

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 novembre 2012

---

Présidence de     Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     Mme Dessaux et M. Merz  
Greffier     :     M. Bohrer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Pierre Bloch, avocat à Lausanne.

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 17 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 28 septembre 1963, français d'origine algérienne, marié avec enfant, s'est installé en Suisse en 1997. Sans formation, il a notamment travaillé en qualité d'aide-monteur intérimaire à plein temps pour la société "S.\_\_\_\_\_ SA" puis, dès le 10 mars 2008 pour la société T.\_\_\_\_\_ SA. Selon la déclaration d'accident établie le 1<sup>er</sup> avril 2008 par cette société, le 12 mars 2008, alors qu'il était en train de travailler sur un chantier à Genève, l'assuré a trébuché est et tombé sur son genou ; il a dû interrompre son activité professionnelle dès le 17 mars suivant.

Lors de l'entretien qu'un inspecteur de la Compagnie d'assurance-accidents C.\_\_\_\_\_ (ci-après : Compagnie d'assurance-accidents C.\_\_\_\_\_) a eu avec l'assuré le 15 mai 2008, ce dernier a notamment déclaré ce qui suit :

"(...)

**Antécédents médicaux :**

**Je soussigné, N.\_\_\_\_\_, entendu ce jour à [...], déclare :**

J'ai ressenti pour la première fois des problèmes dans mon genou gauche vers la mi-janvier 2007. Je ne me souviens plus où je travaillais à cette époque (Entreprise L.\_\_\_\_\_ ou Entreprise M.\_\_\_\_\_?). Simplement en marchant dans la rue, sans qu'il ne se passe rien d'exceptionnel, comme une chute, une glissade ou un choc, mon genou gauche s'est bloqué durant quelques minutes avant de commencer à enfler. J'ai attendu quelques jours avant de me présenter à la Clinique A.Z.\_\_\_\_\_ le 21.1.2007. J'y ai passé des radiographies puis un scanner. Ces troubles ont totalement disparu environ un mois plus tard et après quelques séances de physiothérapie. J'ai alors passé une année sans ne plus rien ressentir de troubles quelconques dans ce genou gauche. C'est ma caisse-maladie, le Assurance-maladie G.\_\_\_\_\_, qui avait pris en charge ce traitement en 2007. Je considère qu'autrement je suis en bonne santé habituellement si ce n'est qu'il m'arrive parfois d'avoir mal au dos compte tenu que je travaille sur des chantiers dans des activités assez physiques. Je mesure 1m80 pour

**Occupations antérieures :**

79 kgs. Mon médecin de famille est le Dr D. \_\_\_\_\_ [recte : D. \_\_\_\_\_] à [...].

**Etat des faits :**

Je suis français d'origine algérienne et je travaille en Suisse comme intérimaire essentiellement comme monteur en ventilation et construction métallique depuis 1999. J'ai déjà travaillé pour le compte de T. \_\_\_\_\_ SA auparavant. Au moment des faits, le 12.3.2008, je ne travaillais que pour l'Entreprise H. \_\_\_\_\_ par l'intermédiaire de T. \_\_\_\_\_ SA.

**Moyen de preuve :**

**Cours de la guérison :**

Depuis le lundi 10.3.2008 j'ai travaillé sur le chantier d'un vieux bâtiment en rénovation à [...]. Je ne connais pas l'adresse exacte car je m'y rendais avec un ouvrier de l'Entreprise H. \_\_\_\_\_. Au moment des faits, le mercredi 12.3.08 vers 11h30, j'étais en train de transporter des gaines de ventilation d'un poids total d'environ 20 kilos sous les 2 bras. En arrivant au-bas d'un escalier, sur un vieux plancher en bois et en très mauvais état, l'avant de mon pied s'est enfilé et enfoncé d'environ 5 ou 10 cm dans un trou qui s'était formé dans ce plancher. Il y avait plusieurs de ces trous dans ce vieux plancher et nous avions d'ailleurs été avisés par un maçon de l'entreprise de rénovation qui s'occupait de ce bâtiment (nom?). Je faisais donc en principe attention où je posais mes pieds mais cette fois je n'y ai pas pris garde. Je marchais alors sans précipitation et je portais des chaussures de sécurité avec bout métallique. Sans glisser, ni perdre mon équilibre et donc sans tomber, je me suis retrouvé immobilisé avec mon pied gauche coincé dans ce trou de plancher. J'ai alors dû lâcher les charges que je portais sous les bras pour ensuite retirer en arrière mon pied gauche. J'ai réussi à le faire sans effort extraordinaire et je n'ai absolument rien ressenti ni dans mon avant pied, mon genou ou le reste de ma jambe ou de ma hanche gauche. J'ai ensuite continué mon occupation tout à fait normalement et sans ressentir aucun trouble dans ma jambe gauche.

Je n'ai absolument rien dit à personne sur le chantier de ce qui s'était passé.

Tout allait donc parfaitement bien jusque dans la soirée de ce même mercredi où, alors que je marchais tout à fait normalement dans la rue à proximité de mon domicile, sans qu'il ne se passe rien d'extraordinaire comme une chute, un choc ou une glissade, j'ai ressenti comme si l'articulation de mon genou gauche avait lâché. Sur le moment je n'y ai finalement pas trop prêté attention. Ces mêmes impressions de lâchage se sont répétées ensuite 2 ou 3 fois dans les jours

**Etat :**

suiuants au et en-dehors de mon travail. Ce qui a commencé à m'inquiéter c'est qu'en fin de semaine l'articulation de mon genou gauche a commencé à enfler. La situation n'a pas changé depuis lors et c'est ce qui m'a incité à prendre contact avec mon médecin le lundi 17.3.2008. Celui-ci étant absent, je me suis alors présenté aux urgences de l'Hôpital U.\_\_\_\_\_ où, sans aucun examen radiologique, on m'a prescrit du Brufen en me parlant d'une inflammation et quelques jours d'arrêt du travail en me conseillant d'aller voir mon médecin si je n'allais pas mieux. A ce moment-là non seulement mon genou était enfle mais je ressentais des douleurs jusque dans le bas du dos. C'est ce que j'ai fait 2 jours plus tard. Le Dr D.\_\_\_\_\_ n'a finalement fait que confirmer ce qui avait été dit à l'Hôpital U.\_\_\_\_\_ tout en me prolongeant mon arrêt de travail. Ne constatant aucune amélioration contrairement à ce qui s'était passé en 2007, j'ai décidé alors d'aller à la Clinique A.Z.\_\_\_\_\_ où j'avais été traité en 2007 pour ce même genou gauche. On m'y a prescrit un traitement de physiothérapie.

**Sport  
loisirs :**

Aucun changement n'ayant été constaté après 10 séances, j'ai été vu toujours à la Clinique A.Z.\_\_\_\_\_ mardi passé par le Dr K.\_\_\_\_\_. Pour ce spécialiste il s'agit clairement d'une lésion méniscale qu'il désire opérer le 29.5.2008. Il l'a semble-t-il constatée sur la base du scanner que j'avais fait le 8.2.2007 et en voyant mon état actuellement. Il n'y a plus de traitement actuellement si ce n'est que je fais tous les jours des exercices à la maison afin de conserver une bonne musculature. Je prends encore parfois des médicaments naturels qui me permettent de dormir la nuit lorsque je suis trop angoissé par rapport à mon état ou lorsque ces tensions me réveillent.

