

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 octobre 2012

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mmes    Brélaz Braillard et Dessaux  
Greffier       :       M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat auprès du Service juridique d'Intégration handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1, 14a al. 1 et 15 ss LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 17 mars 2009, A.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1965, a reçu une palette de marchandises sur le genou droit dans le cadre de son activité de gestionnaire de vente auprès de T.\_\_\_\_\_. Le 7 avril 2009, les médecins de la H.\_\_\_\_\_ à [...] ont posé les diagnostics de tendinite et de suspicion de lésion méniscale.

Une IRM du genou droit réalisée le 7 mai 2009 par le Centre d'Imagerie (CIM) de [...] a conduit à conclure à un résultat dans les limites de la norme.

Une scintigraphie osseuse trois phases (vasculaire/tissulaire/tardive) du 4 juin 2009 de l'institut de radiologie de la Clinique X.\_\_\_\_\_ à [...], a permis de constater ce qui suit:

"Conclusion:

Cet examen ne démontre aucune lésion des parties molles ou osseuses autour des genoux. Pas d'argument non plus pour éventuelle algoneurodystrophie ni pour une lésion ostéocondrale. Le reste de la captation squelettique est normal."

Le 15 juin 2009, l'employeur de l'assuré a annoncé le cas auprès de l'assureur-accidents (la Caisse nationale suisse en cas d'accidents [ci-après: la CNA]). Il mentionnait une incapacité de travail de 100 % dès le 6 avril 2009.

Au vu de la persistance des douleurs au genou droit de l'assuré, ce dernier a été adressé au Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport médical du 13 juillet 2009 adressé à l'assureur perte de gain P.\_\_\_\_\_, Organisation de santé à Lausanne (ci-après: P.\_\_\_\_\_), ce médecin a posé le diagnostic de gonalgies droites post-traumatiques d'étiologie inconnue existant depuis avril 2009. Le suivi médical de l'assuré a par la suite été confié au Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie à [...]. Dans un rapport médical du 6 août 2009 adressé à

la CNA, ce praticien s'est prononcé en ces termes sur l'état de santé de l'assuré:

"1. Diagnostics:

- Status 41/2 mois post-contusion du genou droit (cf. rapport initial du Dr J.\_\_\_\_\_).

- Douleurs persistantes du compartiment antérieur.

2. Evolution:

a) Malgré un traitement antalgique et anti-inflammatoire bien conduit, le patient se plaint toujours d'une très intense douleur du compartiment antérieur de son genou droit. Le Dr J.\_\_\_\_\_ me l'adresse pour évaluation d'un rhumatisme inflammatoire, ayant observé une CRP un peu élevée lors d'un examen de routine. Les investigations ne mettent pas en évidence de syndrome inflammatoire, les anticorps spécifiques ainsi que les éléments inflammatoires standards sont tous négatifs. Je devais revoir le patient le 20 juillet pour évaluation et discussion, il est arrivé décontenancé le matin même en m'annonçant que son père venait de décéder et qu'il devait partir au Portugal. Je dois le revoir prochainement.

3. Thérapie:

a) Antalgiques locaux et acide méfénamique.

[...]

4. Reprise du travail:

- Impossible de donner des renseignements précis."

A l'occasion d'un examen du 1<sup>er</sup> octobre 2009 par les médecins d'arrondissement de la CNA, les Drs L.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont observé que l'aspect du genou de l'assuré n'évoquait aucune pathologie particulière.

Par décision du 12 octobre 2009, confirmée sur opposition le 30 novembre 2009, la CNA a refusé de verser ses prestations. Elle estimait que les différents examens entrepris ne permettaient pas d'expliquer les troubles ressentis par l'assuré à son genou droit. Dès lors que l'événement du 17 mars 2009 n'avait pas entraîné de lésions, l'existence d'un accident ne pouvait être admise. Elle niait dès lors l'existence d'un lien de causalité certain ou vraisemblable entre l'événement du 17 mars 2009 et les douleurs au genou dont se plaignait l'assuré.

Le 27 octobre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes en faisant état de douleurs persistantes au genou droit depuis le 17 mars 2009.

Par courrier du 9 novembre 2009, P.\_\_\_\_\_ a informé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) que l'incapacité de travail continue de l'assuré avait débuté le 6 avril 2009, date dès laquelle cet assureur avait octroyé des indemnités journalières perte de gain sur la base d'un taux de 100 %.

Dans un rapport médical du 24 novembre 2009 à l'OAI, le Dr J.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100 % du 18 mai au 9 juin 2009 en précisant que "face à un genou cliniquement et paracliniquement normal", il lui était plus que difficile de se prononcer. En dehors d'un diagnostic symptomatique, il était d'avis que d'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 30 novembre 2009, T.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait été engagé le 1<sup>er</sup> août 1996, qu'il était gestionnaire de vente et touchait un revenu annuel de 57'720 fr. en 2009.

Mandatés par P.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont examiné l'assuré le 23 février 2010. Dans leur rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du 3 mars 2010, ces médecins ont constaté ce qui suit:

#### "4. Diagnostics

4.1. Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail:  
Aucun (Z71.1).

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

- Syndrome douloureux chronique du genou droit sans substrat anatomique objectivable, avec vraisemblable composante de trouble somatoforme douloureux chronique consécutif à une contusion banale du genou droit le 17 mars 2009 (F45.4).
- Troubles de l'adaptation avec humeur attristée (sur deuil et contusion du genou) (F43.23).

## 5. Appréciation du cas et pronostic

Il s'agit d'un assuré âgé de 45 ans, portugais établi en Suisse depuis 1981. Sans formation professionnelle, l'assuré travaille d'abord dans la restauration avant d'être engagé comme vendeur à la S. \_\_\_\_\_ dès 1996. L'activité est exercée à plein temps avec une nomination comme gestionnaire de vente. Un accident a lieu le 17.3.2009, une palette vide ayant chuté sur son genou droit. L'assuré est mis en arrêt de travail total dès le 7.4.2009 en raison d'une non amélioration, d'une boiterie et d'une douleur locale.

