature des quadriceps identique des deux côtés. Le Dr C._____ parle quant à lui de séquelles organiques difficilement objectivables; sa description du status clinique ne montre que des lésions objectives modérées qui ne se sont que peu modifiées au fil du temps. Il s'avère ainsi que la problématique algique est difficilement explicable par les médecins consultés. Or selon la jurisprudence, compte tenu des difficultés en matière de preuve à établir l'existence des douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une incapacité de travail; l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi l'appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Enfin, le diabète est considéré comme une atteinte sans influence sur la capacité de travail, tant par le Dr J._____ que par le Dr K._____. Renvoyant pour le surplus aux avis médicaux SMR des 10 janvier 2007 et 21 mai 2008, l'OAI propose derechef le rejet du recours.

e) Réagissant le 30 janvier 2009 à la duplique de l'OAI, le recourant fait valoir, s'agissant du diabète, que les avis médicaux des Drs J._____ et K._____ auxquels se réfère l'OAI datent respectivement du 25 novembre 2004 et du 7 décembre 2004 et ne reflètent absolument pas

sa situation actuelle, notamment quant à l'évolution de son diabète. En outre, l'avis médical SMR du 10 janvier 2007 admet que le diabète entraîne en général une polyurie, soit la production d'une quantité excessive d'urine, mais n'a pas investigué le cas particulier du recourant; dans l'avis médical SMR du 21 mai 2008, il est retenu que le diabète n'est pas incompatible avec une activité professionnelle légère et sédentaire, mais cet avis ne repose sur absolument aucun examen qui aurait été conduit sur le recourant. Relevant qu'aucun médecin n'a examiné sa capacité professionnelle sous l'angle du diabète, alors que cet élément serait essentiel pour juger de la présente cause, le recourant estime qu'une expertise judiciaire est nécessaire sur ce point.

f) Le 6 février 2009, les parties ont été informées que le dossier d'assurance accident du recourant avait été versé dans la présente procédure.

Invité à déposer ses déterminations, le recourant produit le recours qu'il a interjeté auprès du Tribunal fédéral contre le jugement rendu par le Tribunal des assurances du canton de Vaud (cf. lettre C.b supra) notifié à son conseil le 23 décembre 2008. Il relève, s'agissant de ce recours, que ni dans le dossier d'assurance accident, ni dans le dossier d'assurance invalidité, son diabète n'a été correctement étudié, raison pour laquelle il confirme sa requête visant à obtenir une expertise judiciaire complète sur sa personne, qui devrait également combler des insuffisances sur l'état de son genou; en effet, il arriverait parfois que son genou se bloque, sans aucun signe annonciateur, créant un fort risque de chute. Enfin, le recourant relève que selon l'assureur accident, la capacité de travail du recourant serait pleine dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit dans une activité légère et sédentaire autorisant des positions alternées. Or, aucune des professions décrites dans le dossier de la T._____ (P. 87 à 92) ne permet l'alternance des positions assise et debout, toutes les activités visées imposant au contraire des positions assises et debout de longue durée. A l'évidence, ces activités ne conviennent pas au recourant. On ne saurait dès lors lui reconnaître une pleine capacité de travail, puisque les activités qu'il est

censé pouvoir exercer ne sont pas à sa portée au vu de son état physique. En réalité, il y a lieu d'admettre que ses limitations fonctionnelles interdisent au recourant d'exercer la moindre activité rémunérée.

g) Par arrêt du 29 octobre 2009 (TF 8C_103/2009), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre le jugement rendu le 27 novembre 2008 par le Tribunal des assurances du canton de Vaud dans la cause qui divisait l'assuré d'avec la T. _____ (cf. lettre C.b supra).

Répondant au recourant qui lui demandait par courrier du 4 mai 2010 quand un jugement serait rendu, la juge instructrice l'a informé le 6 mai 2010 qu'un arrêt serait notifié dans les meilleurs délais.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment

aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA) par A. _____ contre la décision rendue le 13 juin 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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. (cf. 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 vaudoise 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. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par la 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 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2004, le recourant prétendant que son degré d'invalidité à cette date devrait être fixé à 42.3% voire à 100% alors que l'OAI l'a fixé à 18% dans la décision attaquée.