**Caisse-mal. :**

J'ai pratiqué plus ou moins régulièrement du foot, de la natation, du footing et du vélo mais jamais en compétition.

Assurance-maladie G.\_\_\_\_\_ pour les frais de traitement (franchise CHF. 350.-? ) et la [...] pour la perte de gain chez T.\_\_\_\_\_ SA.

(...)."

Le protocole opératoire établi le 29 mai 2008 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, indique ce qui suit :

"RESECTION D'UNE LESION DE LA CORNE POSTERIEURE DU MENISQUE INTERNE DU GENOU GAUCHE

Indication : Douleurs tenaces du compartiment interne du genou gauche après une entorse survenue à l'occasion d'un accident de football le 18.01.2007.

Introduction de l'optique par voie antéro-externe et de l'instrumentation par voie antéro-interne. Examen et intervention d'emblée en phase aqueuse.

**Espace fémoro-patellaire** : Malacie stade I à II régulièrement répartie, muqueuse hyperémique, pas de plica.

**Compartiment interne** : Lésion malacique stade II du condyle, stade I à II du plateau sur le condyle, le cartilage est abrasé selon des lignes longitudinales entraînant une dépression et par endroits un léger décollement du cartilage sans pour autant atteindre la couche profonde. Le ménisque présente une déchirure complexe de toute sa corne postérieure que l'on vient luxer en avant du condyle à l'aide du crochet. Divers rongeurs permettent la résection complète jusqu'à la paroi de la corne postérieure, la résection est prolongée jusqu'au milieu de la partie moyenne. Le reliquat méniscal, soit à peu près la moitié, est encore de bonne tenue.

**Pivot central** : LCA intact, bien visible, se mettant normalement sous tension. LCP recouvert d'un panus, le crochet permet d'en vérifier l'intégrité.

**Compartiment externe** : Bon aspect du cartilage de part et d'autre. Le ménisque paraît "fripé" à sa partie antérieure avec de petites ragades mais il est encore de bonne tenue. Hiatus poplité physiologique.

Rinçage abondant, fermeture des orifices cutanés par points simples. Pansement légèrement compressif."

Dans un rapport médical initial LAA du 30 mai 2008, le Dr H. \_\_\_\_\_, de la Policlinique M. \_\_\_\_\_, a indiqué que le dossier en sa possession relatif au traitement du 17 mars 2008 concernant l'assuré ne faisait mention ni de traumatisme ni d'accident. Ce praticien a également précisé que l'assuré présentait un syndrome lombo-vertébral irritatif avec sciatalgies gauches.

Dans un rapport du 16 juillet 2008, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué notamment ce qui suit :

"Le patient avait déjà subi une entorse de ce même genou le 18.01.2007 ; le ttt avait été conservateur en dépit d'une IRM réalisée le 8.02.2007 qui démontrait déjà une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne.

Nous ne sommes pas au courant d'un accident survenu le 12.03.2008. En revanche, le patient est suivi depuis le 15.01.2008 en raison d'une entorse du genou gauche survenue 3 jours auparavant au travail. Dans un premier temps, le ttt est resté conservateur avec une bonne amélioration, le cas avait été terminé le 30.01.2008.

Le 25.03.2008, le patient se présente à nouveau, sans nouvel accident, mais en se plaignant d'une recrudescence des douleurs dans son genou gauche. A nouveau un ttt conservateur est introduit avec, cette fois, une évolution décevante, le genou restant douloureux, tuméfié avec des signes méniscaux positifs. Au vu de cette évolution défavorable, une intervention chirurgicale a cette fois été réalisée le 29.05.2008. Actuellement l'évolution est favorable, le contrôle du 7.07.2008 montre un genou calme, douloureux uniquement en flexion avec un léger épanchement articulaire. Le tonus musculaire est en voie de récupération. La reprise du travail a été fixée au 14.07.2008."

Dans un avis médical du 26 août 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la Compagnie d'assurance-accidents C.\_\_\_\_\_, et spécialiste en chirurgie, a formulé l'appréciation ci-dessous concernant le cas de l'assuré :

"Ce patient de 45 ans, monteur en ventilation, français, s'est coincé le pied gauche dans un trou de plancher, sur un chantier, le 10.03.2008 [recte : 12.03.2008].

Ce n'est que le soir de cet accident qu'il a ressenti un lâchage du genou gauche, lequel s'est reproduit à plusieurs reprises dans les jours qui ont suivi.

Il n'a consulté les urgences de l'Hôpital U.\_\_\_\_\_, que le 17.03.2008.

Le traitement a été symptomatique.

Le 25.03.2008, le patient s'est adressé à la Permanence de la Clinique A.Z.\_\_\_\_\_, et il a eu de la physiothérapie.

Si l'on se réfère au rapport médical du Dr K.\_\_\_\_\_, du 16.07.2008, il n'a manifestement pas parlé de l'événement du 12.03.2008. En revanche, il était connu pour une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne qui avait déjà été visualisée sur une IRM du 08.02.2007.

Comme son genou restait tuméfié, avec des signes méniscaux positifs, l'indication à une arthroscopie a été retenue. Réalisée le 29.05.2008, elle a retrouvé la lésion méniscale précitée, laquelle a été régularisée.

En résumé, le patient souffre du genou gauche depuis janvier 2007, au moins, et une lésion méniscale interne est connue chez lui depuis

le 08.02.2007. Elle serait consécutive à un accident de football survenu le 18.01.2007, prise en charge par une autre assurance.

En revanche, il n'y a aucun indice concret au dossier qui permette de penser que l'événement du 12.03.2008 ait eu quelque influence que ce soit sur cet état antérieur.

Le traitement médical et l'incapacité de travail dès le 17.03.2008 ne sont donc pas à la charge de la Compagnie d'assurance-accidents C.\_\_\_\_\_."

Par décision du 29 août 2008, la Compagnie d'assurance-accidents C.\_\_\_\_\_ a refusé à l'assuré toute prestation d'assurance pour les motifs exposés dans l'avis médical du Dr M.\_\_\_\_\_.

Par décision sur opposition du 27 novembre 2008, la Compagnie d'assurance-accidents C.\_\_\_\_\_ a déclaré l'opposition formée par N.\_\_\_\_\_ à sa décision du 29 août précédent irrecevable pour le motif que celle-ci n'était pas motivée.

Le 19 mars 2009, le Dr K.\_\_\_\_\_ a transmis le dossier médical de l'assuré au mandataire de celui-ci. Dans sa lettre d'accompagnement, il a expliqué, qu'à l'origine, il s'agissait d'une entorse au genou gauche survenue en janvier 2008 avec une évolution extrêmement difficile caractérisée par des périodes d'accalmies et de rechutes douloureuses. Il a précisé qu'il avait finalement lui-même procédé à une intervention chirurgicale le 29 mai 2008 mais que les suites avaient été décevantes, l'alternance des périodes calmes et de douleurs se poursuivant, prolongeant d'autant les incapacités de travail. Il a reçu l'assuré une dernière fois le 30 octobre 2008, qui lui a appris avoir consulté un confrère, lequel avait mis en évidence un foyer d'ostéochondrite du condyle interne. Le 5 mars 2009, le patient lui avait indiqué qu'il devait être revu le 30 mars suivant à l'Hôpital U.\_\_\_\_\_, qui lui proposait une intervention chirurgicale.

Le 13 juillet 2009, N.\_\_\_\_\_ a effectué une demande de prestations d'invalidité pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), en invoquant une

atteinte à sa santé consécutive à l'accident de travail survenu le 12 mars 2008.

Dans un formulaire de l'OAI intitulé "Renseignements complémentaires pour l'intervention précoce" daté du 5 août 2009, l'assuré a indiqué que le motif de son incapacité de travail était un problème de ménisque et de hernie discale.

Dans le questionnaire pour l'employeur, S. \_\_\_\_\_ SA a indiqué le 25 septembre 2009 que l'assuré avait travaillé à son service du 10 décembre 2007 au 6 février 2008, le contrat de travail ayant pris fin à cette date puisque la mission temporaire de l'assuré était terminée. Cette société a précisé que celui-ci avait travaillé comme aide-serrurier, que l'horaire de travail hebdomadaire dans la société était de 40 heures 50 et que le salaire horaire de l'assuré était de 27 fr. 40, indemnités pour vacances, jours fériés et gratification comprises.

Dans un rapport médical du 4 novembre 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis le 30 octobre 2008. Il a expliqué l'avoir suivi pour les séquelles d'une entorse du genou gauche en date du 15 janvier 2008, mais que par la suite celui-ci avait été pris en charge à l'Hôpital O. \_\_\_\_\_ où il avait, semble-t-il, été opéré.

Par courrier du 5 novembre 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, a écrit à l'OAI en ces termes :

"J'accuse réception de votre questionnaire concernant le patient susmentionné que j'ai pris en charge depuis le 1.4.09 pour avis et traitement d'un status après méniscectomie de son genou gauche et une symptomatologie algique persistante au niveau du compartiment interne de ce genou suite à une chondrite au niveau de la zone de charge du condyle du fémur interne.

Un traitement chirurgical pour le traitement de la lésion du cartilage qui est indiqué, n'a pas, jusqu'à présent, pu être effectué en raison d'un litige entre le patient et la Compagnie d'assurance-accidents C. \_\_\_\_\_ concernant la prise en charge accident.

Cette affaire est en cours de décision entre l'assurance accident et maladie et selon laquelle un traitement efficace du problème pourrait être introduit.

S'agissant d'un état non stabilisé, il est difficile, voire impossible, de poser un pronostic fiable concernant la question de la validité ou l'invalidité du patient qui se pose.

De plus, le patient souffre d'une hernie discale L5-S1 gauche qui est, actuellement, peu symptomatique en l'absence de l'activité professionnelle du patient depuis environ 2 ans, mais qui a beaucoup de chance de récidiver si M. N. \_\_\_\_\_ devait reprendre un travail physique lourd.

Veillez, s'il vous plaît, patienter encore quelques mois en attendant le résultat du traitement ou bien organiser un examen par votre médecin-conseil."

Le 8 décembre 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_ a écrit au conseil de l'assuré en ces termes :

"Suite à notre entretien téléphonique du 18.09.09 au sujet du refus de prise en charge par l'assurance accident (Compagnie d'assurance-accidents C. \_\_\_\_\_) et après étude du dossier de la Compagnie d'assurance-accidents C. \_\_\_\_\_, je pense qu'il est vrai que la lésion du ménisque interne du genou gauche avait été provoquée par la distorsion de ce genou en 2007.

Lors de son arthroscopie, le Dr K. \_\_\_\_\_ avait observé une lésion superficielle au niveau de la zone en charge du condyle interne de ce genou, qui était restée en postopératoire asymptomatique.

La distorsion du 12.03.08, par contre, a pu avoir, à mon avis, un effet d'aggravation décisif dans la genèse des symptômes algiques actuels importants et dans l'évolution de la chondrite au niveau du condyle interne."

Par communication du 11 janvier 2010, l'OAI a informé l'assuré que les conditions pour un placement étaient remplies, ce qui signifiait que, du point de vue de l'AI, il était réadaptable. Une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi seraient dès lors fournis par le service de placement de l'OAI, l'assuré étant prié de lui retourner le formulaire joint dans les 30 jours pour fixer un premier rendez-vous.

Dans un rapport médical du 11 mars 2010, les Drs Z. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant au

Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital U.\_\_\_\_\_, ont indiqué notamment ce qui suit :

**"Rappel anamnestique :**

Chute sur le chantier avec une entorse au niveau du genou gauche en janvier 2007. Le patient a été pris en charge initialement par le Dr K.\_\_\_\_\_ à la Clinique A.Z.\_\_\_\_\_ qui a diagnostiqué une entorse du genou et [une] lésion du ménisque interne gauche. Le Dr K.\_\_\_\_\_ avait effectué une arthroscopie et résection partielle du ménisque interne, mais ce geste n'a que partiellement soulagé le patient qui a gardé des gonalgies et épanchements intermittents, surtout après la charge. Le patient a eu plusieurs consultations dans notre établissement en janvier 2009 où le contrôle radiologique avait déjà mis en évidence une ostéochondrite au niveau du condyle fémoral interne gauche et une intervention de refixation avait été proposée. Pour des raisons asséculo-logiques et personnelles du patient, cette intervention n'a jamais pu être réalisée.

Actuellement, le patient se plaint de gonalgies persistantes, parfois aussi nocturnes, mais surtout diurnes, lors de la marche et d'épanchements articulaires après des efforts. Présence de pseudo-lâchages douloureux et réguliers.

**Status clinique :**

Le patient marche sans boiterie. Le MID est normo-axé, le MIG est en discret varus.

Douleurs à la palpation du compartiment externe et de la rotule gauche. La flexion/extension est de 130/0/0° ddc. Il n'y a pas de laxité dans le plan frontal ni sagittal ddc. Présence d'un discret épanchement articulaire à gauche. Absence de troubles neurovasculaires au niveau des MI ddc.

**RX ce jour (genou gauche face/profil & Schuss ainsi que MI totaux) :**

MIG en discret varus avec un axe de charge passant en plein milieu du plateau tibial interne. Pincement du compartiment fémoro-tibial interne gauche. Lésion loco-typico au niveau de la face interne du condyle interne du fémur gauche. Pas d'autres lésions osseuses visibles.

**IRM du 19.02.2010 :** ostéochondrite disséquante de la surface portante du condyle fémoral interne stade IV à gauche. Chondropathie fémoro-tibiale grade III du compartiment interne. Lésion de la corne antérieure du ménisque externe à gauche.

**Diagnostics retenus :**

Arthrose du compartiment fémoro-tibial interne.  
Ostéochondrite disséquante du condyle fémoral interne gauche.  
Déchirure du ménisque externe gauche.

Troubles dégénératifs dans tout le compartiment du genou gauche avec suspicion d'une lésion ostéocondrale de stade II du versant interne du cartilage rotulien.

**Appréciation du cas :**

Ce relativement jeune patient (47 ans) a développé une gonarthrose du compartiment fémoro-tibial interne gauche suite à une ostéochondrite disséquante évolutive. La majeure partie de la surface articulaire de ce compartiment est détruite, une mosaïque-plastie à ce niveau-là risque de donner des résultats très insatisfaisants. A notre avis, une ablation simple de la souris articulaire ne réglera pas le problème dégénératif du patient. Nous avons proposé à M. N.\_\_\_\_\_ d'effectuer une ostéotomie de valgisation au niveau de son tibia proximal gauche pour décharger le compartiment interne et d'effectuer en même temps une arthroscopie-diagnostique de ce genou pour réaliser une résection partielle du ménisque externe et bilancer les lésions cartilagineuses dans les autres compartiments.

Le patient est très anxieux vis-à-vis d'une telle intervention et souhaite réfléchir. Il va refixer rendez-vous à notre consultation de l'équipe du genou début avril pour rediscuter des avantages et désavantages d'un tel traitement."

Dans un rapport médical non daté mais indexé par l'OAI le 2 août 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a posé comme diagnostics une décompensation arthritique du genou gauche, une ostéochondrite du condyle fémoral interne gauche, un status après méniscectomie partielle interne et une gastrite chronique. Il a indiqué avoir suivi l'assuré du 3 juillet au 1<sup>er</sup> septembre 2009 pour cette dernière problématique mais n'avoir pas pu constater le résultat du traitement IPP, le patient n'étant pas revenu à son cabinet après la consultation du 1<sup>er</sup> septembre 2009. Ce médecin a précisé que son patient présentait probablement des gonalgies résiduelles et des épigastralgies, que l'activité exercée habituellement n'était probablement plus exigible et qu'il convenait de s'adresser à l'Hôpital U.\_\_\_\_\_ en ce qui concernait l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée, lui-même ne pouvant se prononcer puisque ce n'est pas lui qui avait suivi l'assuré pour l'affection orthopédique.

Le 9 août 2010, le Dr X.\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital U.\_\_\_\_\_, a écrit au Dr R.\_\_\_\_\_ en ces termes :

"Le patient susnommé a été revu à notre consultation toujours pour son problème de gonalgies gauche en date du 06.08.2010.

**Diagnostic :**

- **Gonarthrose varisante gauche.**
- **Status après méniscectomie interne gauche en mai 2008.**
- **Suspicion de déchirure méniscale externe.**
- **Chondropathie fémoro-patellaire débutante.**

J'avais vu ce patient déjà début 2009. On lui avait proposé une chirurgie qu'il avait refusée et, de plus, il y avait des difficultés au niveau de la prise en charge financière de cette opération. En attendant, le patient présente toujours des gonalgies mécaniques associées, depuis quelques mois, à des épanchements de son genou gauche. Présence également de pseudo-blocages en absence de lâchage. Il a eu des traitements de physiothérapie intermittents et prend du Brufen en réserve.

Sur le plan socioprofessionnel, depuis son accident de 2007, il n'a jamais vraiment repris le travail. A savoir qu'il était intérimaire travaillant plutôt sur des chantiers, travail qui n'est plus envisageable maintenant. Le cas est annoncé à l'AI mais sans décision jusqu'à ce jour. Sa capacité de travail est estimée à 50 % dans un métier adapté, sans qu'il n'y ait de projet concret à la reprise du travail.

**Cliniquement**, membres inférieurs en varus de 2 TD. Marche sans boiterie. Epanchement +. Signes rotuliens faiblement positifs. Douleurs du compartiment interne mais également sous-rotuliennes. Mobilité 0-0-140°. Genou stable dans le plan frontal. Signes méniscaux négatifs. Palpation du compartiment interne douloureuse. Lachman et tiroir postérieur négatifs. Hanche libre et indolore. Absence de trouble neurovasculaire.

**Le bilan radiologique** montre un pincement stade II au niveau fémoro-tibial interne et un début d'ostéophytose. Varus. Il a eu une **IRM** en janvier 2010 dont je ne dispose pas des images qui, selon mon collègue le Dr Z.\_\_\_\_\_, montrent une ostéochondrite disséquante. Intéressamment, **le CT** effectué en même temps ne montre pas de fragment libre. Je pense qu'il s'agit donc plutôt d'une chondropathie avec une réaction sous-condrale. Il est clair que tout geste arthroscopique est vain chez ce patient présentant une gonarthrose interne. Le traitement approprié serait une ostéotomie de valgisation d'ouverture interne. Arthroscopie par la même occasion pour traiter la lésion ostéochondrale.

Le patient reste toujours extrêmement angoissé vis-à-vis d'une telle intervention. Il réfléchira. En attendant, physiothérapie, semelles valgissantes, antalgie en réserve. Rendez-vous dans 6 semaines."

Par courrier du 10 août 2010, l'assuré a requis de l'OAI qu'il appuie sa démarche pour l'obtention d'un permis de conduire de taxi et exposé que, pour ce faire, il avait besoin d'une aide financière ou d'une

prise en charge dans le cadre d'une "formation adaptée assurance-invalidité".

Le 13 août 2010, l'assuré a été examiné par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR). Dans son rapport médical du 13 septembre 2010, ce spécialiste a notamment indiqué ce qui suit :

### **"ANAMNESE**

(...)

#### **Antécédents personnels**

L'assuré évoque un 1<sup>er</sup> traumatisme du genou dans le cadre de la pratique du football à titre amateur en 2007, avec contusion du genou et entorse à l'origine de gonalgies, répondant favorablement au traitement conservateur.

Lombosciatalgies G avec dysesthésie et phénomène de décharges électriques dans le membre inférieur G évoluant depuis les années 2000-2001.

Entorse du genou G survenue au mois de mars 2008.

Status après arthroscopie et ablation partielle du ménisque interne G au mois de mai 2008.

#### **Anamnèse actuelle**

L'assuré déclare des douleurs mécaniques au niveau du rachis lombaire, avec irradiation au niveau du membre inférieur G, accompagnées de phénomènes de décharges électriques et picotements. Il signale aussi des phénomènes de faiblesse avec lâchage de tout le membre inférieur G. Cette symptomatologie évolue depuis 2000-2001, elle n'a pas de facteur favorisant particulier, hormis l'activité à forte charge physique habituellement exercée par l'assuré. Lors de la survenue de cette symptomatologie en 2001, une IRM lombaire est réalisée, celle-ci met en évidence une volumineuse hernie discale L5-S1 paramédiane G, partiellement luxée vers le bas, réduisant fortement le diamètre du canal rachidien.

Actuellement, l'assuré décrit des douleurs de type mécanique, exacerbées par le port de charges, les positions statiques prolongées, les activités en torsion, porte-à-faux du tronc, contre résistance. Il évoque aussi des phénomènes de blocage lombaire pouvant survenir à la suite de faux mouvements et une exacerbation de la douleur lors des changements de position assis-debout avec sentiment de coups de couteaux au niveau de la jonction lombosacrée.

En 2<sup>ème</sup> position, l'assuré déclare des gonalgies G ayant débuté à la suite d'un traumatisme du genou en 2007, lors d'un match de foot (contusion, entorse) avec mise en évidence à l'époque, à l'IRM, d'une déchirure au niveau de la corne postérieure du ménisque interne. L'assuré bénéficie d'un traitement conservateur avec disparition progressive de la symptomatologie. A la suite d'un nouvel accident cette fois-ci de travail, avec mouvement d'entorse du genou survenu le 10.03.08 [recte : 12.03.08], l'assuré déclare une exacerbation des douleurs du genou avec apparition d'une tuméfaction. En raison de l'absence d'évolution favorable sous traitement conservateur, un traitement chirurgical sous forme d'arthroscopie avec résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne est réalisée le 29.09.08 [recte : 29.05.08]. A la suite de cette intervention chirurgicale, l'assuré signale la persistance de gonalgies qui actuellement sont décrites comme mécaniques. L'assuré déclare des douleurs du genou lors de la marche, de la position en genuflexion ou tout mouvement mettant sous tension l'articulation du genou. La position assise est décrite comme non douloureuse en ce qui concerne le genou.

En dernier lieu, l'assuré déclare l'installation progressive d'un sentiment d'anxiété avec phénomène de palpitation, oppression thoracique et gêne respiratoire survenant essentiellement la nuit, à l'origine de réveils. Cette symptomatologie peut survenir jusqu'à 2 ou 3x/mois selon l'anamnèse fournie.

(...)

### **Vie quotidienne et contexte psychosocial**

L'assuré déclare se lever entre 8h et 10h en fonction de l'heure à laquelle il s'est couché la veille. La matinée est occupée à prendre le petit-déjeuner, faire sa toilette et regarder la télévision. Le repas de midi est pris habituellement entre 15h et 16h, il est préparé par son épouse. L'après-midi est consacré à réaliser des promenades, retrouver des amis au café, effectuer des courses en compagnie de son épouse si nécessaire, s'occuper de différentes activités administratives en fonction du besoin. Le repas du soir est pris entre 21h et 24h, la soirée se passe couchée sur le canapé à regarder la télévision. L'assuré déclare se coucher entre 2h et 4h du matin.

L'assuré ne bénéficie pas d'un permis de conduire, il déclare avoir essayé de passer l'examen théorique en 2003, auquel il a échoué. A signaler que l'assuré nous a déclaré avoir fait une demande auprès de l'Al en vue de l'obtention d'une aide financière pour obtenir son permis de conduire pour réaliser une activité en tant que chauffeur de taxi à 50 %.

Les différentes activités ménagères sont toutes assumées par l'épouse de l'assuré.

Le dernier voyage en Algérie s'est effectué au mois de juillet 2009, en avion.

## **Anamnèse psychosociale et psychiatrique**

Pas d'antécédent de prise en charge psychiatrique en milieu institutionnel ou ambulatoire. L'assuré se déclare actuellement nerveux, anxieux, il présente des phénomènes d'attaques de panique (gêne respiratoire, oppression thoracique, palpitations survenant essentiellement la nuit jusqu'à 3x/mois). Sur le plan social, l'assuré déclare une interaction satisfaisante avec contacts réguliers entre amis, sorties, rencontres d'amis dans différents établissements publics, contacts avec sa famille en Algérie.

(...)

## **DIAGNOSTICS**

### **- avec répercussion durable sur la capacité de travail**

- O GONARTHROSE POST-TRAUMATIQUE (M17.3).
  - OSTÉOCHONDRITE DISSÉQUENTE DU CONDYLE FÉMORAL INTERNE G.
  - DÉCHIRURE DU MÉNISQUE EXTERNE G.
  - STATUS APRÈS RÉSECTION DE LA CORNE POSTÉRIEURE DU MÉNISQUE INTERNE.
  - CHONDROPATHIE FÉMOROPATELLAIRE DE GRADE II A III DU VERSANT INTERNE DU CARTILAGE ROTULIEN.
- O LOMBOSCIATALGIES G SEQUELLAIRES (M54.4).
  - VOLUMINEUSE HERNIE DISCALE L5-S1 PARTIELLEMENT LUXÉE VERS LE BAS À L'IRM DE 2001.
  - AMYOTROPHIE D'ETHIOLOGIE MIXTE DU QUADRICEPS G.
  - TROUBLES STATIQUES DU RACHIS DORSOLOMBAIRE.

### **- sans répercussion sur la capacité de travail**

- O TENDANCE A L'ACCENTUATION DES PLAINTES  
(PRÉSENCE DE SIGNES DE NON-ORGANICITE SELON WADDEL ET KÜMMEL)

## **APPRÉCIATION DU CAS**

Assuré âgé de 47 ans, d'origine algérienne, sans formation professionnelle particulière, exerçant des activités en tant que manoeuvre non qualifié sur chantier (travail temporaire), déposant une demande de prestations AI en vue de l'obtention de moyens financiers pour passer le permis de conduire et exercer l'activité de chauffeur de taxi à raison de 50 %. Une incapacité de travail à 100 % évolue depuis le mois de mars 2008, en raison de gonalgies G chroniques en relation avec une gonarthrose post-traumatique. Associées à la pathologie du genou G, l'assuré présente des lombosciatalgies G chroniques, évoluant depuis 2000-2001, avec mise en évidence, aux examens complémentaires réalisés en 2001 d'une volumineuse hernie discale médiane-paramédiane G partiellement luxée vers le bas comblant le canal rachidien.

A l'examen clinique au SMR, nous nous trouvons en présence d'un assuré qui ne présente pas de signe d'épargne, de signe algique spontané. La démarche spontanée est fluide, sans boiterie ou signe d'épargne particulier. Lors de l'examen des amplitudes articulaires, l'assuré présente une attitude oppositionnelle avec une diminution de la mobilité du rachis lombaire, caractérisée par une distance

doigts-sol de 40 cm pour une distance doigts-orteils en position assise de 20 cm. L'assuré présente un déconditionnement musculaire global associé à des réfractions musculotendineuses au dépend des ischio-jambiers avec un déconditionnement de la musculature posturale. L'assuré présente par ailleurs une tuméfaction du genou G avec un épanchement intra-articulaire, une diminution de la mobilité en flexion du genou G par rapport au genou D, accompagnées de plaintes algiques spontanées et lors de la palpation. Le reste de l'examen ostéoarticulaire est sp, hormis une légère diminution de la mobilité au niveau de l'articulation scapulo-humérale G et la présence de signes de non-organicité selon Waddel et Kümmel.

La documentation radiologique actuelle met en évidence une gonarthrose sévère à G, au vu de l'âge de l'assuré, sur un status après résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne avec une ostéochondrite disséquante du condyle fémoral interne G et une déchirure du ménisque externe G et des troubles dégénératifs dans tous les compartiments du genou G avec lésion ostéochondrale de stade II au niveau du versant interne du cartilage rotulien.

L'examen sur le plan neurologique met en évidence une amyotrophie au dépend du quadriceps G par rapport à la D, vraisemblablement en relation avec la gonalgie chronique présentée par l'assuré et le status post-opératoire. A signaler l'absence d'autres troubles neurologiques objectifs. L'assuré décrit une hypo-hyperesthésie diffuse touchant tout le membre inférieur G, accompagnée de phénomènes dysesthésiques en situation de charges ou de porte-à-faux. A signaler, par ailleurs, l'absence de documentation radiologique récente par rapport au rachis lombaire.

En conclusion, cet assuré, âgé de 47 ans, présente un trouble dégénératif avancé du genou G post-traumatique, en relation avec un premier traumatisme, entorse du genou survenu en 2007 puis en 2008. En deuxième lieu, l'assuré présente des lombosciatalgies G chroniques sur trouble statique dégénératif avec mise en évidence, à l'IRM de 2001, d'une volumineuse hernie L5-S1 paramédiane G luxée vers le bas, induisant un canal rachidien étroit. Au vu des atteintes à la santé objectivées sur le plan ostéoarticulaire, les activités antérieures de l'assuré (manoeuvre sur chantier, monteur en ventilation, ouvrier agricole dans son pays natal ou employé de commune) ne peuvent plus être exercées. Toutes ces activités sont à forte charge physique et sont interdites au vu de l'état ostéoarticulaire présenté par l'assuré.

Toute activité, qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles, est théoriquement possible à un taux de 100 %. Une diminution de rendement de 20% est retenue, en raison de la contradiction des limitations fonctionnelles retenues, associée à l'atteinte ostéoarticulaire multiple présentée par l'assuré.

La pathologie dégénérative du genou G présentée par cet assuré est considérée comme non stabilisée avec une dégradation rapide. Un traitement chirurgical a été proposé en début d'année au CHUV. L'assuré a refusé cette prise en charge.

### **Limitations fonctionnelles**

Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, occasionnelle au-delà de 7,5 kg. Pas de montée/descente d'escaliers, pas d'activité en hauteur, pas de position en genuflexion ou accroupie de façon formelle. Pas de position statique assise prolongée au-delà de 3/4 d'heure, sans possibilité de varier les positions assise-debout au minimum 1x/heure, de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance. Pas de position statique debout immobile de type piétinement, diminution du périmètre de marche à environ 1/2 heure à 3/4 d'heure.

### **Depuis quand y a une incapacité de travail de 20 % au moins?**

Sur la base de l'anamnèse fournie par l'assuré et les documents mis à disposition au dossier médical, une incapacité de travail évolue depuis le mois de mars 2008 (17.03.08, date de sa consultation en urgence au CHUV).

### **Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?**

Elle est restée inchangée en ce qui concerne ses activités habituelles antérieures à forte charge physique (incapacité de travail totale et définitive). Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100 % avec une diminution de rendement de 20 %. Cette capacité de travail doit être traduite en termes de métier par le service de réadaptation. Une telle capacité de travail est raisonnablement exigible au plus tard 3 mois après l'arthroscopie réalisée fin mai 2008.

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 80 % DEPUIS LE : SEPTEMBRE 2008"

Dans un avis médical du 29 octobre 2010, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a résumé les conclusions résultant de l'examen rhumatologique de l'assuré par le SMR comme suit :

"L'examen rhumatologique SMR met en évidence une gonarthrose post-traumatique avec une ostéochondrite disséquante du condyle fémoral interne gauche, une déchirure du ménisque externe gauche, un status après résection de la corne postérieure du ménisque interne et une chondropathie fémoro-patellaire de grade II à III du versant interne du cartilage rotulien. S'associent à ce problème des lombosciatalgies gauches séquellaires en relation avec des troubles dégénératifs du rachis, dont une volumineuse hernie discale L5-S1, qui était partiellement luxée vers le bas à l'IRM en 2001. Il existe une amyotrophie d'étiologie mixte du quadriceps gauche et des troubles statiques du rachis dorsolombaire étagés.

Dans ce contexte, l'activité de manœuvre n'est plus exigible depuis le mois de mars 2008, date de la consultation de l'assuré en urgence à l'Hôpital U.\_\_\_\_\_.

Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, l'exigibilité est de 80 % depuis septembre 2008."

Le rapport final, daté du 15 novembre 2010, indique notamment que l'OAI a procédé au calcul de l'éventuel préjudice économique subi par l'assuré du fait de son état de santé et que, pour l'année 2009, le revenu sans invalidité se montait à 52'856 fr. (selon rapport de l'employeur du 25 novembre 2009) et le revenu avec invalidité à 49'108 fr. 60. Il est précisé qu'une aide au placement sous la forme de l'art. 18 LAI a déjà été octroyée le 11 janvier 2010 et, qu'au vu du préjudice économique elle est maintenue.

Par projet de décision du 16 novembre 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser toute rente d'invalidité en considérant notamment ce qui suit :

**"Résultat de nos constatations :**

Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de manoeuvre sur les chantiers du bâtiment.

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

Vous avez notamment été convoqué par le Service médical régional le 13 août 2010 en vue d'un examen clinique rhumatologique du fait que les renseignements médicaux en notre possession n'étaient pas suffisants pour se déterminer.

Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous présentez une incapacité de travail et de gain entière dans votre activité habituelle.

Toutefois, à partir du mois de septembre 2008, vous présentez une capacité de travail de 80% dans une activité qui soit adaptée à vos limitations fonctionnelles, lesquelles sont les suivantes : pas de port de charges supérieur à 5kg de façon répétitive, pas de montée et descente d'escaliers, pas d'activité en hauteur ou sur échelle, pas de position en genuflexion ou accroupie de façon formelle, pas de position statique assise prolongée au-delà de 3/4 d'heure sans possibilité de varier les positions assise/debout au minimum 1x par heure, de préférence à la guise de l'assuré, pas de position en porte-à-faux du rachis en antéflexion ou contre résistance, pas de position statique debout immobile de type piétinement, diminution du périmètre de marche à 1/2 heure.

Dès lors, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4806.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p. 90 tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5010.26 (CHF 4806.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 60123.06.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2.10 % ; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61385.64 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 80 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 49108.52 par année.

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 49108.52.

#### **Comparaison des revenus :**

sans invalidité	CHF	52'856.00			
avec invalidité	CHF	49'108.50			
La perte de gain s'élève à	CHF	3'747.50	=	un	degré
d'invalidité de 7 %					

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

#### **Notre décision est par conséquent la suivante :**

La demande est rejetée."

Dans une note interne du 26 novembre 2010, un collaborateur de l'OAI en charge de la réadaptation a écrit qu'au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré, une activité professionnelle de type sédentaire

ou semi-sédentaire dans le domaine de l'industriel léger était possible, la variété des offres dans ce domaine étant vaste.

Par décision du 17 janvier 2011, l'OAI a confirmé dans son intégralité son projet du 16 novembre 2010.

**B.** Par acte du 10 février 2011, N.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil a interjeté recours contre cette décision concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente pleine et entière de l'assurance-invalidité depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008. A l'appui de sa position, le recourant a estimé pour l'essentiel que, n'étant pas un intellectuel ni un administratif, l'OAI serait bien en peine de trouver une quelconque tâche professionnelle permettant de répondre aux limitations fonctionnelles reconnues par cet office. Ainsi, le recourant a-t-il estimé qu'il s'agissait d'une vue de l'esprit que d'imaginer qu'il soit à même de retrouver un travail normalement rémunéré et qu'avec un minimum de bon sens, l'autorité intimée aurait dû admettre qu'il était dans l'incapacité d'assumer une quelconque activité professionnelle "dans ses cordes". Le recourant a également sollicité d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par réponse du 15 mars 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours et a précisé que selon le conseiller en réadaptation en charge du dossier du recourant (communication interne établie le 26 novembre 2010), ce dernier pourrait notamment exercer une activité professionnelle de type sédentaire ou semi-sédentaire dans le domaine de l'industrie légère, la variété des offres dans ce domaine étant vaste. De plus, au regard du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services, l'OAI a estimé qu'on devait convenir qu'un nombre significatif de ces activités étaient adaptées au handicap du recourant.

Par réplique du 8 juin 2011, le recourant a déclaré qu'en fonction de sa problématique de santé et de son absence de formation professionnelle, le seul emploi qu'il pourrait envisager serait soit celui de chauffeur de taxi, soit chauffeur de mini-bus pour conduire des enfants à

l'école ou les en ramener. Le recourant a ainsi requis que l'OAI soit interpellé pour savoir si cet organisme serait d'accord d'assumer le coût des cours qu'il devrait suivre (tant théorique que pratique) en vue d'obtenir un permis de conduire suisse catégorie légère, avec comme finalité l'utilisation de cet instrument pour gagner sa vie comme chauffeur soit de taxi, soit de fourgon léger.

Par duplique du 15 août 2011, l'OAI a écrit ce qui suit :

"L'assuré estime que le seul emploi qu'il pourrait envisager serait celui de chauffeur de taxi ou d'un minibus, compte tenu de sa problématique de santé et de son absence de formation professionnelle, et souhaite ainsi savoir si l'Office AI serait d'accord d'assumer le coût des cours afin d'obtenir un permis de conduire suisse catégorie légère.

A cet égard, nous constatons que la décision litigieuse porte uniquement sur le droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, il ressort de cette décision que le préjudice économique subi par le recourant est seulement de 7%, soit inférieur à 20% (le droit au reclassement existe si, compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable est de 20% au moins). Selon une communication interne établie le 26 novembre 2010 par un conseiller en réadaptation, l'assuré pourrait notamment exercer une activité professionnelle de type sédentaire ou semi-sédentaire dans le domaine de l'industrie légère (la variété des offres dans ce domaine est vaste)."

Par courrier du 12 octobre 2011, l'OAI a adressé à la Cour de céans 4 pièces complémentaires au dossier, à savoir deux rapports médicaux des 9 et 25 août 2011 établis par le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin associé au service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital U.\_\_\_\_\_, ainsi que deux avis médicaux du SMR y relatifs, des 22 août et 4 octobre 2011, établis par le Dr G.\_\_\_\_\_.

Il ressort du rapport médical du Dr X.\_\_\_\_\_ du 9 août 2011 notamment ce qui suit :

**"Diagnostics - Antécédents - Interventions**

- Gonarthrose interne varisante à gauche
- Status post méniscectomie interne gauche en 2008
- Ostéochondrite du condyle fémoral interne connue

**Anamnèse**

J'ai vu ce patient à plusieurs reprises pour ses gonalgies gauches. Il consulte en urgence ce jour car, il y a trois jours, après avoir ramassé des jouets par terre pendant une heure, son genou a regonflé, sans notion de traumatisme. Douleurs assez aiguës. Il se plaignait de gonalgies internes ses derniers temps, mais qui étaient tout à fait compatibles avec sa vie familiale, vu qu'il n'a pas de travail. Sa situation socio-professionnelle reste toujours difficile. Il est à la charge des services sociaux et sa femme travaille à 20 %. Ils ont une petite fille. Le patient n'a pas de projets professionnels et l'Al a seulement décrété qu'il ne pouvait plus travailler dans le bâtiment alors qu'aucune mesure de recyclage n'est en route chez ce patient peu actif spontanément.

### **Status**

Volumineux épanchement. Douleurs diffuses du genou, maximales au niveau du compartiment interne. Mobilité à 0-0-110°. Le genou est stable dans les deux plans. Signes méniscaux non spécifiques. Bonne fonction musculaire. Absence de troubles neurovasculaires.

Le bilan radiologique standard montre un pincement fémoro-tibial interne complet, progressif depuis la dernière radio de 2010, avec une ostéophytose modérée. L'articulation fémoro-tibiale externe et fémoro-patellaire paraissent conservées. Image d'ostéochondrite sur le profil au niveau du condyle interne quasi inchangée par rapport à la dernière radio. Je n'observe pas de corps libre. Radio dense."

Quant au second rapport de ce médecin du 25 août 2011, il en ressort notamment les passages suivants :

### **Diagnostics - Antécédents - Interventions**

- Gonarthrose tricompartmentale à prédominance fémoro-tibiale interne et fémoro patellaire à gauche
- Status post ostéochondrite du condyle fémoral interne gauche
- Status post méniscectomie interne le 29.05.2008

### **Anamnèse**

J'avais vu ce patient il y a une semaine pour une hydarthrose aigue de son genou gauche suite à une activité à genoux à la maison quelques jours auparavant. Pour rappel, j'avais traité ce patient pour une ostéochondrite du condyle fémoral interne gauche, pour laquelle j'avais proposé une ostéotomie de valgisation, mais le patient était hésitant par rapport à cette opération.

La nouvelle IRM du 10.08.2011 ne montre pas de corps libres. Gonarthrose fémoro-tibiale interne de stade III à IV. Gonarthrose fémoro-patellaire sur les deux facettes rotuliennes de stade II à III, avec des lésions allant jusqu'à l'os sous-chondral. Du côté externe, chondropathie plutôt sous-méniscale externe. Déchirure dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne. Ligaments intacts.

(...)"

Quant aux avis médicaux du Dr G. \_\_\_\_\_ des 22 août et 4 octobre 2011, relatifs aux rapports du Dr X. \_\_\_\_\_, ils concluent tous les deux à l'absence de faits nouveaux et au maintien de la position du SMR.

**C.** Par décision du 14 février 2011, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 février 2011 pour l'exonération d'avances et des frais judiciaires ainsi que pour l'assistance d'un avocat d'office, en la personne de Me Jean-Pierre Bloch.

Par courrier du 2 juillet 2011, le conseil du recourant a fait parvenir à la Cour de céans sa liste d'opérations pour un total de 11 heures et des débours globaux de 100 fr.

### **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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; 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 et 58 LPGA, 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.

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 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; 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).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2.** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**3.** En l'occurrence, le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était fondé à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité au recourant.

**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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur 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 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). Lorsque sont présentes simultanément des atteintes sur les plans somatiques et psychiques, le taux d'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition ou de la moyenne de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (Meine, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in : L'expertise médicale, Genève 2002, pp. 23 ss ; Paychère, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, in : L'expertise médicale, Genève 2002, p. 147 ; TF 9C\_460/2010 du 16 décembre 2010, consid. 2.1, 9C\_87/2008 du 9 octobre 2008, consid. 3 ; TFA I 131/2003 du 22 mars 2004, consid. 2.3).

**c)** 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,

en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 125 V 351 consid. 3a, 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En outre, en matière d'assurances sociales, s'agissant de l'appréciation des renseignements d'ordre médical, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par les experts et/ou substituer son avis à celui exprimé par ces spécialistes dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances particulières au service de la justice pour qualifier un état de fait déterminé (VSI 2000 p. 152 et les références citées).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour 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 ; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

**d)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine, 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

**4. a)** La comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA s'effectue, en principe, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343, consid. 3.4 et 128 V 29, consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008, consid. 2.1). Ainsi, le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1 ; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1 ; TF I 1034/06 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible (cf. TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010) et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé (soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible),

le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472, consid. 4.2.1 ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323, consid. 3b/bb ; TF I 7/06 du 12 janvier 2007, consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182).

Toutefois, selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; cf. Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ASTG], in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème édition, Bâle 2007, ch. 25 p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa). A cet égard, il convient de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelle dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75, consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge et il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 126 V 75, consid. 5b/bb). Par ailleurs, la déduction globale maximale est limitée à 25% du revenu statistique (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc).

En outre, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (TF 9C\_393/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.4 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.1 et les arrêts cités), lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références citées, in : VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991, consid. 3b, in : RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/88 du 25 janvier 1989, consid. 4a, in : RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, in : VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse – la jurisprudence admettant que tel est le cas à partir

d'un âge de 60 ans pour un homme, soit 5 ans avant l'ouverture de son droit à une rente de vieillesse (cf. TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.2 et la référence citée), il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références citées).

**b)** 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.

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références citées).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. L'appréciation de l'équivalence doit reposer sur une comparaison entre les possibilités de gain offertes par la profession initiale et celles que permet d'entrevoir la

nouvelle profession ou une activité que la personne assurée doit raisonnablement pouvoir exercer sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPGA ; ATF 124 V 108 consid. 2a p. 109). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références citées).

**c)** Selon le ch. 4026 de la Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (CMRP), si une personne assurée choisit, sans nécessité liée à l'invalidité, une formation qui dépasse le cadre d'équivalence, l'AI peut lui octroyer une contribution correspondant à celle que devrait supporter l'AI dans le cas d'une mesure de reclassement équivalente (VSI 2002 p. 108).

**5. a)** En l'espèce, le recourant soutient en premier lieu et en substance que l'octroi d'une rente d'invalidité pleine et entière s'impose dans son cas dans la mesure où ses limitations fonctionnelles et son manque de formation rendent irréalistes ses possibilités de trouver un emploi correspondant, ce dont l'OAI n'a pas tenu compte. Dans un second temps, il requiert de l'OAI qu'il prenne en charge une formation théorique et pratique afin d'obtenir un permis de conduire suisse en catégorie légère et pouvoir exercer soit l'activité de chauffeur de taxi, soit celle de chauffeur de minibus, à savoir des activités qui, à ses yeux, sont les seules qu'il soit en mesure d'accomplir.

Il convient dès lors d'examiner en premier lieu si l'incapacité de travail du recourant a été correctement évaluée par l'OAI.

**b)** Sur le plan psychiatrique, on relèvera d'emblée qu'aucune pathologie n'a été diagnostiquée chez le recourant de sorte qu'il n'est pas nécessaire de pousser l'examen plus avant sur cette question.

**c)** Sur le plan somatique, l'appréciation de la capacité de travail du recourant faite par l'OAI repose essentiellement sur le rapport d'examen rhumatologique établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, du SMR, le 13 septembre 2010. Il résulte en particulier de ce rapport que le recourant n'est plus à même d'exercer son activité habituelle mais qu'en revanche, dans une activité répondant à ses limitations fonctionnelles, une capacité de travail de 80% est encore exigible.

En soit, on relèvera que le recourant ne conteste pas le pourcentage d'incapacité de travail retenu par le SMR ni les diagnostics posés. Toutefois, même si tel devait être le cas, la Cour de céans constate après analyse que le rapport du SMR se fonde sur des examens complets, qu'il prend en considération les plaintes du recourant, qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier de ce dernier, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont bien motivées. A ce titre, ce rapport emporte la conviction de la Cour de céans qui lui reconnaît une pleine valeur probante. Par surabondance, on relèvera qu'en définitive, aucun autre rapport ou avis médical ressortant du dossier ne vient remettre en cause sur le fond les diagnostics posés et les constatations médicales faites par le SMR. Il y a donc lieu de retenir que sur le plan médical, le recourant dispose d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée.

**d)** Dans sa décision du 17 janvier 2011, l'OAI a déterminé que le taux d'invalidité du recourant était de 7%. Cet office arrive à ce résultat en tenant compte notamment du fait que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle depuis 2008 - ce que ce dernier ne conteste pas - et qu'il y a donc lieu de se référer aux données statistiques pour estimer son revenu d'invalidité, ce qui est conforme à la jurisprudence et ne porte

pas flan à la critique (cf. notamment ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Quant au calcul effectué par l'OAI, consistant à comparer les revenus du recourant sans et avec invalidité, il s'avère exact et fondé. En conséquence, la Cour de céans estime que sur ce point, la décision de l'OAI ne saurait être remise en cause.

**e)** S'agissant de la question de savoir si l'OAI aurait dû considérer comme irréaliste pour le recourant de retrouver un emploi au regard de ses limitations fonctionnelles et de son manque de formation, on rappellera que, selon la jurisprudence, on ne peut parler d'une activité exigible, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991, consid. 3b, in : RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/88 du 25 janvier 1989, consid. 4a, in : RCC 1989 p. 328).

En l'espèce, il ressort du rapport rhumatologique du SMR du 13 septembre 2010 que le recourant présente plusieurs limitations fonctionnelles, à savoir : pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, occasionnelle au-delà de 7,5 kg, pas de montée/descente d'escaliers, pas d'activité en hauteur, pas de position en genuflexion ou accroupie de façon formelle, pas de position statique assise prolongée au-delà de 3/4 d'heure, sans possibilité de varier les positions assise-debout au minimum 1x/heure, de préférence à la guise de l'assuré, pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance et pas de position statique debout immobile de type piétinement, diminution du périmètre de marche à environ 1/2 heure à 3/4 d'heure.

Au regard de ces limitations et de son manque de formation, le recourant soutient qu'il lui est impossible de retrouver un emploi. La Cour de céans ne saurait toutefois le suivre dans son argumentation. Il ressort en premier lieu du dossier que le recourant, né en 1963, était dans sa 48<sup>ème</sup> année au moment de la décision litigieuse du 17 janvier 2011. Son

âge n'est ainsi pas un frein à une réinsertion professionnelle. En outre, selon le conseiller en réadaptation de l'OAI (note interne du 26 novembre 2010), le recourant pourrait notamment exercer une activité professionnelle de type sédentaire ou semi-sédentaire dans le domaine de l'industrie légère. Ce conseiller estime que la variété des offres dans ce domaine est vaste. Il n'y a pas lieu pour la Cour de céans de s'écarter de cette appréciation. Il sied en outre de remarquer que, pour la plupart, ces offres ne nécessitent pas de formation complémentaire ou particulière. D'ailleurs, on remarquera que par le passé, le recourant a su en permanence s'adapter à ses différents emplois temporaires, malgré son manque de formation. Enfin, sur le plan médical, il est admis que le recourant dispose d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Dans ces conditions, la Cour de céans est d'avis qu'il convient de suivre la position de l'OAI et de considérer qu'il n'est pas irréaliste pour le recourant de retrouver un emploi sur le marché du travail qui soit compatible avec ses limitations fonctionnelles et son niveau de formation.

**f)** S'agissant de la requête du recourant tendant à ce que l'OAI prenne en charge ses frais de formation de chauffeur, la Cour de céans relève que cette question n'a pas été tranchée par la décision litigieuse. Toutefois, même si tel avait été le cas, force aurait été de constater que le recourant n'aurait pas eu droit à une aide au reclassement dans la mesure où son préjudice économique s'avère être de seulement 7%, soit un pourcentage très en dessous de la limite de 20% fixée par la jurisprudence en la matière. A cet égard, c'est donc à juste titre que l'OAI n'est pas entré en matière sur cette requête dans le cadre de la présente procédure.

**6. a)** En définitive, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** 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. 1bis LAI). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires

sont supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD. En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

En conséquence, les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement à la charge du canton.

**c)** Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant qui succombe (art. 61 let. g LPGA).

**d)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Pierre Bloch (art. 118 al. 1 let. a et c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. En l'espèce, la conseil du recourant a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 11 heures de prestations d'avocat, rémunérées à un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]), ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 1'980 fr. Par ailleurs, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 II 1 ; TF 6B\_102/2009 du 14 avril 2009 consid. 2), soit en l'espèce 100 fr. L'indemnité d'office du conseil du recourant s'élève ainsi à 2'080 fr

augmentée de la TVA (8%), soit 2'246.40 en tout, que l'on arrondira à 2'246 fr.

**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 17 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Pierre Bloch, conseil du recourant, est arrêtée à 2'246 fr. (deux mille deux cent quarante-six francs).
  
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
  
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Jean-Pierre Bloch, avocat (pour N. \_\_\_\_\_),
- 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 :