### Appréciation somatique

Le 17 mars 2009, alors que l'assuré n'avait jamais présenté d'atteinte à la santé au niveau de son genou droit, ce dernier rapporte avoir reçu une palette en bois de type [...] qui a heurté le bord externe de son genou droit. Depuis lors, il a ressenti une douleur inaugurale qui l'a incité à aller d'abord consulter une pharmacie où il a acheté quelques anti-douleurs. Finalement au vu de la perpétuation des douleurs et de l'apparition d'un hématome anamnestique, ce dernier a consulté la Permanence H. \_\_\_\_\_ à [...] où le Dr V. \_\_\_\_\_ a retenu un diagnostic de « tendinite du genou droit avec suspicion de lésion méniscale ». Un bilan radiologique a été réalisé le jour de la consultation, le 7 avril 2009, et il s'est avéré sans particularité et en outre un arrêt de travail a été initié à 100 %. Il a reçu un traitement alliant une décharge au moyen de cannes anglaises et un traitement d'AINS. Il a ensuite été adressé au Dr J. \_\_\_\_\_, orthopédiste FMH à [...] qui a complété les investigations par la pratique d'abord d'une IRM du genou droit le 7 mai 2009, examen qui s'est avéré rigoureusement normal d'après le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_, puis il a fait réaliser une scintigraphie osseuse le 4 juin 2009 qui s'est également avérée normale d'après le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_, de la Clinique de X. \_\_\_\_\_. Les douleurs ont malgré tout continué et compte tenu d'une CRP qui aurait été modérément élevée (pas d'élément de preuve dans le dossier), l'assuré a été adressé au Dr E. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH qui a effectué un bilan rhumatologique biologique exhaustif ne confirmant pas l'élévation de la CRP et montrant une négativité des acteurs rhumatoïdes, des anticorps anti-nucléaires, des anticorps anti-CCP et du HLA B27. Ainsi aucun diagnostic n'a pu être posé en dépit de la persistance de ces douleurs principalement au niveau du compartiment antérieur du genou droit. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a alors évoqué la possibilité d'une éventuelle tendinopathie voire bursite pré-rotulienne et il a procédé à une infiltration de la bourse sous-rotulienne par Diprophos et Xylocaïne, ce qui n'a pas eu d'effet favorable. Dans un courrier du 14 août 2009, ce spécialiste a constaté une discordance entre les plaintes annoncées par le patient, la boiterie et l'obligation de décharger son genou par deux cannes, et les constatations cliniques, il n'a malgré tout [relevé] aucune pathologie particulière. D'après le Dr L. \_\_\_\_\_ compte tenu d'éléments de non organicité, la couverture du cas n'a donc pas été acceptée par la SUVA. Le médecin d'arrondissement a constaté un examen clinique du genou quasi normal avec notamment une flexion à 145° des deux côtés, aucune instabilité ni signe méniscaux, aucun signe d'amyotrophie, aucune tuméfaction ni épanchement intra-articulaire au niveau du genou droit. Compte tenu du fait que l'assuré est quasiment depuis

un an à l'arrêt de travail, la présente expertise bidisciplinaire a été sollicitée.

Subjectivement, M. A. \_\_\_\_\_ rapporte la persistance de gonalgies droites intenses qui n'auraient été améliorées que de l'ordre de 10 à 15% depuis l'apparition des symptômes en mars 2009, douleurs qui seraient majorées par la montée et la descente des escaliers. Elles ne sont pas véritablement soulagées par le repos ni même par le décubitus dorsal. Il déclare toutefois ne prendre que 1-2 comprimés de Ponstan, et il n'aurait pas eu d'autres traitements antalgiques plus prononcés comme des opiacés. Il a réalisé de multiples séances de physiothérapie qui n'ont jusqu'à présent pas eu d'effet très significatif. L'assuré déclare finalement que tous les traitements qu'il a reçus n'ont pas été efficaces ni même l'infiltration de cortisone qu'il avait reçue au niveau de son genou. L'assuré signale qu'il est obligé d'utiliser deux cannes anglaises pour se déplacer tant ses douleurs sont intenses.

Objectivement, nous constatons un assuré déconditionné physiquement avec un habitus endomorphe et un examen de médecine interne qui paraît dans la norme y compris au niveau de son genou droit. L'examen clinique ostéo-articulaire paraît ainsi rigoureusement normal. Au niveau du genou droit: on constate essentiellement des signes vraisemblables d'amplification des symptômes avec un assuré extrêmement démonstratif, ainsi en mobilisation active, il ne peut fléchir son genou qu'à 110° tandis qu'en passif, la flexion peut être apportée jusqu'à 140°. L'examen clinique du genou droit est dans les limites de la norme, il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire, pas de tuméfaction, avec un périmètre du genou droit qui est rigoureusement identique à celui du genou gauche (33 cm). Il n'y a aucun signe inflammatoire local, aucun trouble trophique ou dyscoloration, aucune amyotrophie (même si l'assuré décharge son membre inférieur droit depuis une année!) et enfin aucun signe en faveur d'un syndrome fémoro-patellaire. Tout au plus l'assuré rapporte une légère douleur à la palpation de la tubérosité tibiale antérieure, ce qui est un élément subjectif ne pouvant pas être intégré dans l'estimation de sa capacité de travail. L'assuré n'aurait jamais dû être mis en incapacité de travail prolongée.

Au total, force est de constater une importante discordance entre les allégations douloureuses de l'assuré et les constatations pathologiques cliniques et paracliniques (analyses biologiques, IRM, scintigraphie et radiologie) qui sont rigoureusement normales. Qui plus est, l'assuré manifeste des symptômes qui ne sont pas explicables cliniquement comme des paresthésies diffuses du membre inférieur droit avec une hypoesthésie qui ne représente pas vraiment de territoire au niveau de la cuisse droite, il paraît contraint d'utiliser deux cannes anglaises pour se déplacer (de manière fort théâtrale), ce qui est inexplicable au vu de la normalité de l'examen clinique et du bilan paraclinique.

Dans ces conditions, on peut retenir l'hypothèse d'un syndrome douloureux chronique du genou droit avec des signes en faveur d'une amplification des symptômes à l'examen clinique, compte tenu de l'absence de modulation de la douleur selon les activités ou le repos et au gré du traitement, avec en outre de nombreuses

inconsistances au status clinique, comme la différence de flexion entre la mobilisation active et passive, avec malgré tout la possibilité de se mettre en position de schuss et en appui monopodal sans peine. Finalement, près de 12 mois après l'événement traumatique initial qui a conduit à une contusion a priori banale au niveau du genou droit, puisque l'assuré n'a consulté de médecin que plus de 2 semaines après « l'accident », l'évolution aurait dû aller clairement dans le sens d'une guérison rapide, d'autant plus qu'il n'y a pas d'élément clinique ou radiologique sur l'IRM et la scintigraphie qui iraient dans le sens d'une algoneurodystrophie (CRPS). Dans ces conditions, on peut estimer que d'un point de vue somatique rhumatologique, l'assuré ne présente actuellement aucune justification à la poursuite de l'incapacité de travail qui lui a été prescrite jusqu'à présent. Force est de constater l'absence de restriction sur l'IRM et la scintigraphie qui iraient dans le sens d'une algoneurodystrophie (CRPS). Force est de constater l'absence de restriction fonctionnelle au niveau de son genou droit, en tout cas pas de limitation fonctionnelle qui découlerait d'une atteinte ostéo-articulaire objective. Ces constatations permettent dès lors d'estimer que l'assuré a une capacité de travail complète dans toute activité, en tout cas depuis le moment de l'expertise, et vraisemblablement même déjà depuis la date du courrier du Dr E. \_\_\_\_\_ qui avait été adressé à la P. \_\_\_\_\_ en date du 7 décembre 2009.

Sur le plan psychiatrique

Il s'agit d'un assuré dont l'anamnèse familiale est globalement vierge, hormis des notions de toxicomanie chez un neveu et une soeur ayant eu des difficultés sentimentales avec suivi psychologique. Sur le plan personnel, l'assuré n'a strictement aucun antécédent.

A l'examen de ce jour, il s'agit d'un homme vif et collaborant, au contact agréable. L'examen spécialisé a mis en évidence quelques souvenirs douloureux, notamment de sirènes d'alarme à l'époque du couvre-feu sous la dictature [...] au pays, et de la tristesse liée au deuil de son père décédé brutalement en juillet 2009. L'assuré signale également une baisse du moral secondaire à sa mise en arrêt de travail.

Face à ces éléments difficiles de son existence, l'assuré montre une tristesse et une souffrance qui n'ont aucun caractère pathologique; ces symptômes s'amenderont au fil du temps, d'une manière physiologique pour le deuil et en reprenant une activité professionnelle pour la souffrance corrélée à la mise en arrêt de travail. Par ailleurs, aucun signe d'atteinte à la santé psychiatrique n'est décelé; il n'y a, notamment, aucun signe de dépression si l'on s'appuie sur les critères des classifications internationales.

En conséquence, l'assuré ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique qui pourrait prendre un caractère incapacitant ou grever le pronostic somatique de reprise professionnelle.

Etant donné la forte discordance entre le comportement et l'atteinte objective qui évoquent un diagnostic de trouble somatoforme douloureux, les critères jurisprudentiels (TFA) de gravité face à une atteinte douloureuse chronique ont été évalués: l'assuré n'a pas de

comorbidité psychiatrique ni d'affection corporelle chronique pouvant prendre un caractère incapacitant. Le processus maladif s'étend depuis la mise en arrêt de travail du 7.4.2009 avec, selon l'appréciation du rhumatologue traitant, une légère amélioration au fil du temps. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale ni d'état psychique cristallisé. Le processus défectueux de résolution du conflit n'est pas clairement mis en évidence, l'hypothèse d'une dynamique de couple face à l'épouse qui a bénéficié de 2 ans de prestations chômage pourrait être envisagée. Les traitements conformes aux règles de l'art sont décrits comme partiellement efficaces et il n'y a pas de signe de non-coopération.

En conséquence, l'examen des critères de gravité ne met en évidence aucun argument pouvant justifier médicalement un arrêt de travail.

[...]"

En réponse aux questions qui leur étaient posées, les Drs M. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont indiqué que la capacité de travail de l'assuré comme vendeur était complète d'un point de vue médical et qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle objective. Sa capacité de travail sur le marché de l'emploi était également complète. Pour ces médecins, étant donné que l'incapacité de travail n'était pas due aux conditions de travail et que l'assuré avait une exigibilité professionnelle complète dans toute activité, il n'y avait pas d'indication à une résiliation des rapports de travail.

Dans une correspondance adressée le 26 février 2010 à l'assuré, P. \_\_\_\_\_ a considéré que sur la base de l'expertise bidisciplinaire précitée, l'intéressé ne présentait aucune incapacité de travail, tant du point de vue psychiatrique que rhumatologique, de sorte qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée. P. \_\_\_\_\_ l'invitait dès lors à reprendre son activité le 22 mars 2010, et l'informait que sa participation financière prendrait fin le 21 mars 2010.

Dans un rapport médical du 6 avril 2010 à l'OAI, le Dr J. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de gonalgies droites post-traumatiques d'étiologie inconnue existant depuis avril 2009.



Par communication du 16 avril 2010, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'une évaluation allait avoir lieu auprès du Centre d'observation professionnelle AI (COPAI) d' [...] du 10 mai au 4 juin 2010.

Dans un rapport médical du 20 avril 2010, le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post-contusion du genou droit le 15 mars 2009, de dérangement antéro-latéral (fémoro-patellaire) et insertionnel et de décompensation de lombalgies mécaniques depuis mars 2010. Sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné une forte suspicion de somatisation et de chronicisation de la douleur depuis 2009. Dans son anamnèse, ce médecin relevait notamment ce qui suit:

"Comme je le pensais, cette affection certes douloureuse mais tout à fait mineure a pris une proportion impensable avec un patient n'arrivant pas à charger son membre inférieur, marchant actuellement encore avec une canne, ce malgré des traitements antalgiques locaux, une infiltration locale de cortico-stéroïdes et une prise en charge extrêmement efficace et régulière en physiothérapie. Je crains nettement pour une composante de somatisation et une évidente chronicisation de l'affection douloureuse chez un patient fixé sur ce problème pour des raisons que j'ignore encore (que s'est-il passé sur le plan personnel avant l'été 2009; le décès de son père n'est pas obligatoirement à mettre en cause puisqu'il est survenu après son accident)."

Le Dr E. \_\_\_\_\_ retenait une incapacité de travail de 100 % dès le 26 mars 2010 en raison des douleurs ainsi que de la décompensation liées aux lombalgies. Il a néanmoins précisé sous la rubrique "informations supplémentaires, remarques et propositions" que la situation de son patient l'interrogeait et qu'il ne lui avait pas été possible de décrypter le facteur déclenchant de la cassure physique et narcissique de sorte qu'il lui apparaissait impératif de soumettre l'assuré à une évaluation pluridisciplinaire. Tout en précisant ne pas disposer de l'expertise des Drs M. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, le Dr E. \_\_\_\_\_ sollicitait dès lors une instruction rapide du dossier de la part de l'OAI. Les limitations fonctionnelles étaient par ailleurs décrites comme suit: ports de charges excédents 10 à 15 kg, travail en porte à faux-rotation, positions assise ou debout prolongées.

Dans un rapport final du 21 juin 2010 établi au terme d'un stage d'observation du 10 mai au 4 juin 2010, le directeur du centre O.\_\_\_\_\_ d' [...] a conclu que l'assuré possédait les aptitudes requises pour effectuer une reconversion professionnelle. Dans un travail en position assise et léger, l'assuré était jugé apte à travailler à 100 % avec des rendements légèrement diminués se situant autour de 70 % dus à son besoin d'alterner les positions, de bouger et par un manque d'appui pour sa jambe droite. Il pouvait faire divers travaux à l'établi comme du montage, du contrôle. Il peinait à se projeter dans une activité et avait besoin d'un soutien, comme une préparation à une activité auxiliaire du genre de l'AIP de l'Orif [...]. Il lui fallait en outre une aide au placement car le fait de se déplacer à l'aide de béquilles pouvait péjorer ses chances face à un employeur.

Il ressort en particulier ce qui suit d'un rapport de fin de mesure COPAI du 22 juin 2010 établi par le collaborateur de l'OAI:

"Nous retenons, suite à ce bilan final au COPAI, que notre assuré ne peut plus exercer son activité habituelle.

Nous avons reçu l'expertise bidisciplinaire rhumato-psy organisée par la P.\_\_\_\_\_ qui démontre clairement que l'exigibilité reste fixée à 100% dans toutes activités confondues. Notre assuré pourrait reprendre son activité tout à fait normalement.

Le rapport final du COPAI nous informe que l'activité habituelle de M. A.\_\_\_\_\_ n'est plus exigible! Il y a une contradiction extraordinaire!

[...]

En effet, les limitations fonctionnelles suivantes ont été émises par le médecin du COPAI, le Dr U.\_\_\_\_\_: position sédentaire, pas de port de charges lourdes, pas de marche en terrain accidenté, pas d'échelle, ni d'escalier.

M. A.\_\_\_\_\_ a été, selon le MSP, exemplaire. Il a donné le meilleur de lui-même et a été très actif dans les tâches qui lui ont été confiées. Le stage en entreprise s'est très bien déroulé et le rendement a été estimé à 75% pour la manutention moyenne et à 60% pour la manutention fine.

Le COPAI nous recommande de mettre en place une mesure d'ordre professionnelle — voire mesure d'intervention précoce à l'ORIF de [...] en industrie légère/mécanique (AIP) et/ou une aide au placement.

Nous attendons le rapport complet et soumettrons cette pièce à notre SMR. Maintenant, il reste à déterminer avec précision quelle exigibilité nous devons concevoir/retenir pour cet assuré. [...]"

Au rapport final du 21 juin 2010 était joint un rapport médical du 7 juin 2010 établi par le Dr U.\_\_\_\_\_, médecin-conseil, au terme duquel il a été constaté ce qui suit quant aux limitations fonctionnelles présentées par l'assuré durant le stage:

"[...]

A l'atelier, M. A.\_\_\_\_\_ collabore. Il travaille le plus souvent en position assise, mais se lève de temps en temps pour soulager le dos. Il ne trouve pas de position vraiment confortable. Il se déplace toujours en boitant avec sa canne anglaise même pour quelques pas. Il est assidu, présente une gestuelle énergique, cherche à produire un travail de qualité. Il a un bon rythme d'exécution, même assez rapide.

Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation est d'avis que M. A.\_\_\_\_\_ peut travailler la journée entière en position assise, mais avec quelques possibilités de se lever pour soulager un peu les douleurs. Le travail doit être léger, éviter les charges. Le port de charges en déplacement n'est pas possible. Le rendement est légèrement diminué à cause de l'inconfort positionnel et du mauvais appui en position debout. Le travail peut être de la production à l'établi, de l'emballage, du contrôle par exemple. Une aide au placement sera nécessaire pour éviter la mise en échec d'emblée d'une recherche d'emploi au stade du premier entretien."

Dans un rapport SMR du 6 juillet 2010, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit:

"Atteinte principale à la santé: Gonalgies droites post-contusion persistantes.

Début de l'IT [incapacité de travail] durable: 06.04.2009.

Evolution de l'IT: 100 % depuis le 06.04.2009

Capacité de travail exigible:

Activité habituelle: 100 % depuis mars 2010.

Activité adaptée: 100 % depuis mars 2010.

Limitation fonctionnelle: aucune.

Début de l'aptitude à la réadaptation: pas applicable.

Cet assuré de 44 ans, marié et père d'un enfant, n'a pas de formation et travaille comme vendeur à la T.\_\_\_\_\_. Le 17.03.2009, il se heurte le genou droit contre une palette; vu la persistance de douleurs, il consulte le 06.04.2010 et est mis en IT [incapacité de travail]. Les divers spécialistes (orthopédistes, rhumatologues) qui le verront seront tous frappés par la normalité de l'examen clinique et des examens radiologiques pratiqués. La SUVA refuse le cas à la suite d'un examen par le médecin d'arrondissement le 01.10.2009. Finalement, après échec de tentative de reprise de travail dans un poste adapté (caisse), l'assurance perte de gain demande une expertise rhumatologique et psychiatrique aux Dr M.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_. Au terme d'une revue soigneuse du dossier et des

documents radiologiques, et d'un examen clinique détaillé, ces spécialistes s'accordent pour juger que l'assuré présente un syndrome douloureux chronique sans base organique du genou gauche [recte: droite], accompagné d'une légère réaction dépressive; il n'y a pas d'atteinte incapacitante, et la CT [capacité de travail] médico-théorique exigible est entière dans toute activité, dès la date de l'expertise. Un stage d'orientation [...] a bien démontré la CT entière dans une activité essentiellement assise."

Par projet de décision du 24 août 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations présentée par l'assuré. Selon ses constatations, l'intéressé avait présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 4 avril 2009. Cependant, à compter de mars 2010, une pleine capacité de travail était à nouveau exigible dans son activité habituelle de gestionnaire de vente, de sorte que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires et que le droit à la rente n'était pas ouvert.

Le 28 septembre 2010, l'assuré, désormais représenté par Me Jean-Marie Agier, a fait part de ses observations sur le projet de décision du 24 août 2010, en demandant à l'OAI la mise en œuvre des mesures de réadaptation préconisées par le centre O.\_\_\_\_\_ d' [...].

Par décision du 25 octobre 2010 accompagné d'un courrier du même jour en faisant partie intégrante, l'OAI a intégralement confirmé les termes de son projet du 24 août 2010 en rejetant la demande de prestations de l'assuré.

**B.** Le 29 novembre 2010, A.\_\_\_\_\_, par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens que le droit à des mesures de réadaptation professionnelle est ouvert, la cause étant renvoyée à l'OAI pour déterminer les mesures qu'il doit à ce titre. Le recourant fait valoir, en substance, qu'il incombe à l'OAI de suivre les propositions de réadaptation professionnelle formulées par le centre d'observation au terme de son rapport final du 21 juin 2010.

Dans sa réponse du 31 janvier 2011, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il se réfère à cet égard

aux conclusions adoptées par les Drs M.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ dans leur rapport d'expertise bidisciplinaire du 3 mars 2010, qu'il juge probant.

Dans sa réplique du 14 juillet 2011, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours. Il expose que les examens complémentaires réalisés à la demande de son médecin traitant, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, n'ont pas permis d'affiner le diagnostic le concernant. Il se réfère également à un article de doctrine publié à la Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle (Jean-Louis Duc, Les dérives de l'obligation de diminuer le dommage in: RSAS 2011, p. 244 ss).

Dans sa duplique du 16 août 2011, l'intimé renvoie à la décision attaquée ainsi qu'à sa réponse du 31 janvier 2011 qu'il confirme.

En date du 29 décembre 2011, le recourant a produit un rapport médical du 9 décembre 2011 du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie du [...]. Ce médecin pose les diagnostics de status post-contusions du genou droit en mai 2009 et de suspicion de plica médio-patellaire versus impingement du corps du Hoffa antéro-interne du genou droit. Il décrit au status une douleur localisée nette au niveau antéro-interne où une cicatrice indurée du corps du Hoffa se fait sentir. Une arthroscopie dans le but d'effectuer un bilan articulaire et de réséquer la cicatrice du Hoffa et la plica médio-patellaire étant prévue.

Le 19 janvier 2012, l'Office intimé a produit un avis médical SMR du 9 janvier 2012 des Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ aux conclusions duquel il se rallie et dont il ressort ce qui suit:

"Le courrier du Dr R.\_\_\_\_\_ du 9.12.2011 adressé au médecin conseil de la SUVA a pour but d'informer sur la mise en œuvre d'une arthroscopie à fins diagnostiques. Au vu de la persistance des douleurs, et tenant compte d'une infiltration-test positive, le Dr R.\_\_\_\_\_ se propose d'effectuer un bilan articulaire et de réséquer la portion douloureuse du corps de Hoffa. Cette intervention entraînera, dit le spécialiste, une incapacité de travail de 2-3 semaines.

Ce courrier appelle les commentaires suivants:

- Tant la radiographie conventionnelle, l'IRM que la scintigraphie se sont révélés normaux. Dans ces conditions, il est hasardeux de parler d'une «cicatrice du corps de Hoffa». La simple palpation évoque certes une douleur, mais elle ne suffit en aucun cas à étayer le diagnostic évoqué.

- Dans son expertise, le Dr M. \_\_\_\_\_ mentionnait une douleur à la palpation de la tubérosité antérieure du tibia. Ceci peut être mis en parallèle avec la douleur antéro-interne décrite par le Dr R. \_\_\_\_\_. Il n'y a donc pas de différence significative entre ces deux observations. Seule l'interprétation du status est différente.

- Enfin, le Dr R. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

Au vu de ce qui précède, je propose que l'on attende les résultats de l'arthroscopie (description des lésions éventuelles, histologie du corps de Hoffa, fonction détaillée post-opératoire). A ce stade, il convient de répéter que ce n'est pas le diagnostic en tant que tel qui fait l'incapacité de travail, mais bien l'observation des limitations fonctionnelles objectives."

Le 23 avril 2012, le recourant a encore produit des pièces médicales visant à étayer son point de vue. Ainsi dans un courrier médical du 12 mars 2012 adressé au médecin traitant, le Dr???.\_\_\_\_\_, chef de clinique du Service d'orthopédie et traumatologie du [...] retient les diagnostics de déchirure en lambeaux de la corne antérieure du ménisque interne droit, de plica médio-patellaire droite et de status post-arthroscopie diagnostique, résection de la plica médio-patellaire et méniscectomie interne partielle du genou droit le 9 janvier 2012. Ce médecin relève qu'il est intéressant pour le recourant de trouver un métier où il lui est loisible d'alterner les positions assises et debout. Est également joint un rapport de sortie du 10 janvier 2012 de la Dresse K. \_\_\_\_\_ du Service d'orthopédie et traumatologie du [...] attestant une incapacité de travail du 9 au 30 janvier 2012 à la suite d'un séjour du 9 au 10 janvier 2012.

En annexe à ses déterminations du 14 mai 2012, l'OAI a produit un avis médical SMR du 4 mai 2012 des Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ auquel il se réfère et dont il ressort en substance qu'il n'est pas possible de dater la survenance de la déchirure du ménisque interne, les examens d'imageries laissant à penser qu'elle n'est pas contemporaine de l'accident initial. Il est ainsi probable que cette déchirure ne soit pas traumatique mais dégénérative et survenue postérieurement à l'IRM du 7 mai 2009. Considérant que l'arthroscopie a entraîné une amélioration des

douleurs et de la boiterie, la déchirure méniscale fournit dès lors une explication objective aux douleurs postérieures à août 2009. L'OAI retient ainsi que l'hypothèse selon laquelle la lésion méniscale serait apparue dans le bref laps de temps entre l'IRM du 7 mai 2009 et l'expertise bidisciplinaire du 3 mars 2010 est hautement improbable. Partant à la date de la décision litigieuse, soit le 25 octobre 2010, en l'absence d'incapacité de travail totale ou partielle ou de longue durée, le droit aux mesures professionnelles devait être nié tout comme le droit à la rente. Dans ces circonstances, l'OAI confirme la décision attaquée.

Le 20 juin 2012, le recourant a confirmé les conclusions prises le 29 novembre 2010, selon lesquelles la décision attaquée est réformée en ce sens que le droit à des mesures de réadaptation professionnelle est ouvert, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il détermine les mesures à prendre en charge à ce titre. Reprenant les termes de l'avis SMR du 4 mai 2012, il relève que les Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont écrit qu'il se justifiait d'admettre que la déchirure méniscale fournit une explication objective aux douleurs postérieures à août 2009. Il en déduit que ses troubles auparavant non identifiables, sont dès lors clairement identifiés et objectivés à tout le moins depuis août 2009.

Le 23 août 2012, le recourant a adressé à la Cour de céans copie d'une correspondance de la CNA du 25 juillet 2012 aux termes de laquelle son médecin d'arrondissement avait examiné à nouveau son cas et allait lui allouer les pleines prestations légales pour les suites de l'accident du 17 mars 2009 et prendrait également en charge l'opération du 9 janvier 2012.

Invité à déposer ses éventuelles déterminations, l'intimé a relevé le 18 septembre 2012 que la notion de causalité adéquate ne trouvant pas application dans le cadre de l'assurance-invalidité, il n'avait pas de commentaire particulier à formuler.

**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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte — ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) — sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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 interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

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

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieux le point de savoir si, compte tenu de sa situation médicale, le recourant a droit aux prestations AI sous la forme de mesures de réadaptation professionnelle.



**3. 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.

**b)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation. Les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales, des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) ainsi que l'octroi de moyens auxiliaires (art. 8 al. 3 let. a - d LAI).

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Par reclassement, la jurisprudence entend, en principe, la somme des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et adéquates pour procurer à l'assuré une possibilité de gain équivalant à peu près à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a, 122 V 77 consid. 3b/bb et 99 V 35 consid. 2; TF

9C\_913/2010 du 20 juin 2011, consid. 3.3, 9C\_576/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.3 et 9C\_644/2008 du 12 décembre 2008, consid. 3).

Le droit au reclassement dans une nouvelle profession suppose que l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain d'une certaine importance, soit une perte de gain durable de 20% environ dans toute activité exigible et qui ne nécessite pas une formation professionnelle complémentaire (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 110 consid. 2b; TF 9C\_576/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.2, 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008, consid. 2.2 et 8C\_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4; TFA I 238/2000 du 2 novembre 2000; VSI 2000 p. 64 consid. 1; VSI 2000 p. 196; TAss VD du 28 octobre 1999, AI 90/99 - 37/2000). A noter qu'un taux égal ou supérieur à 20% n'ouvre pas automatiquement droit à des mesures professionnelles, dans la mesure où il y a lieu de prendre en compte les capacités d'apprentissage de l'intéressé, ses aptitudes et sa motivation en particulier ainsi que les professions qui lui sont ouvertes et qu'il pourrait exercer immédiatement sans réadaptation (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 et 124 V 109 consid. 2a; TFA I 330/2005 du 25 janvier 2006).

