

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juin 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bidiville et Gasser, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

F. _____, à Renens, recourant,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assuré), né en 1967, originaire d'ex-Yougoslavie, juriste de formation (après des études dans son pays d'origine), travaillait en qualité de plâtrier-peintre pour une entreprise sise à Romanel-sur-Lausanne. Le 24 août 2007, il a été victime d'une chute d'une échelle, occasionnant une entorse du genou droit. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 19 juin 2008, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle et de reclassement dans une nouvelle profession, se prévalant de séquelles douloureuses d'une luxation de la rotule droite et de lombalgies chroniques depuis la chute du 24 août 2007.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est adressé au Dr S._____, médecin généraliste à Renens et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 11 juillet 2008, ce praticien a posé les diagnostics de gonalgies droites sur luxation traumatique de la rotule et dysplasie trochléenne stade B associées à une patella-alta le 24 août 2007 traitée conservativement ainsi que de lombalgies chroniques et de discopathie L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Il a retenu une incapacité de travail de 100 % depuis le 24 août 2007, de 50 % depuis le 8 octobre 2007, de 100 % du 17 octobre 2007, de 50 % depuis le 22 octobre 2007 et de 100 % du 1^{er} janvier 2008 pour une durée indéterminée, signalant l'impossibilité d'effectuer un travail de peintre en bâtiment en raison des gonalgies et lombalgies.

L'OAI a par ailleurs requis le dossier de l'assuré auprès de la CNA. Y figurent notamment les pièces médicales suivantes:

- Un rapport du 28 septembre 2007 du Dr M._____, rhumatologue FMH à Lausanne, exposant notamment ce qui suit:

"M. F._____ présente donc des gonalgies post-traumatiques compliquées par un épanchement, un éventuel mouvement de subluxation rotulienne étant possiblement à l'origine des symptômes. L'IRM ne relève par ailleurs que de discrets troubles dégénératifs ménisco-cartilagineux banaux pas vraiment contributifs quant à l'étiologie des symptômes.

On retrouve actuellement un épanchement résiduel sans véritable retentissement fonctionnel, m'autorisant à pratiquer une ponction de son genou droit qui a permis de ramener environ 15 ml d'un liquide sirupeux, mécanique, sans cristaux visualisés à l'examen microscopique. J'ai profité de ce geste pour pratiquer une infiltration intra-articulaire de Cortisone, avec au contrôle l'annonce par M. F._____ d'une amélioration des symptômes d'environ 70%.

J'ai postulé pour la poursuite de la physiothérapie locale en insistant sur un mode actif de renforcement musculaire et de proprioception, vous laissant déterminer et fixer les modalités de la reprise de son activité professionnelle qui devrait être possible d'ici à une dizaine de jour".

- Un rapport du 14 novembre 2007 du Dr D._____, chef de clinique du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du CHUV, retenant en particulier les diagnostics de subluxation traumatique de la rotule droite sur dysplasie trochléenne type B modérée et rotule haute, de lombosciatalgie droite et cervico-dorsalgie.

- Un rapport du 13 mars 2008 du Dr D._____, posant en particulier les diagnostics d'instabilité rotulienne sur dysplasie trochléenne type B modérée et rotule haute, de status après un épisode de subluxation traumatique en août 2007, de lombosciatalgies droites sur discopathie étagée L3-L4 à L5-S1, de petite hernie discale médiane L3-4 luxée vers le haut, de suspicion d'une irritation de la racine S1 et de cervicodorsalgies. Ce médecin a retenu que l'assuré présentait plusieurs pathologies rendant actuellement impossible la reprise d'un travail.

- Un rapport du 30 avril 2008 établi par le Dr D._____, relevant notamment ce qui suit:

"En conclusion, le patient se plaint de lombosciatalgies et de gonalgies antérieures et internes à droite. Il n'y a pas de clinique franche d'une instabilité rotulienne et il n'a présenté qu'un épisode de cette subluxation rotulienne. Le scanner montre effectivement un aplatissement de la trochlée dans le cadre d'une dysplasie trochléenne et une bascule rotulienne augmentée avec les autres valeurs dans les limites de la norme.