En revanche, le recourant ne remet pas en cause le refus de mesures professionnelles. Ce point n'a donc pas à être examiné, dans la mesure où, comme on le verra, la décision attaquée échappe à la critique

en tant qu'elle retient un degré d'invalidité de 18% dès 2004. On se contentera de rappeler ici qu'aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée, et que selon la jurisprudence, est réputé invalide au sens de l'art. 17 al. 1 LAI l'assuré qui, du fait de la nature et de la gravité de l'atteinte à sa santé après la survenance de celle-ci, subit une perte de gain permanente ou durable d'environ 20% dans les activités lucratives qu'on peut encore attendre de lui sans formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 108 consid. 2b; RCC 1984 p. 95; VSI 2000 p. 63 et 1997 p. 79). En outre, le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré; partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TFA I 552/2006 du 13 juin 2007, consid. 3.2 et I 370/1998 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). Or en l'espèce l'OAI a justement considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables dès lors que l'assuré, qui subit une perte de gain de 18%, s'estime dans l'impossibilité de reprendre une quelconque activité professionnelle.

3. a) 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, correspondant à l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 et donc applicable *ratione temporis* en l'espèce), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) 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 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 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 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

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 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

4. a) En l'espèce, sur le plan physique, il est constant que, lors de l'accident du 30 août 2002, le recourant a subi une contusion de la colonne cervicale et du genou droit avec lésion cartilagineuse du condyle fémoral et déchirure du ménisque interne, partiellement réséquée le 13 décembre 2002. L'évolution a été favorable pour la colonne cervicale, mais les gonalgies ont persisté et une IRM, suivie d'une arthroscopie du 13 décembre 2002, a mis en évidence une contusion osseuse sous-

chondrale associée à une chondropathie prononcée du compartiment interne et des lésions cartilagineuses importantes de tout le genou, prédominantes au condyle interne. L'évolution a été marquée par un important syndrome douloureux résistant au traitement symptomatique avec algoneurodystrophie de stade II en mars 2003. Au mois de juillet 2003, le cas était encore en évolution, comme le relève le Dr Z._____, médecin d'arrondissement auprès de la T._____, qui note cependant que l'examen clinique permet d'objectiver une bonne trophicité du genou droit, sec, stable et avec de discrets signes cliniques dystrophiques, la mobilité étant satisfaisante; il existait cependant une boiterie marquée et un syndrome douloureux important.

Le rapport des praticiens de la CRR a été établi en mai 2003, après un séjour du 11 mars au 9 avril 2003, alors que la situation évoluait encore fortement et que l'algoneurodystrophie était encore présente, bien qu'en déclin déjà. Les praticiens de la clinique précitée notaient déjà cependant l'absence d'épanchement intra-articulaire, l'absence de rabet rotulien, des signes méniscaux négatifs, un pivot central stable et des ligaments collatéraux intacts. L'incapacité de travail était totale comme aide ferblantier-couvreur, mais devait être réévaluée après trois mois, la situation étant en évolution.

Le Dr E._____, médecin-chef du service d'anesthésiologie et d'antalgie à l'Hôpital de [...], a indiqué en septembre 2003 que le genou était sec, avec une extension complète et une flexion satisfaisante, au-delà de 100%, mais avec une nette hyperpathie; vu les douleurs alléguées, qui avaient tendance à s'aggraver, une électrode de stimulation médullaire-test avait été placée le 22 août 2003 et le patient était en phase d'évaluation de ce traitement qui, en cas de succès, aboutirait à l'implantation d'un stimulateur.

Le 16 octobre 2003, le Dr R._____, spécialiste FMH en anesthésie au service d'anesthésiologie et d'antalgie de l'Hôpital de [...], a confirmé qu'ensuite de l'introduction d'un traitement de neuromodulation, les douleurs nocturnes avaient bien régressé, les douleurs diurnes en

revanche étant bien présentes; l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, mais on pouvait exiger que l'assuré exerce une autre activité. Dans un rapport médical E213 du 18 novembre 2003, le Dr J._____ a confirmé qu'un travail adapté - à savoir un travail assis sans effort avec possibilité de changements de position fréquents - pouvait être accompli à temps plein.