En règle générale, la personne assurée n'a droit qu'aux seules mesures nécessaires et propres à atteindre le but de la réadaptation visé mais non pas aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas, car la loi ne garantit la réadaptation que dans la mesure où elle est à la fois nécessaire et suffisante. En outre, il doit exister une proportion raisonnable entre le succès prévisible d'une mesure et son coût (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3, 124 V 108 consid. 2a et 121 V 258 consid. 2c; TF 9C\_534/2010 du 10 février 2011, consid. 3.1 et 9C\_290/2008 du 27 janvier 2009, consid. 2.1).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 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. 2c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 et 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

**4.** Il convient en premier lieu de déterminer si l'activité habituelle du recourant, savoir celle de gestionnaire de vente, est adaptée à ses limitations fonctionnelles et demeure exigible, ainsi que l'a retenu l'intimé dans la décision attaquée, selon laquelle l'examen des pièces médicales permettait de constater que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le mois de mars 2010.

**a)** Du dossier transmis, il ressort qu'une IRM réalisée le 7 mai 2009 ainsi qu'une scintigraphie osseuse du 4 juin 2009 ont conclu à un résultat dans les limites de la norme sans mettre en évidence de lésions du genou droit.

Dans un rapport médical du 6 août 2009, le Dr E. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de status 4 ½ mois post-contusion du genou droit et de douleurs persistantes du compartiment antérieur en précisant que ses investigations ne lui permettaient pas de mettre en évidence de syndrome inflammatoire. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.

Au terme de son rapport du 24 novembre 2009, le Dr J. \_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail de 100 % du 18 mai au 9 juin 2009 en précisant qu'à défaut de diagnostic symptomatique, l'activité de vendeur reste exigible.

Dans leur rapport d'expertise bidisciplinaire du 3 mars 2010, établi consécutivement à des examens cliniques pratiqués le 23 février 2010, les M. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ne posent aucun diagnostic invalidant mais uniquement ceux sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux chronique du genou droit sans substrat anatomique objectivable, avec vraisemblance de composante de trouble somatoforme douloureux chronique suite à l'événement survenu le 17 mars 2009 (F45.4) et de troubles de l'adaptation avec humeur attristée (F43.23). Dans leur appréciation du cas, ces spécialistes observent, sur le plan somatique, un examen dans les limites de la norme avec essentiellement des signes vraisemblables d'amplification des symptômes avec un assuré très démonstratif. Il en résulte selon eux une forte discordance entre les plaintes douloureuses et les constatations pathologiques cliniques et paracliniques objectives qui se révèlent être rigoureusement normales. Au vu de ces éléments, l'hypothèse d'un syndrome douloureux chronique du genou droit avec des signes en faveur d'une amplification des symptômes est retenue. En conséquence, de l'avis de ces spécialistes, le recourant ne présentait plus, à la date de l'examen, de justification à la poursuite de l'incapacité de travail reconnue jusqu'alors. Sur le plan psychiatrique, le

recourant est décrit par les experts comme un homme vif et collaborant au contact agréable. Au vu de son vécu, le recourant semble présenter des symptômes de tristesse et de souffrance sans substrat pathologique, lesquels disparaîtront avec le temps. Aucun signe de dépression ou autre atteinte à la santé psychiatrique n'est mis en évidence. En conséquence, le recourant ne souffre, selon les experts, d'aucune atteinte psychiatrique invalidante susceptible de venir entraver le pronostic somatique en faveur d'une reprise professionnelle.

Le 20 avril 2010, le Dr E. \_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail de 100 % dès le 26 mars 2010 en raison des douleurs ainsi que de la décompensation psychiatrique liées aux lombalgies du membre inférieur droit. Il pose les limitations fonctionnelles suivantes: ports de charges excédents 10 à 15 kg, travail en porte à faux-rotation et positions assise ou debout prolongées. Ce médecin souligne par ailleurs la "proportion impensable" prise par l'affection au genou droit nonobstant des traitements antalgiques locaux, une infiltration locale de cortico-stéroïdes ainsi qu'une prise en charge extrêmement efficace et régulière en physiothérapie. Il indique craindre une composante de somatisation et une chronicisation de l'affection douloureuse.

Dans un rapport final du 21 juin 2010, reprenant en particulier les constatations médicales émises le 7 juin 2010 par le Dr U. \_\_\_\_\_ (médecin-conseil), les responsables du centre O. \_\_\_\_\_ d' [...] ont constaté que l'intéressé bénéficie des aptitudes pour effectuer une reconversion professionnelle. Dans un travail en position assise et sans port de charges (caissier, par exemple), le recourant dispose d'une capacité de travail de 100 % avec un rendement de l'ordre de 70 % lié à son besoin de changer de positions, de bouger et du fait d'un manque d'appui de sa jambe droite.

Au terme de son avis médical du 6 juillet 2010, le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR se rallie aux conclusions des Drs M. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ en retenant une capacité de travail médico-théorique exigible de 100 % tant

dans l'activité habituelle de vendeur que dans toute autre activité, ceci dès la date de l'expertise bidisciplinaire de la fin février 2010.

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant produit plusieurs pièces médicales dont un rapport médical du 9 décembre 2011 du Dr R. \_\_\_\_\_ au terme duquel sont posés les diagnostics de status post-contusions du genou droit en mai 2009 et de suspicion de plica médio-patellaire versus impingement du corps Hoffa antéro-interne du genou droit. Une douleur localisée nette au niveau antéro-interne où une cicatrice indurée du corps Hoffa se fait alors sentir.

Au terme de leur avis médical du 9 janvier 2012, les Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ du SMR estiment que si la seule palpation de la cicatrice du corps de Hoffa évoque une douleur, elle ne permet pas pour autant d'étayer le diagnostic posé. Les médecins du SMR soulignent que la douleur antéro-interne décrite par le Dr R. \_\_\_\_\_ se confond avec la douleur à la palpation de la tubérosité antérieure du tibia mentionnée par le Dr M. \_\_\_\_\_. Ils notent pour terminer que le Dr R. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

Selon un avis médical SMR du 4 mai 2012 des Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, il n'est pas possible de déterminer le moment où s'est produite la déchirure du ménisque interne. Les examens d'imagerie tendant à démontrer qu'elle n'est pas contemporaine de l'accident initial, il est probable qu'il s'agisse d'une déchirure non pas traumatique mais dégénérative survenue à distance. L'effet bénéfique de l'arthroscopie pratiquée laisse à penser que la déchirure méniscale permet d'objectiver les douleurs postérieures au mois d'août 2009.

**b)** La Cour de céans constate sur le plan médical des contradictions ressortant du dossier transmis. Les conclusions médicales des Drs M. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ selon lesquelles le recourant aurait recouvré, à la date de l'expertise (à savoir le 23 février 2010), une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans toutes activités adaptées, sont contredites par plusieurs pièces au dossier.

Ainsi le Dr J. \_\_\_\_\_ retient, le 6 avril 2010, le diagnostic invalidant de gonalgies droites post-traumatiques depuis avril 2009, appréciation qui va dans le sens de l'avis médical du 20 avril 2010 du Dr E. \_\_\_\_\_ qui pose quant à lui les diagnostics invalidants de status post-contusion du genou droit (le 15 mars 2009), de dérangement antéro-latéral et insertionnel et décompensation de lombalgies mécaniques depuis mars 2010 et postule une incapacité de travail de 100 % dès le 26 mars 2010.

Dans une appréciation émise le 7 juin 2010, le Dr U. \_\_\_\_\_, au terme d'un stage d'observation effectué du 10 mai au 4 juin 2010 auprès du centre O. \_\_\_\_\_, évalue la capacité de travail exigible de la part du recourant à 100 % avec une diminution de rendement d'environ 30 % en raison des limitations fonctionnelles (position sédentaire, pas de port de charges lourdes, pas de marche en terrain accidenté, pas d'échelle ni d'escalier).

Selon le rapport final du 21 juin 2010 du centre O. \_\_\_\_\_, l'activité habituelle n'est plus exigible, le recourant étant jugé apte à entamer une reconversion professionnelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Cette contradiction manifeste de l'évaluation de la capacité de travail exigible du recourant dans son ancienne activité par rapport à l'expertise des Drs M. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ a du reste été relevée par un collaborateur de l'OAI le 22 juin 2010.

En outre, si le rapport médical du 9 décembre 2011 du Dr R. \_\_\_\_\_ est certes postérieur à la décision attaquée, il n'en demeure pas moins intéressant en l'espèce, dès lors qu'il fait état de diagnostics nouveaux (status post-contusions du genou droit en mai 2009 et suspicion de plica médio-patellaire versus impingement du corps du Hoffa antéro-interne du genou droit) qui ne ressortent pas des rapports médicaux établis dans le cadre de l'instruction de la demande. Ces nouveaux éléments sont corroborés par le courrier du 12 mars 2012 du

Dr???.\_\_\_\_\_ qui pose quant à lui les diagnostics de déchirure en lambeaux de la corne antérieure du ménisque interne droit, de plica médio-patellaire droite et de status post-arthroscopie diagnostique, résection de la plica médio-patellaire et méniscectomie interne partielle du genou droit en date du 9 janvier 2012. Il résulte de la jurisprudence fédérale que même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante de la décision attaquée (cf. ATF 129 V 4 consid. 2.1 et ATF 121 V 366 consid. 1), un rapport médical doit cependant être pris en considération dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (TF 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010, consid. 3.2 et le renvoi à ATF 99 V 98, consid. 4 et aux arrêts cités). Or ainsi que cela ressort des observations formulées dans l'avis SMR du 4 mai 2012, la survenance de la déchirure du ménisque interne rapportée par les Drs R.\_\_\_\_\_ et???.\_\_\_\_\_ ne peut pas être datée avec précision.

A l'aune de ce qui précède, il ne s'avère pas possible en l'état actuel du dossier et sous l'angle de la vraisemblance prépondérante applicable en la matière (cf. consid. 3c supra), de se prononcer sur la capacité de travail du recourant, en particulier sur le point, déterminant en l'espèce s'agissant de mesures de réadaptation, de savoir si son activité habituelle de gestionnaire de vente est encore adaptée et exigible. Il subsiste en effet des incertitudes quant aux conséquences des atteintes rhumatologiques sur sa capacité de travail dans toute activité, y compris dans son activité habituelle, l'instruction menée par l'intimé ne permettant pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

**c)** Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige. Le Tribunal fédéral a récemment indiqué dans sa jurisprudence qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agissait de trancher une question qui n'avait jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agissait d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).



Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer le dossier à l'OAI afin qu'il mette en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise rhumatologique, laquelle visera notamment à déterminer la capacité de travail du recourant dans son activité de gestionnaire de vente, ainsi que dans une activité adaptée. L'expert déterminera également de quand date la déchirure méniscale et les autres lésions du recourant, et s'exprimera notamment sur le point de savoir si ces lésions sont de nature à expliquer les douleurs dont il se plaint et leur caractère éventuellement incapacitant.

Une fois que le complément d'instruction nécessaire aura été mis en œuvre, il incombera à l'intimé de procéder au calcul du taux d'invalidité éventuel du recourant puis de déterminer si ce taux lui donne droit à des mesures d'ordre professionnel ou à d'autres prestations de l'AI.

**5. a)** En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD) et mis à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 25 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. \_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier du Service juridique de Intégration handicap (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 :