Je ne retiens actuellement pas d'indication opératoire pour cette instabilité rotulienne. Une opération consistant à abaisser avec une légère médialisation de la rotule associée à un reluxe latéral traiterait certainement l'instabilité rotulienne mais pourrait aggraver les douleurs antérieures du genou. Le patient présente aussi une surcharge pondérale (117 kg pour 195 cm). Un traitement antalgique anti inflammatoire et par physiothérapie a permis une nette amélioration des problèmes du genou. Néanmoins, il paraît peu probable que ce patient, avec ses multiples problèmes, soit capable de reprendre son métier physique comme peintre en bâtiment".

- Un rapport du 20 mai 2008 du Dr J._____, médecin assistant au CHUV, retenant les diagnostics de lombalgies chroniques, de discopathies L3-L4, L4-L5 et L5-S1 et de luxation traumatique de la rotule droite sur dysplasie trochléenne stade B associée à une patella alta le 24 août 2007 traitée conservativement, relevant que le status clinique était rassurant.

- Un rapport du 10 juin 2008 établi par le Dr V._____, médecin d'arrondissement à la CNA, retenant notamment ce qui suit:

"Actuellement, le patient dit qu'il souffre toujours passablement du genou droit ainsi que de la région lombaire basse. Les douleurs du genou continuent à prédominer sur le versant interne de cette articulation et restent surtout marquées à la montée et à la descente. Il semble y avoir aussi une gêne nocturne.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient de grande taille et de constitution athlétique présentant quand même un important excès pondéral, qui ne semble pas avoir de limitation fonctionnelle majeure.

Objectivement, la mobilité rachidienne est conservée. La mobilisation s'effectue harmonieusement sans douleurs importantes. Le patient change aisément de position et il peut rester assis longtemps sans bouger. Les genoux sont volumineux, difficiles à examiner mais ils paraissent tout à fait calmes et ils ont une mobilité complète. A droite, on a quand même l'impression d'une petite subluxation externe de la rotule lors de son engagement dans la trochlée et les signes rotuliens sont légèrement positifs. L'interligne articulaire interne est un peu sensible mais il n'y a pas

de signes méniscaux vrais. Il n'y a pas de laxité pathologique évidente. Le quadriceps a un excellent tonus et une bonne force. La manoeuvre de Lasègue est indolore. Hormis un léger émoussement du réflexe rotulien droit il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs".

- Un rapport du 25 septembre 2008 du Dr H._____, du département d'imagerie du centre hospitalier du Centre du Valais, concluant à une IRM lombaire dans les limites de la norme pour l'âge.

- Un rapport du 27 octobre 2008 établi par le Dr W._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en chirurgie orthopédique à la clinique romande de réadaptation, suite à un séjour de l'assuré dans cette clinique du 23 septembre au 14 octobre 2008, retenant une capacité de travail entière dans une profession adaptée dès le 15 octobre 2008, en respectant les limitations fonctionnelles de l'intéressé. Par ailleurs, ce médecin a notamment exposé ce qui suit:

"Monsieur F._____ nous est adressé pour une évaluation multidisciplinaire, 1 an après un traumatisme au genou droit et dans un contexte de douleurs lombaires surajoutées. Concernant le genou, les douleurs sont en relation avec une gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire débutante et le patient présente probablement des accrochages rotuliens. Il y a des arguments pour une dysplasie de la trochlée à l'imagerie. Il n'y a pas de signe indirect visible pour une luxation de la rotule. Comme déjà mentionné, il n'y a aucune indication opératoire. On note beaucoup d'auto-limitations dans la participation du patient.

Le problème lombaire est d'origine musculo-squelettique non spécifique et on constate une nette discordance entre l'intensité des plaintes et les très discrètes anomalies objectives. On a tenté de rassurer le patient et l'encourager à s'engager sans retenue dans la réadaptation qui lui a été proposée, tant pour le genou que le dos, sans amélioration objective en fin de séjour. On observe que des facteurs non médicaux, telle que la focalisation sur la douleur, les auto-limitations constatées, pourraient représenter un frein à la rééducation et à la réinsertion.

Sur le plan professionnel, le patient ne pourra pas reprendre son activité de plâtrier-peintre, en raison de la gonarthrose. Mais sa capacité de travail est à 100 % pour une activité adaptée, en limitant les activités contraignantes pour le genou et le port de charges lourdes. La situation est stabilisée".

- Un rapport d'examen médical final du 9 janvier 2009, par lequel le Dr V. _____ a en particulier signalé ce qui suit:

"Objectivement, le genou droit, qui est volumineux et difficile à examiner, est tout à fait calme et il a une mobilité complète. Il n'y a pas de signes méniscaux vrais ni de signes rotuliens nets. Il n'y a pas de laxité pathologique évidente. Le quadriceps a un excellent tonus et une très bonne force. Il n'y a d'ailleurs aucune amyotrophie de la cuisse droite.

Il y a donc une certaine discordance entre l'importance des plaintes, notamment les douleurs avancées, et les constatations objectives de l'examen radio-clinique.

Lors de l'accident du 24.8.07, le patient a tout au plus été victime d'une sub-luxation de la rotule dans le cadre d'une dysplasie trochléenne modérée et en présence d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-partellaire débutante.

Dans la mesure où cet accident n'a entraîné aucune lésion objectivable qu'on puisse directement lui rapporter, il n'est pas susceptible de déployer indéfiniment des effets et, après bientôt 1 an et demi d'évolution, le statu quo sine est certainement atteint".

B. Le 19 janvier 2009, la CNA (SUVA Lausanne) a rendu une décision selon laquelle, à partir du 1^{er} février 2009, l'incapacité de travail et le traitement médical ne seraient plus à la charge de l'assurance-accidents. Elle a retenu que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine) pouvait être considéré comme atteint le 31 janvier 2009 au plus tard, les troubles subsistants n'étant plus dus à l'accident mais étant exclusivement de nature malade. Ce prononcé a été confirmé par décision sur opposition du 24 février 2009 de la CNA (SUVA Lucerne). Par arrêt du 6 octobre 2009, la Cour de céans a rejeté un recours formé par l'assuré contre cette décision, se référant notamment à l'avis du Dr V. _____ et estimant la cause suffisamment instruite.

C. Le cas a été soumis au Dr K. _____, du Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un rapport du 26 janvier 2009, ce médecin a retenu les diagnostics de gonarthrose droite débutante et de lombalgies sur discopathies étagées de L3 à S1, ainsi qu'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

Par courrier du 3 février 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une orientation professionnelle et à un soutien dans ses recherches d'emploi.

Dans un préavis du 1^{er} avril 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} août 2008 au 31 mars 2009. Le 14 avril 2009, l'assuré a contesté cette approche, faisant valoir qu'il ne pouvait pas reprendre quelque activité professionnelle.

Les pièces médicales ci-après ont été versées au dossier:

- Un rapport du 17 avril 2009 du département de l'appareil locomoteur du CHUV, posant en particulier les diagnostics de lombosciatalgies chroniques sur discrète arthrose facettaire postérieure débutante, à caractère inflammatoire aux niveaux L3-S1, d'entorse du genou droit le 24 août 2007 sur chute, avec probable (sub)luxation de la rotule droite, de gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire droite débutante ainsi que de dysplasie trochléenne droite de type B et patella alta.

- Un rapport du 10 juin 2009 du Dr B._____, spécialiste en orthopédie, indiquant que le bilan radioclinique mettait en évidence des troubles dégénératifs ne répondant pas à un traitement chirurgical mais plutôt à une prise en charge rhumatologique et antalgique.

- Un rapport du 17 juin 2009 du Dr S._____, posant les diagnostics de thrombocytopénie idiopathique et d'obésité, retenant une incapacité de travail de 100 % définitive depuis le 24 août 2007, mentionnant un traitement médicamenteux (antalgique et antidépresseur) et précisant que l'intéressé était incapable de travailler, même dans un travail léger.

Ces nouveaux documents médicaux ont été soumis au Dr K._____, qui, dans un rapport du 21 juillet 2009, a retenu qu'il n'y avait

aucun élément médical nouveau, de sorte que les conclusions du SMR restaient valables.

D. Par décision du 4 septembre 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} août 2008 au 31 mars 2009. Il a retenu que la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte depuis le 24 août 2007 et que, depuis janvier 2009, une capacité de travail entière pouvait raisonnablement être exigée en tenant compte des limitations fonctionnelles. Sur la base d'un revenu d'invalidé s'élevant à 55'996 fr. pour 2009, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires compte tenu d'un abattement de 10 %, et d'un revenu sans invalidité de 65'834 fr. en 2009, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 15 %. L'OAI a précisé que la rente devait donc être supprimée au 1^{er} avril 2009, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail et de gain. Il a par ailleurs nié le droit à des mesures professionnelles et de reclassement, motif pris que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assuré, respectivement que celui-ci ne présentait pas une perte de gain de 20 % au moins.

Par courrier du 9 septembre 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il mettait fin à l'aide au placement, en raison de l'absence de nouvelles de l'assuré à ce sujet. Par décision du 8 octobre 2009, l'OAI a formellement nié le droit à une aide au placement, indiquant que l'intéressé s'estimait actuellement incapable de reprendre une activité professionnelle.

E. Par acte du 8 octobre 2009, F. _____ fait recours au Tribunal cantonal contre la décision du 4 septembre 2009 et conclut à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} avril 2009, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale neutre afin d'évaluer son état de santé. Il conteste que son degré d'invalidité, selon la décision attaquée, soit de 15 % depuis le 1^{er} avril 2009 et se prévaut d'une incapacité de travail à l'heure actuelle de 100 %.

Dans sa réponse du 8 janvier 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, soutenant que des données médicales complémentaires ne sont pas nécessaires.

Le recourant a déposé un certificat médical du 1^{er} mars 2010 du Dr S._____, indiquant qu'il était en incapacité de travail depuis le 1^{er} janvier 2008 et que son traitement antalgique et orthopédique était toujours en cours, et un rapport du 4 mars 2010 du Dr R._____, du service d'anesthésiologie du CHUV, se référant à une dénervation effectuée aux niveaux D11-D12 et L1 à D.

Le 31 mars 2010, l'OAI maintient sa position, relevant que les pièces médicales déposées par le recourant n'apportent pas d'éléments nouveaux.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, le 8 octobre 2009. Pour le surplus répondant aux conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble

des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

3. En l'espèce, la décision attaquée porte sur des prestations d'invalidité, soit sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, à des mesures professionnelles et à des mesures de reclassement. Le recourant ne conteste que la négation par l'intimée de son droit à une rente, de sorte que seule cette question est litigieuse. Le droit du recourant à des mesures professionnelles et de reclassement n'a donc pas à être examiné dans la présente procédure.

4. a) Au vu des pièces médicales figurant au dossier, on retiendra que le recourant présente principalement des atteintes à la santé au genou droit et au dos, justifiant les diagnostics de gonarthrose droite débutante et de lombalgies sur discopathies étagées de L3 à S1, ainsi que l'a retenu le Dr K._____ (rapport du 26.01.2009), ce qui concorde avec les constatations des Drs M._____ (rapport du 28.09.2007), J._____ (rapport du 20.05.2008), D._____ (rapports des 14.11.2007 et 13.04.2008) ainsi que celles des médecins du département de l'appareil locomoteur du CHUV (rapport du 17.04.2009). Ces diagnostics ne sont pas contestés. En revanche, le recourant remet en cause leur incidence sur sa capacité de travail.

b) Dans son rapport du 9 janvier 2009, le Dr V._____, signalant en substance une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives de l'examen radio-clinique, a

retenu que le statu quo sine de l'accident du 24 août 2007 était certainement atteint, dans la mesure où il n'avait entraîné aucune lésion objectivable qu'on pût directement lui rapporter et où il n'était pas susceptible de déployer indéfiniment des effets après bientôt 1 an et demi d'évolution. Pour sa part, le Dr K._____ a retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, en se rapportant au rapport de la CNA du 20 janvier 2009 (rapport du 26.01.2009). On considérera donc que, s'agissant de l'amélioration de l'état de santé du recourant, le médecin du SMR se réfère directement à l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, en retenant que celle-ci a eu lieu en janvier 2009.

c) Le recourant se prévaut d'une incapacité de travail de 100 % et se fonde sur l'avis de son médecin traitant, le Dr S._____ (certificat médical du 01.03.2010) ainsi que sur celui du Dr R._____ (rapport du 04.03.2010). On relèvera que le certificat du 1^{er} mars 2010 du Dr S._____, succinct et dénué de motivation, ne saurait remettre en cause l'appréciation médicale des Drs V._____ et K._____, pas plus d'ailleurs que les autres documents médicaux établis par ce praticien (rapports des 11.07.2008 et 17.06.2009), peu motivés et étoffés au regard notamment des rapports établis par le médecin d'arrondissement de la CNA. Au demeurant, en tant que médecin traitant de l'assuré, l'avis du Dr S._____ doit être apprécié avec les réserves qui s'imposent en vertu de la jurisprudence. Pour le surplus, le rapport du 4 mars 2010 du Dr R._____, dans la mesure où ils se réfère à la situation de fait postérieure à la décision du 4 septembre 2009, n'a pas à être pris en compte dans la présente procédure, dès lors que le juge n'a pas à prendre en considération les éventuelles modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et les arrêts cités; TF 9C_561/2009 du 14 janvier 2010 consid. 3). A cela s'ajoute que le Dr R._____ ne se prononce pas au sujet de la capacité de travail de l'intéressé et qu'on ne voit pas en quoi il s'écarterait de l'avis des Drs V._____ et K._____.

En tant qu'il se réfère à l'appréciation médicale des Drs S._____ et V._____, l'avis du médecin du SMR se fonde en pleine connaissance de l'anamnèse et se base sur des examens somatiques approfondis, notamment quant aux problèmes de dos et au genou droit, les plaintes subjectives de l'assuré, une appréciation du cas dûment étayée ainsi que des conclusions convaincantes et motivées, de sorte qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue. On retiendra donc, avec l'intimé, que le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir de janvier 2009.

d) Le calcul de comparaison des revenus effectué par l'OAI, qui n'est pas directement contesté par le recourant, correspond aux pièces versées au dossier s'agissant du revenu sans invalidité (extrait de compte individuel de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS du 23.07.2008, retenant un revenu de 64'396 fr. pour la période de janvier à décembre 2007) ainsi qu'aux critères admis par la jurisprudence pour la détermination du revenu d'invalidité. Le taux de 10 % d'abattement du revenu d'invalidité paraît équitable au vu des circonstances (ATF 126 V 75; TF 9C_235/2008 du 12 février 2009 consid. 2 et 3). Dans la décision attaquée, l'OAI a donc correctement mis en évidence un degré d'invalidité inférieur à 40 % et ne donnant donc pas droit à l'octroi d'une rente d'invalidité (art. 28 LAI a contrario).

Après un délai de trois mois (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201], applicable en cas de rente limitée dans le temps; TF I 581/06 du 25 mai 2007 consid. 4 et la référence citée) à compter du changement des circonstances intervenu en janvier 2009, il y a donc lieu à révision du droit à la rente, soit à partir du 1^{er} avril 2009. C'est donc à juste titre que le droit à la rente du recourant a été supprimé pour la période postérieure à cette date.

5. a) Selon la jurisprudence, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir

d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 415 consid. 2; VSI 2001 p. 156 consid. 1; TFA I 236/05 du 22 juin 2006 consid. 2.2; TFA I 437/04 du 23 juin 2005 consid. 3.1). Ce principe est en particulier applicable en cas de rente limitée dans le temps, soit lorsque l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction de cette rente au sens d'une révision selon l'art. 17 LPG (TFA I 437/04 du 23 juin 2005 consid. 3.1; TFA I 236/05 du 22 juin 2006 consid. 2.2).

b) Concernant la période pendant laquelle la rente a été octroyée, les Drs S. _____ (rapport du 11.07.2008) et K. _____ (rapport du 26.01.2009) ont retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % depuis le 24 août 2007, date de l'accident dont ce dernier a été victime. Ces indications ne sont pas contredites par les autres documents médicaux figurant au dossier. Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), il semble donc que le recourant a correctement été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} août 2008.

S'agissant de la date d'une éventuelle amélioration de l'état de santé avant janvier 2009, on relèvera que le Dr W. _____ a retenu une capacité de travail entière dans une profession adaptée dès le 15 octobre 2008 (rapport du 27.10.2008), ce qui semble entrer en contradiction avec l'appréciation des Drs V. _____ (rapport du 20.01.2009) et K. _____ (rapport du 26.01.2009) selon laquelle l'état de santé de l'assuré s'est amélioré à compter de janvier 2009.

On peut donc se demander si l'octroi d'une rente pour la période du 1^{er} août 2008 au 31 mars 2009 - comme le retient la décision litigieuse - était justifié, ou si la rente n'aurait pas dû être supprimée antérieurement à cette date, la situation médicale n'étant pas claire de ce point de vue. On renoncera toutefois à envisager une réforme de la décision attaquée au détriment du recourant (pour une solution similaire: TFA I 236/05 du 22 juin 2006 consid. 4.3).

6. Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit tranchée et il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, soit de mettre en œuvre une expertise médicale neutre comme le requiert le recourant. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

7. 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Le recourant n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant F._____.
- 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 :

- F. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :