

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 novembre 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Rossier et M. Berthoud
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

N._____, à Vevey, recourant,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 17 LPGA, 17, 28, 28a, 29 LAI, 88a RAI

E n f a i t

A. N._____, né en 1974, était employé à plein temps par la société Y._____, à [...], en qualité d'étancheur depuis le 1^{er} octobre 2000. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA). Alors qu'il travaillait à 50% en raison des suites d'une opération de la main gauche (ablation d'un kyste), il a eu un accident de chantier le 19 avril 2004, se blessant au genou droit. En incapacité totale de travail dès le 23 avril 2004, son salaire de 2005 aurait été de 4'815 fr. 65 brut, payable treize fois l'an.

Le 12 mai 2004, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a opéré le genou droit de l'assuré par arthroscopie, procédant à une résection de la corne postérieure du ménisque interne et des restes du ligament croisé antérieur après déchirure proximale. Le 28 août 2004, il a effectué une plastie du ligament croisé antérieur associée à une ostéotomie de valgisation du tibia.

L'intéressé a séjourné à la Clinique H._____ (ci-après : H._____), à [...] du 14 septembre au 13 octobre 2004, ainsi que du 5 avril au 24 mai 2005. Dans leur rapport du 7 juin 2005, les Drs M._____ et V._____, respectivement spécialiste en médecine physique et réhabilitation et chirurgie orthopédique pour l'un et médecin-assistant pour l'autre, ont considéré que des mesures de réorientation professionnelle apparaissaient prématurées. Ils ont proposé que le patient puisse d'abord bénéficier d'un mois supplémentaire de physiothérapie ambulatoire, puis que le médecin traitant et le chirurgien orthopédique évaluent une reprise complète, voire à 50%, du travail à but thérapeutique dans l'ancien poste d'étancheur. Si cette reprise devait être un échec, une autre activité à plein temps, moins lourde et moins contraignante pour les genoux, pourrait être indiquée. En vue de cette éventuelle nécessité de changement d'activité, ils encourageaient l'assuré à déposer une

demande de mesures de reclassement professionnel à l'assurance-invalidité.

Le 6 juin 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans un rapport du 19 juillet 2005, le Dr D. _____ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de status après rupture du ligament croisé antérieur et déchirure du ménisque interne du genou droit, status après plastie du ligament croisé antérieur, méniscectomie interne et ostéotomie de valgisation du tibia proximal. Il a considéré que son patient ne pouvait pas travailler en positions à genoux et accroupie et qu'il ne pouvait lever, porter ou déplacer des charges de plus de 30 kg. Partant, l'exercice de la profession d'étancheur n'était plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée (par exemple celle de magasinier), soit sans station agenouillée prolongée ni port de charges sur plus de quelques mètres, l'intéressé serait en mesure travailler huit à neuf heures par jour sans diminution de rendement.

Au terme d'un examen final du 13 octobre 2005, le Dr G. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que, malgré une bonne récupération de la fonction musculaire et de la stabilité du genou, la reprise d'une activité d'étancheur était difficilement envisageable en raison d'une chondropathie fémorale interne débutante qui pourrait s'aggraver par une activité physique trop contraignante. Sur le plan subjectif, l'évolution était beaucoup moins favorable, l'intéressé souffrant de douleurs persistantes, accentuées par l'effort physique, d'une impossibilité à s'accroupir et d'une limitation dans ses déplacements. Dans ces conditions, le médecin d'arrondissement a estimé qu'un reclassement professionnel par l'assurance-invalidité était souhaitable au plus vite dans une activité à plein temps, ne nécessitant pas le port de lourdes charges et occasionnant peu de déplacements.

Par courrier du 2 octobre 2006, le Dr D._____ a informé l'OAI que le contenu de son rapport du 19 juillet 2005 était toujours valable et que son patient était prêt en tout temps à entreprendre une formation professionnelle.

B. Par décision du 19 mars 2007, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité pour un taux d'invalidité de 19% résultant de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. Elle a considéré que l'assuré était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie durant toute la journée, à la condition qu'il ne doive pas porter de charges et travailler en position contraignante pour les genoux.

Dans un projet de décision du 9 mai 2007, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit aux prestations de l'assurance-invalidité. L'office a estimé que l'on pouvait exiger de lui qu'il travaille à 50% dans son activité d'étancheur, et à 100 % dans des activités industrielles légères tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Pour déterminer le revenu d'invalidé, l'administration s'est fondée sur les statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), et a retenu le salaire de référence de 2004 auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (TA1, niveau de qualification 4, production et services), soit le montant mensuel de 4'588 fr., part au 13^{ème} salaire comprise. Adapté à une durée hebdomadaire de 41,6 heures, à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (1,44 %) et compte tenu d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles, le revenu annuel d'invalidé s'élevait à 52'274 fr. 48. Comparé au revenu annuel de 61'799 fr. que l'assuré aurait pu obtenir s'il avait poursuivi son activité d'étancheur, le degré d'invalidité était de 15%, taux inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à une rente.

Par courrier du 29 mai 2007, l'assuré a contesté le projet de décision en indiquant qu'il ne pouvait plus exercer le métier d'étancheur, car celui-ci s'effectue le plus souvent à genoux et nécessite le port de charges très lourdes et la montée d'échelles.

Par décision du 4 avril 2008, l'OAI a confirmé le refus de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel en reprenant les arguments du projet de décision.

C. Par acte du 2 avril (recte : mai) 2008, l'assuré a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a fait valoir qu'il ne pouvait plus travailler en qualité d'étancheur et qu'il n'avait jamais reçu de réponse à sa demande de reclassement dans une nouvelle profession.

Dans sa réponse du 17 juillet 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours en exposant que le taux d'invalidité du recourant de 15% ne lui donnait pas droit à des mesures d'ordre professionnel.

Le 8 septembre 2008, le recourant a produit un certificat médical du Dr D. _____ du 11 août 2008 indiquant que son patient souffrait de gonalgies antérieures droites de type rotulien et de douleurs rotuliennes vives à l'effort et au contact sur le lieu de prélèvement du tendon rotulien. Il estimait que l'état actuel du genou droit était totalement incompatible avec l'exercice du métier d'étancheur et que l'usage de protections de la rotule était sans utilité dans ce cas.

Par arrêt du 11 mars 2009 (cause AI 219/08 - 131/2009), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré contre la décision de refus de rente et de mesures d'ordre professionnel de l'OAI du 4 avril 2008. En substance, la Cour a considéré que l'OAI avait retenu à tort que l'assuré pouvait encore exercer son métier d'étancheur à 50%, celui-ci impliquant principalement de travailler à genoux et agenouillé. En revanche, elle a considéré qu'il était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle a pour le surplus retenu que le taux d'invalidité du recourant s'élevait à 16.8 %, arrondi à 17 % et non à 15% comme évalué par l'intimé, en expliquant ce qui suit :

« a) Revenu sans invalidité

[...]

Dans le cas particulier, l'office intimé a repris le gain annuel déterminé par la SUVA dans le compte-rendu du 25 juillet 2007 (61'799 fr.), sans appliquer la jurisprudence selon laquelle il faut prendre en compte le dernier salaire que l'assuré aurait réalisé sans atteinte à la santé. En effet, à la lecture du formulaire « Questionnaire pour l'employeur », on constate que le recourant aurait gagné, dès le 1^{er} janvier 2005, un salaire mensuel brut de 4'815 fr. 65, payable treize fois l'an. Le salaire annuel sans invalidité se serait ainsi élevé à 62'603 fr. 45 et non à 61'799 francs.

b) Revenu avec invalidité

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit 4'588 fr., 13^{ème} salaire compris (ESS 2004, TA1, 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 2004 (41,6 heures ; la Vie économique, 1-2/2009, p. 98, B 9.2), ce chiffre doit être porté au montant annuel de 57'258 fr. 24 fr. (4'588 x 41,6 : 40 x 12). Adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (1% ; La Vie économique 1-2/2009, p. 99, B10.2, et non 1,44% tel qu'indiqué par l'OAI), on obtient un revenu annuel de 57'830 fr. 82.

S'agissant des empêchements propres à la personne de l'invalidé, le recourant ne peut travailler à genoux ou en position accroupie. Une réduction de 10% semble ainsi appropriée, ce qui conduit à retenir un revenu annuel d'invalidé de 52'047 fr. 74.

Après comparaison des revenus sans et avec invalidité (62'603 fr. 45 - 52'047 fr. 74 : 62'603 fr. 45 x 100), le taux d'invalidité est de 16.8%, arrondi à 17%. Ce taux étant inférieur aux 20% déterminés par la jurisprudence, le recourant n'a pas droit à une mesure de reclassement ».

Cet arrêt n'a pas été contesté.

D. Dans l'intervalle, l'assuré s'est inscrit au chômage (cf. note d'entretien téléphonique entre l'assuré et la SUVA du 14 août 2008). Le 23 septembre 2008, la Caisse cantonale de chômage (ci-après : la CCh) a rempli une déclaration de sinistre LAA pour chômeurs indiquant que l'assuré devait subir une opération suite à l'accident du 19 avril 2004. Le 19 septembre 2008, l'assuré a subi une nouvelle opération du genou droit réalisée par le Dr [...] qui a procédé à une arthroscopie (avec nettoyage de la plastie sous arthroscopie, excision de la cicatrice tibiale antéro-interne

et excision d'un névrome cicatriciel d'une branche du nerf saphène interne). Par certificats médicaux des 21 octobre 2008, 12 novembre 2008, 10 décembre 2008, 9 février 2009 et 1^{er} avril 2009, le Dr D. _____ a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assuré du 19 septembre 2008 au 30 novembre 2008, puis jusqu'au 31 décembre 2008, jusqu'au 31 janvier 2009, jusqu'au 31 mars 2009 et enfin jusqu'au 30 avril 2009.

Dans un rapport médical du 22 avril 2009 au Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr D. _____ demandait à ce dernier de prendre en charge l'assuré pour le suivi de ses gonalgies persistantes. Il était précisé que la boiterie persistait, mais sans atrophie du quadriceps, les douleurs siégeant sur la prise du greffon rotulien au pôle inférieur, tout contact avec le sol étant ainsi douloureux. Le patient allait suivre un cours pour devenir concierge. Selon le Dr D. _____, il n'y avait pas lieu d'intervenir pour le moment, mais si les douleurs localisées persistaient après normalisation de la situation professionnelle et sociale, il lui paraissait indiqué de réviser le pôle inférieur de la rotule.

Le 3 juin 2009, le Dr D. _____ a établi un certificat médical dans lequel il a expliqué que l'assuré souffrait de douleurs au genou droit à l'effort, qu'il ne lui était pas possible de franchir des escaliers de façon répétitive ni d'y transporter des charges, précisant que ce certificat était valable pour trois mois. Il ressort d'un entretien téléphonique entre la CCh et la CNA du 16 juin 2009 que la CNA a versé des indemnités journalières à l'assuré jusqu'au 30 avril 2009, la CNA n'ayant plus reçu de certificat d'incapacité de travail pour mai et juin 2009, mais « juste un certificat du Dr D. _____ fixant l'exigibilité » [note réd. : soit le certificat du 3 juin 2009], celle-ci étant la même que celle à la base de la rente servie par la CNA. La CCh indemnisait l'assuré depuis le 1^{er} mai 2009. Selon une note interne du 1^{er} juillet 2009, la CNA a relevé qu'en l'absence de certificats d'incapacité de travail, il n'y avait pas lieu de verser d'indemnités journalières pour les mois de mai et juin 2009, le cas de l'assuré étant à nouveau stabilisé, celui-ci étant à même de reprendre une activité adaptée à son état de santé à 100%.

Dans un rapport médical du 5 août 2009 à la CNA, le Dr T. _____ a expliqué ce qui suit :

« Ce patient a été vu à ma consultation en date du 13.07.2009, pour des gonalgies post-traumatiques résiduelles. Je rappelle qu'il a été investigué par le Dr [...] sous forme d'une arthroscopie.

Le status montre une limitation fonctionnelle, surtout en raison des gonalgies antérieures.

Le bilan radiologique montre un fragment libre du pôle rotulien inférieur (rotule bipartite ?)

A visée antalgique, nous avons infiltré ce genou.

Nous proposons une nouvelle arthroscopie, l'excision de ce corps libre et - selon le constat intra-articulaire - un colmatage de la chondromalacie décrite par le Dr _____ par mise en place d'un chondro-gide. Le patient sera vu le 20.08.2009 en prévision de ce geste opératoire.

Incapacité de travail 100% du 13.07.2009 jusqu'au prochain contrôle du 20.08.2009 ».

Dans un certificat médical du 20 août 2009, le Dr T. _____ a attesté d'une incapacité de travail de l'assuré du 20 au 31 août 2009.

E. Le 28 septembre 2009, l'assuré a subi une nouvelle opération de son genou droit (arthroscopie, shaving libération d'adhérences péri-rotuliennes, ainsi que résection d'une calcification et plastie d'augmentation par le tenseur du fascia lata dans la région épiphysaire du fémur droit), réalisée par le Dr T. _____. Dans son protocole opératoire du même jour, celui-ci a posé les diagnostics d'instabilité résiduelle antéro-postérieure au genou droit, de calcifications tendineuses du tendon rotulien de ce même genou sur un status après plastie du ligament antérieur et ostéotomie par valgisation du genou droit.

Dans un rapport médical intermédiaire du 9 novembre 2009 à la CNA, le Dr T. _____ a indiqué qu'il avait revu l'assuré le 6 novembre 2009. Il notait une bonne stabilité du genou, la flexion-extension étant symétrique, l'appui monopodal stable, le patient ayant cependant une importante amyotrophie des quadriceps T. _____ précisait qu'il avait

encouragé ce dernier à prévoir un reclassement professionnel ou à tenter une activité à 50% pour commencer.

Dans un avis médical du 19 novembre 2009, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA a estimé, sur la base du dernier rapport du Dr T._____, qu'on pouvait admettre que le cas était stabilisé à partir du 1^{er} décembre 2009.

Par courrier du 26 novembre 2009, dont une copie a été adressée au Dr T._____, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle considérait que sa guérison était suffisamment avancée pour lui permettre de reprendre une activité professionnelle. En conséquence, elle mettait fin au paiement des indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2009, précisant ce qui suit : « à compter du 1.1.2010, nos prestations en espèces se limiteront donc à la rente que nous vous avons octroyée à l'époque ».

En référence à ce courrier, le Dr T._____ a écrit ce qui suit à la CNA le 3 décembre 2009 :

« [...]

Le patient a été revu à ma consultation en date du 2 décembre. La situation pour l'instant est trop délicate et une reprise à partir de janvier 2010 - comme vous le stipulez - est impensable. Il doit encore suivre de la physiothérapie.

M. N._____ est tout-à-fait conscient qu'une reprise du travail devra un jour être envisagée, mais je préfère le revoir d'ici un mois.

[...] ».

Par courrier du 3 décembre 2009 à l'OAI, le Dr T._____ a indiqué qu'il suivait désormais l'assuré dont le dossier lui avait été transmis par le Dr D._____. Il avait pratiqué une opération stabilisatrice du genou et procédé à l'ablation d'une ossification intratendineuse du tendon rotulien droit. L'évolution était lentement positive, mais pour l'instant, il n'y avait pas de possibilité que le patient puisse reprendre une activité professionnelle. Par rapport à la décision de l'OAI entrée en force,

refusant le reclassement professionnel, le médecin précisait qu'en tant qu'orthopédiste, il ne pouvait pas imaginer que son patient puisse à nouveau un jour travailler sur les toits en position agenouillée, car cette situation mettrait sa santé en péril et lui ferait courir le risque d'autres accidents. Il demandait en conséquence à l'OAI de « reconsidérer sa décision et de rouvrir le dossier » de l'assuré.

Dans un courrier du 15 janvier 2010 à la [...], le Dr T. _____ a écrit qu'il pensait que l'assuré pouvait être reconduit dans une activité adaptée, à 50% pour commencer, à partir du mois de mars 2010. Prenant position sur ce courrier à la demande de la CNA, le Dr W. _____ a dit qu'il n'était pas du tout d'accord avec la position du Dr T. _____ qui certifiait une incapacité de travail de quatre mois. Il demandait à examiner l'assuré.

Dans un avis médical du 20 janvier 2010, le Dr L. _____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a estimé que le Dr T. _____ avait rendu plausible une modification de l'état de santé de l'assuré, de sorte qu'il y avait lieu d'entrer en matière.

Lors d'un entretien téléphonique du 27 janvier 2010, le Dr T. _____ a fait savoir à la CNA que la capacité de travail de l'assuré ne pouvait pas être de plus de 50% dans une activité adaptée et sur une demi-journée. Le Dr T. _____ était en outre d'avis que l'assuré devait être convoqué par le médecin d'arrondissement de la CNA.

Dans un courrier du 2 février 2010 à l'assuré, la CNA lui a fait savoir qu'elle acceptait de le considérer encore en incapacité de travail totale jusqu'à la date de l'examen chez son médecin d'arrondissement.

Le 18 février 2010, le Dr W. _____ a examiné l'assuré. Dans son rapport du même jour, il a relevé que subjectivement, la situation était caractérisée par la persistance de douleurs et que d'après l'assuré, son moral s'en trouvait affecté. Objectivement, le médecin a relevé que l'assuré présentait une boiterie lors du déplacement à plat, lequel pouvait se faire sans aide externe. Le sautellement unipodal droit était impossible,

l'accroupissement était à peine ébauché et la marche sur les talons présenterait d'importantes douleurs. L'articulation du genou était par ailleurs inflammatoire, avec épanchement, hyperthermie, et palpation algique. Il y avait une diminution modérée de la flexion, en relation probable avec l'épanchement. La stabilité était par contre de bonne qualité. Le médecin d'arrondissement relevait que l'assuré se trouvait en arrêt total de travail, ce qui était justifié vu la situation actuelle. Il recommandait un séjour à la H._____, estimant qu'il y avait encore lieu de diminuer l'inflammation et de récupérer la musculature, précisant toutefois qu'il allait poser la question au Dr T._____. Le médecin d'arrondissement précisait enfin qu'il renonçait à se prononcer sur une éventuelle capacité de travail à venir, estimant toutefois que l'activité d'étapeur semblait compromise, en l'absence d'évolution particulièrement favorable qui malheureusement ne semblait pas prévue.

F. Dans l'intervalle, soit le 16 février 2010, l'assuré a formellement déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le 22 février 2010, la [...] a fait savoir à l'OAI qu'elle avait repris le versement des indemnités journalières à l'assuré, comme suit :

« du 01.1.2009 au 30.04.2009 = 120 jrs à CHF 65.45	= CHF 7'854.00
du 01.7.2009 au 31.12.2009 = 184 jrs à CHF 130.65	= CHF 24'039.60
	- retenue Hôpital = <u>CHF 30.00</u>
Total	CHF 31'863.60 ».

Le 7 avril 2010, le Dr T._____ a indiqué à l'OAI que l'assuré souhaitait être pris en charge par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un rapport du 6 mai 2010 au Dr T._____, le Dr P._____ a écrit ce qui suit :

« Patient au morphotype athlétique. Assez démonstratif à l'examen, forte boiterie lors de la mise en route mais qui s'estompe rapidement après quelques pas. Hypotrophie globale du quadriceps droit. Il a une mobilité du genou droit qui est tout à fait complète, symétrique par rapport à l'autre. Status cicatriciel calme mais douleurs diffuses de type hyperesthésique à la palpation diffusément de tout le pourtour du genou et dans la région antérieure, interne et externe.

La périphérie est parfaitement compétente, il n'y a pas de signes méniscaux. Il a un tiroir antérieur augmenté à droite par rapport à gauche mais un arrêt dur antérieurement, mais surtout pas de Jerke. Pas d'asymétrie des rétractations musculaires. Les épreuves d'accroupissement sont irréalisables en raison des douleurs.

On a donc à faire à un genou multi-opéré dans le cadre des suites d'une entorse grave du pivot central. Je le trouve actuellement stable, avec une bonne fonction, il est simplement chroniquement douloureux dans le cadre du status postopératoire. Il est surtout normo-axé cliniquement.

J'ai expliqué au patient qu'il n'y avait à mon avis pas de solution thérapeutique à trouver chez un chirurgien actuellement, qu'il fallait qu'il se reprenne en main pour préparer son avenir. En effet, il est jeune, avec un genou qu'on ne pourra pas améliorer objectivement, si ce n'est avec une nouvelle tentative de reconditionnement à la H. _____ de la SUVA, option qui me semble quand-même intéressante pour permettre aussi au patient de se resituer lui-même actuellement dans un avenir professionnel hypothétique. Il n'est pas exclu qu'il y ait une composante de sinistrose qui aggrave encore la situation subjective.

Je ne me suis pas trop prononcé sur sa capacité de travail, mais je pense qu'en tant qu'étancheur sur les toits, elle est nulle et ce, définitivement. Par contre, je pense que dans une activité parfaitement adaptée, on pourrait lui reconnaître une pleine capacité de travail mais je ne connais pas ses potentialités intellectuelles et d'adaptation. Je l'encourage vraiment à insister auprès de l'assurance-invalidité pour son reclassement, mais lui redis encore une fois que je ne peux personnellement pas l'aider davantage ».

Le 18 juin 2010, le Dr T. _____ s'est adressé à la CNA en ces termes :

« Le patient a été vu dernièrement par mon confrère le Dr P. _____, lequel constate comme moi un genou droit polyopéré avec une symptomatologie douloureuse résiduelle très inconfortable, ce qui conditionne clairement sa capacité de travail. Cette dernière est incompatible avec son ancien métier d'étancheur.

Je m'adresse à la SUVA afin que M. N. _____ puisse être convoqué rapidement au Centre de réhabilitation à [...], avec un accompagnement d'évaluation des capacités professionnelles possibles.

Il va de soi qu'une priorité devrait aussi être apportée par l'AI à ce dossier, afin qu'une réorientation/un reclassement professionnel puisse se faire dans les meilleurs délais.

Le patient souhaite retrouver une activité lucrative par ses propres moyens ».

L'assuré a une nouvelle fois séjourné à la H. _____ du 28 juillet 2010 au 24 août 2010. Dans leur rapport du 24 septembre 2010, les Drs M. _____ et C. _____ ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles sur gonalgies mécaniques persistantes du genou droit et de troubles dégénératifs débutants du genou droit (condyle interne et fémoro-patellaires), de rupture du ligament croisé antérieur et déchirure du ménisque interne en anse de seau au niveau du genou droit, le 19 avril 2004. Comme diagnostics supplémentaires, ils ont retenu des troubles dégénératifs débutants du genou droit (condyle interne et fémoro-patellaires), de rupture du ligament croisé antérieur et déchirure du ménisque interne en anse de seau au niveau du genou droit le 19 avril 2004 et d'obésité de stade I. Ils ont par ailleurs relevé ce qui suit :

« A l'admission, le patient se plaint de douleurs sous forme de lancées, au niveau de la rotule et de la face interne du genou droit, mécaniques, à peine présentes le matin, augmentées sur la journée en fonction de la sollicitation au genou, pour être au pire dans la soirée. Il pourrait marcher trente minutes sans être gêné, au-delà apparaîtrait une boiterie. Dans les escaliers, il est surtout gêné à la montée, la descente serait plus facile. Il serait gêné par la marche en terrain inégal. Il n'aurait pas de dérouillage matinal mais devrait fréquemment changer de position. Le genou ne gonflerait que rarement, uniquement s'il fait beaucoup d'efforts. De temps en temps il deviendrait chaud, pas d'hyperhidration.

Au status on retient une boiterie de type Duchenne à droite, un appui unipodal maintenu avec compensation rachidienne à droite, l'accroupissement est limité à 100° en raison de douleurs antérieures au genou. Signes d'atrophie musculaire, en particulier au quadriceps avec un périmètre de la cuisse diminué de 2 cm, associé à des hypoextensibilités musculaires aussi bien au quadriceps (distance talon-fesse de 7 cm) qu'au niveau des ischio-jambiers (angle poplité 45° du côté droit). Le genou droit est calme, présente un léger épanchement intra-articulaire, la palpation de la région sous-rotulienne est douloureuse ainsi que légèrement l'interligne tibio-fémoral externe. Les amplitudes articulaires sont bonnes, quasi-symétriques et le genou est stable dans les deux plans. Au Lachmann, il y a une course discrètement prolongée l'arrêt est dur. Les épreuves méniscales et rotuliennes sont négatives. Sur le plan neurologique il y a une diminution de la sensibilité dans la région péri-cicatricielle au genou droit, sinon l'examen dirigé est dans les normes. La force concernant l'extension du genou droit est limitée par les douleurs.

Sur le plan radiologique, les derniers clichés à disposition sont un Genou droit f/p debout du 17.06.2010 duquel on retient un genou remanié avec cicatrice d'ostéotomie de valgisation, tunnel de plastie

ligamentaire, une ancre de la stabilisation latérale au fascia-lata dans la région fémorale distale, au niveau de la rotule il y a des ostéophytes au pôle inférieur. L'index de Caton est à 1.4, traduisant une patella alta à droite. L'interligne tibia-fémoral interne n'est pas jugeable.

Le bilan radiologique actuel montre un index de Caton à 1,15 du côté gauche et 1,08 du côté droit avec une rotule un peu haute mais sans remplir les critères d'une patella alta. Au schuss on note un discret pincement interne à droite et aussi de discrets troubles dégénératifs au niveau de la rotule avec un petit ostéophyte caudal et une sclérose sous-chondrafe de la rotule, sinon RX normales.

La psychiatre n'a pas retenu de psychopathologie manifeste mais retient des signes de surcharge avec irritabilité, rumination anxieuse, somatisation avec une projection difficile dans une nouvelle voie professionnelle chez un patient au comportement plutôt passif dont la situation n'est pas clarifiée sur le plan asséculoologique.

En rééducation, le patient a participé à un programme de physiothérapie comportant des traitements individuels en passif (mobilisation de la rotule du genou, étirement de rotule et des ischio-jambiers) et des traitements actifs visant l'amélioration de la proprioception, force et endurance des membres inférieurs en particulier du côté droit. En groupe il a participé à des traitements à sec et en piscine avec les mêmes objectifs. Ces mesures ont permis d'améliorer la force au niveau du quadriceps à droite de 6 kg pour obtenir les 27 kg à la sortie comparés à 36 kg du côté gauche. Au niveau des ischio-jambiers la force s'est améliorée de 7 kg pour obtenir 23 kg comparés à 24 kg à gauche. Hormis ce léger gain de force, il n'y a pas eu d'amélioration significative.

A la sortie, M. N. _____ s'est encore subjectivement plaint de difficultés lors de la marche dans les escaliers et le maintien de la position statique prolongée ainsi que lors des travaux en flexion du genou droit. Objectivement nous avons retenu encore un déficit de force musculaire persistant. Il a été capable de marcher à l'extérieur avec une vitesse moyenne et sur des trajets de moyennes longueurs (un demi-kilomètre). Il persiste encore des difficultés à s'accroupir et des difficultés à marcher dans les escaliers en pas alterné où il doit toujours s'aider de la barrière. Les activités à genoux restent limitées.

Lors d'une évaluation des capacités fonctionnelles, M. N. _____ a obtenu à l'auto-évaluation de ses capacités au questionnaire PACT un score de 136 ce qui équivaut à des activités exigeant un niveau d'effort léger à moyen. Lors du test en soi il s'est montré capable de fournir un niveau d'effort moyen de 15 à 25 kg avec des limitations en pousser-tirer dynamique ainsi que et surtout les activités à genoux. Nous concluons que le patient sous-estime quelque peu ses aptitudes fonctionnelles. Pour l'instant il reste limité concernant les activités contraignantes pour les genoux. Nous n'avons observé aucune limitation pour les membres supérieurs.

En conclusion, au vu de la quasi-non évolution en physiothérapie intensive sur le présent séjour et la non-amélioration par des mesures chirurgicales nous retenons la situation médicale comme stabilisée. On pourra encore continuer 9 séances de physiothérapie pour poursuite du renforcement musculaire, après cela nous ne retenons plus d'indication à poursuivre la physiothérapie. Pour l'entretien, le patient a reçu un programme d'exercices à domicile. Nous retenons des limitations concernant le port de charge lourde et les activités

sollicitant beaucoup les genoux. La situation est considérée comme stabilisée en ce sens qu'aucune mesure médicale ou chirurgicale n'est susceptible d'améliorer significativement la situation.

Au plan professionnel, M. N._____, titulaire d'un certificat d'étancheur, sans CFC, est en arrêt de travail total depuis la dernière opération en septembre 2009. A relever que M. N._____ n'a plus retravaillé depuis son premier accident en 2004 où il travaillait comme étancheur. Avec les limitations actuelles M. N._____ ne peut plus continuer dans son ancienne activité et doit changer d'activité. Durant le présent séjour, M. N._____ a été pris en charge aux ateliers professionnels dans ce sens pour chercher des pistes de réorientation professionnelle. Au départ, il lui a été difficile de se projeter en avant dans une nouvelle activité professionnelle mais progressivement au terme du séjour il s'est davantage investi et il a pu retenir plusieurs pistes professionnelles possibles (Cf. rapport des ateliers professionnels). Au plan médical, nous retenons que le patient est dès sa sortie apte à travailler dans une activité adaptée ce qui veut dire une activité qui ne comprend pas de port de charge lourde, qui permet d'alterner les positions en évitant les positions debout, en statique prolongée, les marches prolongées ainsi que les activités à genoux ou accroupies prolongées. Une demande AI est en cours. Une aide au placement sera peut-être accordée. Le patient peut également s'annoncer au chômage pour ouvrir un nouveau délai-cadre.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'ETANCHEUR :

- 100% dès le 28.07.2010 à long terme ».

Par communication du 23 septembre 2011, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait le droit à une mesure de placement. Dès lors, une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient accordées. Il était prié de retourner un formulaire à l'OAI afin de fixer un premier rendez-vous avec un coordinateur emploi.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a par ailleurs nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, pour les motifs suivant :

« Une première demande de prestations AI s'est soldée par un refus de prestations AI, confirmé par arrêt du 11 mars 2009 de la Cour de assurances sociales du Tribunal cantonal. Il était alors retenu une capacité de travail de 50% dans votre activité d'étancheur, et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical, à savoir : pas de station agenouillée prolongée, de position contraignante pour les genoux, ni de port de charges lourdes. La comparaison des revenus que vous auriez pu percevoir en poursuivant votre activité d'étancheur à plein temps et ceux que vous pouvez obtenir en exerçant une activité industrielle légère adaptée à vos limitations fonctionnelles concluent à un degré d'invalidité de 17%.

Le 28 septembre 2009, vous avez subi une opération au genou. Cet évènement a justifié le réexamen de votre droit aux prestations AI.

C'est également à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'un an prévu à l'art. 28 LAI.

Au vu des éléments en notre possession, notamment le rapport de la Clinique H. _____ de [...] du 24 septembre 2010, il ressort qu'à partir d'août 2010, vous présentez une pleine capacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Il s'ensuit que l'incapacité de travail en lien avec la péjoration de votre état de santé a été d'une durée inférieure à un an. En effet, à partir d'août 2010, le préjudice économique présenté, et par conséquent le degré d'invalidité, est identique à celui déterminé par la CASSO dans son arrêt du 11 mars 2009. Ainsi, à l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 28 septembre 2010, le degré d'invalidité présenté est de 17%. Ce taux, inférieur à 40% n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité ».

Dans ses observations du 19 octobre 2011, l'assuré a exposé qu'il n'était pas d'accord avec le projet de décision, faisant valoir que son état de santé n'avait pas évolué, ce que le médecin de la SUVA avait confirmé. Il demandait en outre la mise en œuvre d'une expertise, arguant qu'il n'était pas possible de statuer sur son droit à une rente d'invalidité sans mise en œuvre d'une expertise. Il a expliqué qu'il se faisait traiter actuellement pour deux hernies et qu'il voudrait une expertise lorsqu'il irait mieux.

Le 26 octobre 2011, l'OAI a répondu à l'assuré en ces termes :

« [...] »

Vous contestez la pleine capacité de travail qui vous est reconnue à partir d'août 2010 dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites sur le plan médical. Vous demandez également qu'une nouvelle expertise médicale soit effectuée.

A ce propos, nous vous communiquons que dans ce type particulier de procédure, il n'appartient pas à l'Office AI, **mais à l'assuré**, en cas de désaccord, de fournir les éléments de nature à modifier notre projet de décision.

Dès lors, nous vous impartissons un nouveau délai de 30 jours, pour produire :

- Un rapport médical apportant des éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier notre détermination ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Passé ce délai et sans nouvelles de votre part (ou si les éléments qui nous seraient apportés entre temps ne renfermaient rien de nouveau), nous devons considérer que vous n'avez pas rendu plausible la modification de notre prise de position ».

Par décision du 20 février 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision en reprenant les mêmes arguments, tout en précisant, par lettre explicative du même jour, que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments de nature à modifier le projet de décision.

G. Par courrier du 18 avril 2012 à l'OAI, transmis par ce dernier à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 14 mai 2012 comme objet de sa compétence, N._____ a formé recours contre la décision du 20 février 2012, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une réinsertion professionnelle adéquate. Il fait valoir que la dernière fois qu'il a vu le médecin de la SUVA, ce dernier lui a dit que son état de santé n'était pas favorable et qu'il avait beaucoup de problèmes, ce qu'il avait toujours dit. Il a expliqué que son état de santé était actuellement toujours le même, précisant qu'il avait beaucoup de difficultés à marcher et qu'il avait de plus en plus mal.

Dans sa réponse du 16 août 2012, l'OAI conclut au rejet du recours, en retenant que l'incapacité de travail de l'assuré des suites de son opération du 28 septembre 2009 avait duré jusqu'au mois d'août 2010, donc avait été d'une durée inférieure à un an. S'agissant des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, l'OAI a rappelé qu'une mesure d'aide au placement restait ouverte, conformément à sa communication du 23 septembre 2011.

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 la loi sur l'assurance-invalidité (art. 1 al. 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI), sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le

recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de Pâques et respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. Le litige portant sur le droit à une rente d'invalidité, la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr, de sorte que la Cour des assurances sociales statue dans sa composition ordinaire (cf. art. 94 LPA-VD).

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

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente, mesures d'ordre professionnel), en particulier sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 16 février 2010.

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. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 LPGA.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 2c et ATF 105 V 156 consid. 1 ; cf. également TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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 (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe 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. 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 ; ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

4. Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré

d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, c'est-à-dire encore au moment de la nouvelle demande déposée par l'assuré le 16 février 2010. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela

revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références citées). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 ; la version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 est en substance la même] ; cette disposition prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre).

5. a) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de

réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 15 à 18 LAI.

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.

Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 8 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4 ; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2). Pour les mesures d'aide au placement au sens de l'art. 18 LAI, la jurisprudence est moins stricte. Elle exige néanmoins que la nécessité d'une aide au placement résulte des atteintes à la santé présentées par la personne assurée (cf. TFA I 427/05 du 24 mars 2006 consid. 4, SVR 2006 IV no 45 p. 162).

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 approximativement équivalente à celle que lui offrait son activité avant la survenance de l'invalidité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2a ; TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3 et les références). En règle ordinaire, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la

réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas, car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas d'espèce ; en particulier, il ne peut prétendre à une formation d'un niveau nettement supérieur à celui de son ancienne activité (TF 9C_644/2008 précité consid. 3 ; ATFA 1965 p. 42), 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 (ATF 124 V 108 précité consid. 2a ; TF 9C_644/2008 précité consid. 3). Comme toute mesure de réadaptation, les mesures de reclassement doivent par ailleurs être adéquates : il doit exister une proportion raisonnable entre les frais qu'elles entraînent, leur durée et le résultat que l'on peut en attendre (ATF 103 V 16 consid. 1b ; 99 V 34) et, 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 (TF 9C_644/2008 précité consid. 3).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1er février 2010 consid. 2.4 ; 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4 ; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in Pratique VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et les références). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 précité). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1).

6. Dans le cas d'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par N._____ le 16 février 2010 et a repris l'instruction de la cause. Il convient dès lors d'examiner si son état de santé s'est modifié depuis la décision du 4 avril 2008, largement confirmée par l'arrêt de la Cour de céans du 11 mars 2009, dans une mesure propre à justifier l'octroi de prestations de l'AI.

a) Pour statuer sur les prétentions de l'assuré dans le cadre de la première procédure AI, l'OAI s'est essentiellement fondé sur le rapport du 7 juin 2005 des Drs M._____ et V._____ de la Clinique H._____, lesquels estimaient que l'activité d'étancheur était encore exigible à 50%, et que dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale. Toutefois dans son arrêt du 11 mars 2009, la Cour des assurances sociales a retenu que l'exercice de l'ancienne activité d'étancheur n'était pas exigible, même à 50%. En revanche dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir une activité n'impliquant pas de travail à genoux ou en position accroupie, ni le port de charges lourdes, elle a considéré qu'il disposait d'une capacité de travail entière. Elle s'est basée en particulier sur les rapports médicaux du Dr D._____ du 19 juillet 2005 ainsi que celui du Dr G._____ du 13 octobre 2005, lequel précisait que l'activité d'étancheur ne pouvait plus être exercée en raison de l'état du genou où il s'était développé une chondropathie fémorale interne. Compte tenu d'un taux d'invalidité de 17%, la Cour de céans a retenu que l'assuré n'avait droit ni à une rente d'invalidité, ni à une mesure de reclassement professionnel.

b) Dans sa décision du 20 février 2012, l'OAI a considéré qu'entre le 28 septembre 2009, date à laquelle le recourant s'est fait opérer par le Dr T._____ (arthroscopie du genou droit) et sa sortie de la Clinique H._____, le 24 août 2010, son état de santé s'était certes péjoré, mais qu'à sa sortie de cette clinique, il disposait à nouveau d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, son état de santé s'étant amélioré. De plus à partir de cette même date, le taux d'invalidité était, selon l'OAI, identique à celui déterminé par la Cour de céans dans son arrêt du 11 mars 2009, soit de

17%. Ainsi, pour l'OAI, le recourant n'avait pas le droit à une rente d'invalidité, étant donné qu'à l'issue du délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 LAI, soit le 28 septembre 2010, son taux d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Or vu les pièces du dossier, on doit considérer que l'état de santé de l'assuré - respectivement son incapacité de travail liée à la nouvelle opération de son genou droit - s'est péjoré avant le 28 septembre 2009. En effet, le Dr T. _____ a attesté, dans son rapport du 5 août 2009 à la CNA, que son patient se trouvait dans l'incapacité totale de travailler depuis le 13 juillet 2009, en raison de gonalgies post-traumatiques résiduelles (voir également son certificat médical du 20 août 2009 qui atteste de la continuation de l'incapacité de travail). C'est à cette occasion que le Dr T. _____ a proposé de procéder à une nouvelle opération du genou, qu'il a réalisée le 28 septembre 2009.

Sur la base des rapports médicaux au dossier, on constate de plus que du 13 juillet 2009 au 24 août 2010, soit pendant une période de plus d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), l'assuré a présenté une incapacité de travail de 40% au moins. En effet, si dans un premier temps, le Dr T. _____ a encouragé l'assuré à prévoir un reclassement professionnel ou à tenter de reprendre une activité à 50% (cf. son rapport médical à la CNA du 9 novembre 2009), il a ensuite jugé que la situation était trop délicate pour envisager la reprise d'une activité professionnelle, notamment à compter de janvier 2010, comme le stipulait la CNA, l'assuré devant encore suivre de la physiothérapie (cf. les rapports du Dr T. _____ à l'OAI et à la CNA du 3 décembre 2009). Par la suite, le Dr T. _____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré ne pourrait pas être de plus de 50% dans une activité adaptée, à compter du mois de mars 2010 (cf. son rapport médical du 15 janvier 2010), le médecin d'arrondissement de la CNA ayant quant à lui considéré, dans son rapport du 18 février 2010, que l'assuré était totalement incapable de travailler. Quant au Dr P. _____, il a écrit le 6 mai 2010 que le genou de l'assuré était chroniquement douloureux dans le cadre du status post-opératoire et a estimé qu'une tentative de reconditionnement à la Clinique H. _____

était une option intéressante pour améliorer la situation et permettre aussi à l'assuré de se restituer dans un avenir professionnel, ce que le Dr T._____ a confirmé dans son rapport du 18 juin 2010 à la CNA. Dans leur rapport du 24 septembre 2010, les Drs M._____ et C._____ de la Clinique H._____ ont constaté une amélioration de la situation du genou droit, à la fin du séjour de l'assuré dans cette clinique, grâce au programme de rééducation (voir le rapport médical, dont il ressort en particulier ce qui suit : « *Le patient a participé à un programme de physiothérapie comportant des traitements individuels en passif [mobilisation de la rotule du genou, étirement de rotule et des ischio-jambiers] et des traitements actifs visant l'amélioration de la proprioception, force et endurance des membres inférieurs en particulier du côté droit. En groupe, il a participé à des traitements à sec et en piscine avec les mêmes objectifs. Ces mesures ont permis d'améliorer la force au niveau du quadriceps à droite de 6 kg pour obtenir les 27 kg à la sortie comparés à 36 kg du côté gauche. Au niveau des ischio-jambiers la force s'est améliorée de 7 kg pour obtenir 23 kg comparés à 24 kg à gauche. Hormis ce léger gain de force, il n'y a pas eu d'amélioration significative* »). Ces médecins ont dès lors considéré que la situation médicale était stabilisée, en ce sens qu'aucune mesure médicale ou chirurgicale n'était susceptible d'améliorer la situation. Ils ont retenu que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans port de charges lourdes et qui ne sollicite pas beaucoup les genoux (ou plus précisément une activité qui ne comprend pas le port de charge lourde, qui permet d'alterner les positions en évitant les positions debout, en statique prolongée, les marches prolongées ainsi que les activités à genou ou accroupies prolongées), l'assuré était apte à travailler. Vu ce rapport, on peut donc retenir, comme l'OAI, que l'assuré présentait à nouveau une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter de la fin du mois d'août 2010. Il ressort par ailleurs du rapport du Dr P._____ qu'après reconditionnement, on pourrait reconnaître à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Au sujet des limitations fonctionnelles, on relèvera que celles retenues par les médecins de la H._____ ne diffèrent pas fondamentalement de celles retenues à

l'époque de la décision de l'OAI du 4 avril 2008, confirmée par l'arrêt de la Cour de céans du 11 mars 2009. Il avait en effet déjà été constaté à cette époque que l'assuré ne pouvait pas exercer une activité impliquant de travailler sur les genoux ou en position accroupie et le port de charges lourdes. On relèvera encore qu'il est constant que le recourant ne peut plus exercer son ancienne activité d'étancheur sur les toits, celle-ci n'étant plus adaptée à son état de santé, comme l'avait déjà précisé la Cour des assurances sociales dans son précédent arrêt (voir en particulier les rapports du T. _____ à l'OAI du 3 décembre 2009, celui du Dr P. _____ du 6 mai 2010 et celui des Drs M. _____ et C. _____ de la H. _____ du 24 septembre 2010 in fine). A cela s'ajoute qu'à l'examen du dossier médical, on constate qu'une partie de la symptomatologie douloureuse résulte des plaintes exprimées par le recourant. Or l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; cf. TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée). Tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, il ressort du consilium psychiatrique effectué à la H. _____ par la Dresse [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, que l'assuré ne présente pas de psychopathologie manifeste, seuls des signes de surcharge étant perceptibles et la projection dans une nouvelle voie professionnelle étant difficile pour ce patient au comportement plutôt passif.

Dès lors il faut constater qu'à l'issue du délai de carence d'une année, soit le 13 juillet 2010, l'assuré était totalement incapable de travailler dans toute activité - puisqu'il se trouvait en rééducation à la Clinique H. _____ - ce qui lui donne droit à une rente entière d'invalidité.

En effet, en l'occurrence, le degré d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail (cf. TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6). Le versement de la rente interviendra à compter du 1^{er} août 2010, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations du 16 février 2010, conformément à l'art. 29 al. 1 et al. 3 LAI.

Etant donné que l'état de santé du recourant s'est amélioré à sa sortie de la H. _____ en août 2010, la rente d'invalidité doit être supprimée trois mois plus tard, soit à compter du 1^{er} décembre 2010, par application de l'art. 88a al. 1 RAI. En effet, dès cette date, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant ainsi que l'activité raisonnablement exigible sont superposables à ce qui prévalait au moment de la décision de l'OAI du 4 avril 2008, confirmée par l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 11 mars 2009. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que le taux d'invalidité calculé à cette époque, de 17%, ne s'est pas modifié de manière propre à influencer le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, dont le versement entre en ligne de compte dès 40% d'invalidité (art. 28 al. 1 let. c LAI), ni le droit à des mesures de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, celles-ci entrant en ligne de compte pour une perte de gain dès 20%. Au surplus, s'agissant du droit du recourant à des mesures de réadaptation, on relèvera que l'OAI lui a fait savoir qu'il avait le droit à une mesure de placement (art. 18 LAI) par communication du 23 septembre 2011 ; le recourant était prié de prendre contact avec un coordinateur emploi de l'OAI afin de mettre en place une telle mesure.

Enfin, on constate que l'OAI a procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité du recourant, en prenant notamment en compte l'indexation des revenus avec et sans invalidité pour l'année 2010 et a abouti à un taux d'invalidité de 17.78%. Vérifié d'office, ce nouveau calcul peut être confirmé.

7. a) Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, le recourant ayant droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1^{er} août au 30 novembre 2010.

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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En procédure de recours, les frais sont supportés par la partie qui succombe. Si celle-ci n'est que partiellement déboutée, les frais sont réduits en conséquence (art. 49 al. 1 LPA-VD). Lorsque plusieurs parties succombent en procédure, les frais sont répartis entre elles compte tenu notamment de leur intérêt à la procédure et du sort fait à leurs conclusions.

c) En l'espèce, vu l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires sont fixés à 400 fr. et mis pour moitié à la charge de l'OAI et pour l'autre moitié à la charge du recourant. La part du recourant est provisoirement supportée par le canton, qui est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]).

Le recourant ayant agi seul, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 20 février 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en

ce sens que N._____ a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} août 2010 au 30 novembre 2010.

- III. Les frais judiciaires fixés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge du recourant et par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires supportés provisoirement par l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- 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).

La greffière :