Il convient ici de noter que l'avis de l'inspecteur Q._____ du 16 juin 2003 n'a aucune portée dès lors qu'il n'est pas médecin et fait état des plaintes de l'assuré.

Dans son rapport du 22 décembre 2003, le Dr U._____ a indiqué que la plainte principale du patient était une douleur quotidienne limitant le périmètre de la marche à quinze minutes. Le praticien n'a pas trouvé d'argument rationnel permettant d'expliquer l'état du genou droit. La seule possibilité envisageable selon lui était une prise en charge régulière en physiothérapie afin d'assouplir le genou et avoir un contrôle médical de la douleur. Il a ajouté que le bilan radiologique complet des deux genoux ne montrait pas d'atteinte ostéo-articulaire.

Le Dr F._____ retient dans son rapport du 15 janvier 2004 que les douleurs sont un peu permanentes, aggravées à la marche, et que le périmètre de marche est estimé à un quart d'heure. L'examen clinique est dominé par des signes de non organicité et de forte auto-limitation du genou droit, qui objectivement a conservé une bonne fonction. Le genou est à peine plus froid que le gauche, il n'y a pas d'épanchement, pas de synovite, pas de signe réactif ou dystrophique local, pas de signes méniscaux ou rotuliens évidents. Il existe une trame osseuse tout à fait homogène et symétrique et il n'y a plus de signe d'un Sudeck actif, selon le bilan radiologique du 18 décembre 2003. Les importantes lésions cartilagineuses sont asymptomatiques tant que le membre inférieur droit est en décharge et épargné. Les chances d'une réadaptation professionnelle sont nulles; l'activité antérieure ne paraît pas pouvoir être reprise, mais une activité légère et sédentaire peut être reprise en plein, avec alternance des positions.

Ce rapport fait état des mêmes constatations objectives que ceux du Dr U. _____ et du Dr E. _____, ainsi que celui du Dr K. _____. Les rapports de ces quatre praticiens concordent également quant à l'évolution de l'état du genou du recourant, cela en dépit des plaintes subjectives.

Quant aux rapports du Dr W. _____ du 4 janvier 2006 et du 23 août 2006 et au dernier rapport du Dr C. _____ de la Clinique de [...] du 11 juin 2007, ils ont été établis à l'intention de l'assuré, afin d'appuyer sa contestation. Force est de constater qu'ils n'apportent aucun élément déterminant sur le plan médical. Le Dr W. _____ accorde en effet une large place aux douleurs exprimées par le patient et indique qu'il se déplace difficilement même en zone plane. Le Dr C. _____ fait aussi état des douleurs dont le recourant se plaint toujours et note que les séquelles organiques de l'accident de 2002 sont difficilement objectivables médicalement parlant. Le Dr W. _____ fait ensuite état des difficultés que le recourant aurait à trouver un emploi, compte tenu de son âge et de sa difficulté à la marche. On ne voit pas en quoi ses considérations sur les difficultés que l'intéressé rencontre apporterait quelque chose de nouveau sur le plan médical.

Le Dr P. _____, dans son avis médical SMR du 10 janvier 2007, confirme également que le recourant ne présente pas de limitations à sa capacité de travail dans une activité adaptée. Ce rapport a été rédigé à la suite du rapport du COPAI qui certes mentionne une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Toutefois, ce rapport se fonde également sur les plaintes formulées par le recourant. Au demeurant, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4, 9C_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3; TFA I 762/2002 du 6 mai 2003,

consid. 2.2 et I 573/2004 du 10 novembre 2004, consid. 4). A ce propos, le Dr D. _____ observe, dans son avis du 8 octobre 2005, que le recourant a été équipé d'un neurostimulateur antalgique qu'il manipule et règle constamment et face auquel il a développé une dépendance qui semble exagérée, n'effectuant aucun changement de position sans recourir à sa télécommande de manière très ostensible.

En définitive, force est de constater, en ce qui concerne le problème orthopédique, que rien n'empêche objectivement le recourant, depuis début 2004, de mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme l'ont retenu en particulier le Dr R. _____, le Dr U. _____, le Dr F. _____ et le Dr J. _____. Les avis du Dr K. _____ et du Dr D. _____ qui évoquent une capacité de travail inférieure à 100% n'étaient nullement cette appréciation. Par ailleurs, dans la mesure où le recourant argumente, au-delà des constatations orthopédiques objectives, avec la problématique algique, force est de constater qu'il ressort de la lettre du Dr R. _____ du 5 octobre 2007 qu'après changement du générateur qui montrait un épuisement après deux ans d'utilisation, la situation algique était de nouveau parfaitement prise en charge avec une excellente efficacité de la stimulation médullaire. Enfin, on ne voit pas que le risque de blocage du genou et donc de chute allégué par le recourant - étant relevé ici que seul le Dr W. _____ a fait état d'un épisode de blocage, survenu au début décembre 2005 - entraîne une diminution de la capacité de travail du recourant dans une activité légère et sédentaire.

b) Il résulte des avis formulés les 9 mai 2006 et 19 novembre 2007 par le Dr B. _____, médecin traitant du recourant, que ce dernier est également atteint de diabète de type 2, évoluant depuis le début des années 1990 et traité depuis 2004 par insuline; ce diabète labile préexistant est actuellement déséquilibré, ce qui nécessite un contrôle et des corrections du dosage des injections d'insuline. On ne voit cependant pas, au regard des déclarations du Dr B. _____, que cette affection serait invalidante en soi ni en quoi elle se répercuterait négativement sur la capacité de travail du recourant. Il n'est ainsi pas établi, même au degré

de la vraisemblance prépondérante, au vu des éléments médicaux du dossier, que les conséquences actuelles du diabète telles que décrites par le médecin traitant du recourant auraient une portée invalidante, même s'il est constant que les conditions de vie du recourant ne sont pas favorables actuellement pour l'évolution de ce trouble. Il y a ainsi lieu de retenir que le diabète du recourant n'est - objectivement - pas incompatible avec une activité professionnelle légère et sédentaire, comme exposé par le Dr P. _____ dans son avis médical SMR du 19 mai 2008.

c) Enfin, le Dr W. _____, dans son rapport du 4 janvier 2006, le Dr C. _____, dans sa lettre du 11 juin 2007, et le Dr B. _____, dans son rapport médical du 19 novembre 2007, évoquent une problématique psychique - respectivement "non orthopédique et non médicale" - affectant le recourant. Or aucun autre document médical au dossier ne fait état d'un diagnostic psychiatrique. En outre, ces praticiens, qui n'ont aucune spécialisation en matière psychiatrique, ne posent eux-mêmes concrètement aucun diagnostic de cette nature ni n'étayaient leur position avec des éléments objectifs pertinents. Par ailleurs, l'état anxio-dépressif évoqué n'est pas traité ni médicamenteusement ni psychiatriquement. Dans ces conditions, rien ne permet de suspecter une problématique psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant ni ne justifie des investigations supplémentaires à cet égard. Le dossier étant complet sur le plan médical, la cour est en mesure de trancher en l'état du dossier et la mise en œuvre d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant, ne se justifie pas.

d) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le grief du recourant selon lequel les activités décrites dans les descriptions de poste de travail (DPT) prises en considération par la T. _____ ne seraient pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles a été écarté par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 29 octobre 2009 (TF 8C_103/2009), au considérant 3.3. Ce grief n'est

d'ailleurs d'aucune pertinence en l'espèce, puisque la décision attaquée a fixé le revenu d'invalidité sur la base des données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et que, comme le Tribunal fédéral l'a relevé à de nombreuses reprises, ces données recouvrent un large éventail d'activités simples et répétitives dont on doit admettre qu'un nombre significatif est adapté à des handicaps tels que ceux qui affectent le recourant (cf. notamment TF I 112/2006 du 16 août 2007, consid. 6, I 111/2006 du 19 avril 2007, consid. 5, I 372/2006 du 25 janvier 2007, consid. 3.3 et I 700/2005 du 12 janvier 2007, consid. 8).

e) La comparaison des revenus avec et sans invalidité – dont le recourant ne critique pas l'établissement – aboutissant à un degré d'invalidité de 18%, c'est à juste titre que l'OAI a constaté que le recourant n'avait plus droit à une rente d'invalidité trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain (art. 88a al. 1 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201]), soit dès le 1^{er} avril 2004.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 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 13 juin 2008 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :