

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente
M. Métral et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 44 LPGA ; art. 82 LPA-VD.

En fait et en droit :

Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) déposée par B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1990, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé),

vu le rapport de consultation du 18 mars 2011 du Dr L._____, chirurgien orthopédiste, adressé aux Drs Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et F._____ spécialiste en médecine physique et réadaptation, dont il résulte notamment ce qui suit (sic) :

« Anamnèse :

Il s'agit d'une jeune femme de 21 ans en possession d'un CFC d'employée de commerce peu sportive et victime d'un accident de la circulation le 10.3.2010. Elle était en scooter et a eu un accident contre une voiture. Elle a présenté à l'époque une contusion osseuse un épanchement et une lésion de son LCA. Les suites ont été difficiles tu as dû pratiquer à une arthroscopie pour une lésion méniscale le 29.4.2010 avec des suites opératoires difficiles. La patiente a continué à aller assez mal avec des douleurs, des sensations de lâchage autant en pivot que dans l'axe ou dans les escaliers. Actuellement elle présente toujours des douleurs importantes de son genou tant à la marche qu'au repos, elle utilise très souvent une canne et est obligée de prendre du Tramal la nuit.

[...]

Diagnostic : Status après contusions osseuses et rupture LCA genou G, douleur atypique dont l'origine n'est pas encore très claire.

Attitude :

Le tableau clinique ainsi que l'histoire de cette patiente m'inquiètent quelque peu. Elle présente en effet une très importante atrophie du quadriceps de même que des douleurs importantes que je n'explique pas vraiment avec sa rupture du LCA. On peut éventuellement envisager des lâchages sur pivot répétés qui lui occasionnent des contusions répétées du genou avec un tel tableau mais il se peut qu'elle ait une autre pathologie sous-jacente et qu'une réparation du ligament croisé antérieur n'entraîne une aggravation de ce status. Je l'adresse et espère que tu ne m'en voudras pas à F._____ qui est un médecin du sport très compétent à [...] pour une évaluation et la mise en place d'un traitement de médecine physique avant une éventuelle intervention sur son ligament croisé. Je complète encore le bilan par une nouvelle IRM de ce genou et je prescris à la patiente une attelle articulée (que je demande de mettre régulièrement déjà

dans un but de test). Je lui fixe provisoirement une date opératoire pour le 28 juin pour une plastie du LCA mais je la reverrai dans l'intervalle quitte à annuler cette opération. »,

vu le rapport de consultation du 16 janvier 2012 de ce praticien selon lequel l'évolution était lentement favorable, la patiente ayant un peu moins mal,

vu le rapport du 24 février 2012 des Drs Z._____ et N._____, tous deux spécialistes en médecine physique et réadaptation auprès de la H._____ (ci-après : la H._____) qui ont estimé l'incapacité de travail totale du 31 janvier 2012 au 26 février 2012 et à 50 % du 27 février 2012 au 18 mars 2012, à réévaluer, posant les diagnostics suivants :

« - AVP le 10.03.2010 avec

- contusions osseuses du genou gauche, lésion complexe du ménisque externe corne postérieure, déchirure complète du LCA gauche visualisée sur l'IRM du 25.03.2010
- Arthroscopie du genou gauche, le 29.04.2010 avec :
 - méniscectomie partielle interne pour déchirure partielle
 - résection de plica
 - nettoyage articulaire
- Arthroscopie du genou gauche, le 28.06.2011 pour plastie du LCA par DIDT
- Douleurs persistantes du genou gauche
- Discopathies lombaires diagnostiquées à l'âge de 16 ans, avec lombalgies intermittentes. »,

et relevant en particulier ce qui suit :

« A l'examen clinique, le genou est légèrement tuméfié, sans rougeur, ni chaleur, ni signe dystrophique. Importante amyotrophie quadricipitale gauche. Absence d'épanchement intra-articulaire. La palpation est déclarée douloureuse, au niveau de l'interligne articulaire médial, et du plateau tibial interne, et dans une moindre mesure au niveau du compartiment externe. La palpation du tendon rotulien est sensible. Au test de Lachmann, arrêt net, test un peu prolongé par rapport à celui du genou droit. Les épreuves méniscales sont négatives. L'examen du genou en varus et en valgus montre une bonne stabilité et est indolore. La marche se fait sans boiterie.

Sur l'IRM du genou droit, réalisée le 28.03.2011, présence d'un hypersignal qui touche la totalité du ligament croisé antérieur, un peu plus intense sur le tiers distal, traduisant une rupture probablement complète de celui-ci. Le ménisque et le LCP sont

intacts et il n'y a pas d'hypersignal évoquant un oedème osseux. Nous répétons une arthro-IRM du genou, vu la persistance de la symptomatologie douloureuse, qui parle en faveur d'une plastie du LCA normale, ainsi que de la normalité des structures cartilagineuses et méniscales.

[...]

Du point de vue psychiatrique, il est estimé que la patiente présente effectivement beaucoup de préoccupations liées à la douleur, et une hypervigilance, ainsi qu'une kinésiophobie, chez une patiente tout à fait consciente de l'impact négatif de ces éléments sur la rééducation. Un suivi individuel en psychologie a été instauré, axé sur la crainte de la douleur et la patiente a également participé aux groupes de relaxation.

Durant le séjour, la patiente a suivi un programme de physiothérapie intensive. La patiente étant fixée sur la symptomatologie douloureuse, un programme de travail de renforcement et de proprioception n'a pu être instauré. Diverses techniques antalgiques ont été essayées sans atteindre une efficacité suffisante pour permettre un programme de renforcement musculaire. La patiente poursuivra la physiothérapie en ambulatoire, à raison d'une fois par semaine.

Cependant l'évolution risque d'être longue, étant donné le contexte psychologique défavorable.

En ce qui concerne les dysesthésies péri-cicatricielles, les thérapies de désensibilisation ont été instaurées, dans le service d'ergothérapie de la H._____. Une bonne amélioration est obtenue et la patiente poursuivra des exercices de stimulation tactile à domicile. La poursuite de l'ergothérapie en ambulatoire n'est pas jugée nécessaire.

En résumé, aucune amélioration n'est obtenue sous prise en charge multidisciplinaire chez une patiente dont la symptomatologie douloureuse persiste, ce qui freine sa rééducation fonctionnelle suite à la plastie du LCA du genou gauche. Des facteurs contextuels et psychologiques jouent un rôle négatif dans cette perspective. Sur le plan professionnel, une reprise de l'activité à temps partiel se justifie mais la réintégration de la patiente dans le monde du travail risque d'être difficile et lente. »,

vu le rapport du 27 février 2013 de la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents à [...], posant le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans incapacité de travail,

vu le rapport du 8 mars 2013 du Dr F._____ estimant la capacité de travail de l'assurée dans une profession médicalement adaptée à 50% depuis le 9 janvier 2012,

vu le rapport du 26 juin 2013 de la Dresse D._____ indiquant notamment que l'assurée avait bénéficié à deux reprises en 2013 d'une neurolyse au niveau de la cicatrice du genou, qu'en raison de la mauvaise évolution de cette première intervention, une deuxième neurolyse avait été effectuée le 23 avril 2013 au cours de laquelle il avait été décidé de sectionner le nerf saphène plus proximale à la cicatrice, mais que l'évolution étant toujours défavorable, elle n'avait plus rien à proposer au niveau chirurgical, l'assurée devant être convoquée au [...] du R._____, la jambe de l'assurée ayant une mobilité complète mais celle-ci l'utilisant moins en raison des douleurs,

vu le rapport d'examen du 29 novembre 2013 établi par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), posant comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail ceux de gonalgies persistantes à gauche, status après entorse grave du genou gauche avec déchirure du LCA, contusions osseuses des deux plateaux tibiaux et des deux condyles fémoraux et fracture marginale postérieure du plateau tibial externe, estimant à 75% la capacité de travail dans toute activité dès le 1^{er} juin 2013 et exposant notamment ce qui suit :

« Le Dr F._____ dans son rapport à l'AI de mars 2013, estime que la capacité de travail de l'assurée est de 50% à partir du 25 février 2013 et que les limitations fonctionnelles sont dues à une parésie du quadriceps sévère à gauche et des douleurs chroniques.

Madame B._____ a développé des douleurs chroniques de la face antéro-interne du genou gauche et du tibia proximal gauche qui sont résistantes à tous les traitements effectués jusqu'à présent. L'examen IRM du 13.02.2012 est normal et il n'y a pas les signes cliniques d'une algodystrophie. Elle garde encore une hypotrophie du quadriceps, lequel a une force classée à 4. Elle a des douleurs de caractère continu d'intensité variable. Elle se déplace avec une canne.

Sur le plan professionnel, en tant qu'employée de commerce la capacité de travail est uniquement limitée par les douleurs et les difficultés pour les déplacements. Malgré les douleurs exacerbées suite à la neurotomie effectuée le 23.04.2013, on ne comprend pas pourquoi elle ne peut pas reprendre son travail d'employée de bureau un mois après. En raison des douleurs chroniques, une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 25% est justifiable.

Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire sans port de charges. Doit éviter de se mettre à genoux ou accroupie. »,

Vu le rapport établi le 19 décembre 2013 par les Dr U. _____
et G. _____, tous deux spécialistes en anesthésiologie, exposant ce qui
suit :

« Diagnostics et problèmes

Accident scooter 2010: traumatisme genou G
2011: op LCA G a [...]
2/2013 décompression nerf saphène G (CPR)
4/2013 coupure nerf saphène
Discopathie L5/S1
Etat dépressif

[...]

Status

La sensibilité et la force du haut de la jambe gauche, de la cuisse sont normales. Au dessous du genou environ 3 cm autour de la cicatrice, on trouve une zone d'extrême allodynie avec des douleurs assez fortes au moindre toucher. Plus grandes encore dans le territoire qui correspond à la dénervation du nerf saphène péroné, on trouve une dysesthésie, une hypoesthésie au froid, hyperesthésie au toucher.

Problèmes et attitude

1. J'ai expliqué à Mme B. _____ qu'elle souffre de douleurs neuropathiques et non pas de douleurs fantômes.
2. Elle est au courant que le traitement sera difficile et je propose que le premier geste sera une infiltration des ganglions sympathiques lombaires.
3. J'ai expliqué la procédure et les risques, la patiente est d'accord de commencer un traitement après ses vacances.

Conclusions, traitement et évolution

1. La première infiltration au niveau bloc sympathique lombaire a été très pénible pour la patiente.
2. On décide encore ensemble de tenter une infiltration au niveau du nerf saphène qui endort la région hyperalgique, mais seulement partiellement, sans effet à long terme.

3. Parallèlement, nous commençons un traitement avec la Gabapentine avec une dose en augmentation vu réchec du bloc périphérique.
4. J'ai mis de nouveau sur le tableau le bloc sympathique lombaire, geste que l'on va programmer sous hypnose prochainement. »,

vu le rapport du 2 mai 2014 de ces spécialistes mentionnant dans l'anamnèse que les douleurs sont invalidantes, l'assurée étant en arrêt de travail à 100% et concluant leur rapport comme il suit :

« **Conclusions, traitement et évolution**

Nous constatons un échec total du traitement et nous n'avons trouvé aucun moyen pour soulager la patiente. D'un autre côté, Madame B. _____ ne semble pas fortement perturbée dans sa vie quotidienne, avec une certaine discordance entre les plaintes et les comportements. Le psychiatre de notre [...] s'est exprimé contre une prise en charge, au vu d'un suivi psychiatrique déjà instauré de longue date. »,

vu le rapport du 26 août 2014 de la Dresse I. _____ rédigé en ces termes :

« 1. Quelle est la situation actuelle (status psychiatrique détaillé, SVP) ?

Patiente de 24 ans, qui fait son âge, bien orientée aux quatre modes. Elle se présente toujours avec deux béquilles en raison de douleurs neuropathiques dans la région du genou et qui gêne la marche. Tenue adaptée et soignée. Contact et distance adéquats. Au niveau relationnel, Mme B. _____ vit de manière relativement isolée, a peu de contacts sociaux, car ses douleurs et son humeur dépressive l'empêchent de participer à de nombreuses activités sociales. Mme B. _____ souffre beaucoup de cette solitude.

Le discours est fluide et cohérent. Pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée. Pas de trouble fondé de la lignée psychotique.

La thymie est très régulièrement basse, en lien principalement avec les douleurs et les restrictions dans la vie quotidienne que ces dernières imposent à Mme B. _____ (isolement social, difficultés à trouver un emploi à temps partiel, difficultés financières, problèmes asséurologiques, etc.). Présence très régulière d'idées noires et d'idées suicidaires. Traitement par Valdoxan 25mg. Des angoisses diffusent commencent à apparaître de plus en plus fréquemment. Troubles du sommeil (endormissement, cauchemars et réveils nocturnes) quotidiens avec une quasi inversion du rythme veille-sommeil. Récemment, Mme B. _____ a repris du Zolpidem avec réaction paradoxale sous forme d'hallucinations visuelles importantes qui ont nécessité l'arrêt de cette médication.

Diminution de l'appétit, associée à une préoccupation importante de l'image corporelle.

2. Quelle est la capacité de travail sur un plan strictement psychiatrique ?

La capacité de travail sur le plan strictement psychiatrique est toujours entière. Cependant, je crains fortement que, si Mme B. _____ ne reçoit aucun soutien concret sur le plan professionnel et financier, pour retrouver un travail compatible avec ses douleurs neuropathiques — dans le sens d'une reconnaissance de ces douleurs - , la capacité de travail de Mme B. _____ sur un plan psychiatrique ne se péjore de manière importante des suites d'une aggravation de son état dépressif. Quoiqu'il en soit, une aide au placement serait à mon avis très judicieuse, car une intégration socio-professionnelle améliorerait très probablement l'état psychique de cette patiente. »,

vu l'avis du 9 septembre 2014 du Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR relevant notamment ce qui suit :

« Le psychiatre de l'assurée atteste dans son courrier du 26 août 2014 une pleine capacité de travail: «La capacité de travail sur le plan strictement psychiatrique est toujours entière».

Le rapport du Dr G. _____ du 2 mai 2014 ne décrit aucune aggravation ou fait nouveau depuis l'examen de l'assurée au SMR. Il convient de considérer qu'il s'agit de l'appréciation différente d'une situation similaire.

Il convient donc de maintenir notre appréciation d'une CT de 75% dans l'activité habituelle dès le 1^{er} juin 2013 telle qu'énoncée dans le rapport SMR du 12 décembre 2013. »,

vu le projet de décision établi le 17 octobre 2014 par l'OAI faisant part à l'assurée de son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} mars 2013 au 31 août 2013, fondée sur un degré d'invalidité de 50%,

vu le rapport du 11 décembre 2014 du Dr F. _____ exposant notamment ce qui suit :

« Dans son rapport du 29 novembre 2013 le Dr S. _____, estime que mademoiselle B. _____ a une capacité de travail exigible dans son activité habituelle à 75% et dans une activité adaptée à 75% également, jugeant que son activité habituelle est adaptée.

Pour ma part, j'estime que cette jeune patiente de 23 ans, avec une formation d'employée de commerce, est capable de travailler dans son activité habituelle, qui est adaptée, à 50% dans un 1^{er} temps.

Madame B. _____ a été victime d'une lésion complète du ligament croisé antérieur du genou gauche le 10 mars 2010.

Depuis lors, et malgré les différents traitements chirurgicaux et la rééducation habituelle, il subsiste des douleurs non seulement mécaniques mais également neurogènes.

Ces dernières ont entraîné une inversion du rythme nyctéméral de la patiente, l'obligeant à prendre des somnifères, pour tenter d'inverser cette tendance. Par ailleurs les médicaments neuroleptiques utilisés sont grevés d'effets secondaires non négligeables tels qu'une asthénie et des nausées en particulier.

Mademoiselle B._____ se rend en physiothérapie 1x/semaine pour poursuivre sa rééducation. Elle a un suivi psychologique 1x/semaine et se rend à ma consultation 1x/mois. Hors ces traitements elle fait également des exercices de reconditionnements musculaires de son côté à domicile.

En raison des différents éléments évoqués ci-dessus, je reste sur mon appréciation d'une capacité de travail de 50%, dans un premier temps tout du moins. »,

vu l'avis du 9 janvier 2015 du Dr C._____ estimant qu'il n'y avait pas de fait nouveau, ni d'aggravation mais qu'il s'agissait de l'appréciation différente d'une situation clinique similaire à celle qui prévalait lors de l'examen du Dr S._____,

vu la décision rendue le 27 mars 2015 par l'OAI octroyant à l'assurée une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} mars 2013 au 31 août 2013, fondée sur un degré d'invalidité de 50% en considérant notamment ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Par sa demande du 26 septembre 2012, Madame B._____ a sollicité des prestations de notre assurance.

Suite aux investigations médicales entreprises, notamment un examen clinique orthopédique le 4 novembre 2013, il ressort qu'elle a subi des incapacités de travail à taux variables depuis le 28 juin 2011 (date de la plastie ligamentaire croisé antérieur). Cette date constitue le début du délai d'attente d'un an.

A l'échéance dudit délai, soit au 28 juin 2012, son incapacité de gain tant dans l'activité habituelle d'employée de commerce que dans une activité adaptée était de 50 %. Elle pouvait par conséquent réaliser un revenu annuel brut de CHF 27'950.-.

Sans atteinte à la santé, dans son activité habituelle, elle aurait pu prétendre à un revenu annuel brut de CHF 55'900.- à un taux de 100 %.

Mme B._____ subi ainsi un préjudice économique de 50 % selon le calcul suivant

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF 55'900.00
avec invalidité	CHF 27'950.00

La perte de gain s'élève à CHF 27'950.00 = un degré d'invalidité de 50°%

Selon le rapport d'examen clinique, il ressort que **depuis le 1^{er} juin 2013 une capacité de travail de 75 %** est exigible dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles (travail sédentaire sans port de charges ; éviter de se mettre à genoux et accroupi) et ce en raison des douleurs chroniques de la face antéro-interne du genou gauche et du tibia proximal qui sont résistantes à tous les traitements effectués jusqu'à présent.

L'activité d'employée de commerce est adaptée aux limitations fonctionnelles précitées. A un taux de 75 %, Mme B. _____ peut réaliser un revenu annuel brut de CHF 41'925.-.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF 55'900.00
avec invalidité	CHF 41'925.00

La perte de gain s'élève à CHF 13'975.00 = un degré d'invalidité de 25 %

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

Au bénéfice d'un CFC ainsi que d'une maturité commerciale, obtenus récemment, aucun besoin en formation ou mesure susceptible de réduire le préjudice économique n'a été identifié par Mme B. _____. Ses compétences et connaissances sont actuelles et exploitables de suite.

Si la capacité de travail ou de gain d'un assuré s'améliore, la prestation est adaptée, à savoir diminuée ou supprimée, en fonction de cette amélioration. La modification interviendra 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 (art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI)).

L'examen clinique réalisé se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires exemptes de contradiction et dûment motivées. Cet examen a dès lors pleine valeur probante.

Au vu de tout ce qui précède, Mme B. _____ aurait ainsi eu droit à une demi-rente du 1^{er} juin 2012 au 31 août 2013. Or, elle a déposé sa demande de prestations AI le 26 septembre 2012 seulement. En application de l'article 29 LAI précité, le droit à la rente prend naissance au plus tôt après un délai de six mois depuis le dépôt de la demande, en l'occurrence au 1^{er} mars 2013. »,

vu le recours interjeté le 11 mai 2015 par B. _____ concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de cette décision en ce sens qu'elle a droit à une rente entière depuis le 1^{er} mars 2013, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction, puis nouvelle décision et requérant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique),

vu le rapport d'expertise établi le 19 juin 2015 par la Prof. W. _____ spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et produit par la recourante, estimant la capacité de travail de l'assurée à 50 %, avec un potentiel d'augmentation par la suite, posant les diagnostics suivants :

« 1 - Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail et depuis quand sont-ils présents :

- Gonalgies G (10.03.2010)
- Status post-entorse grave du genou G avec :
 - o Déchirure du LCA.
 - o Contusions osseuses des 2 plateaux tibiaux.
 - o Contusions osseuses des 2 condyles fémoraux.
 - o Fracture marginale postérieure du plateau tibial externe T93.3. (10.03.2010)
- Status post-arthroscopie du genou G avec résection de plica synoviale et méniscectomie partielle de la corne du ménisque interne (29.04.2010).
- Status post-plastie du LCA par DIDT (29.06.2011).
- Status post-neurolyse du nerf saphène interne au niveau du genou G avec lipoaspiration, lipofilling et correction de cicatrice (01.02.2013).
- Status post reprise de neurolyse du nerf saphène interne au niveau du genou G (23.04.2013).
- Gonarthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne débutantes (2015)
- Lombosciatalgies récidivantes sur discopathies lombaires (2006)

2 - Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail et depuis quand sont-ils présents ?

- Dépression modérée (2009).
- Status post-adénoïdectomie (1997). »

et exposant notamment ce qui suit :

« 5 - Appréciation du cas et pronostic :

Il s'agit d'une patiente de 24 ans, qui se déplace maintenant de longue date sous couverture de 2 cannes anglaises, qui souffre d'une importante amyotrophie du quadriceps G et chez qui toute la

zone antérieure péri-cicatricielle du genou G est quasiment intouchable sur un genou qui apparaît par ailleurs tout à fait fonctionnel sinon.

Toutes les tentatives de traitements articulaires et antalgiques normales et médicalement indiquées ont été effectuées comme indiqué au paragraphe 1. Malgré cela, la patiente souffre de douleurs constantes diurnes et nocturnes.

Du point de vue professionnel, sa capacité de travail n'a cessé de diminuer avec des reprises en tant qu'employée de commerce à temps partiel qui ont été des échecs. Actuellement, le médecin spécialiste en réadaptation qui s'en occupe a estimé sa capacité de travail à 50 %. »,

vu la réponse du 10 juillet 2015 de l'OAI concluant au rejet du recours et produisant un avis du 30 juin 2015 du Dr C._____ maintenant ses précédentes conclusions,

vu les écritures ultérieures des parties maintenant leurs conclusions,

vu le dossier de la J._____, assureur LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), dont il résulte notamment les pièces suivantes :

- un rapport d'expertise du 7 juillet 2015 du Dr K._____, spécialiste en neurologie posant les diagnostics d'atteinte du nerf saphène avec hypoesthésie distale et dysesthésie sévère de la branche infra-patellaire de ce nerf, à gauche, secondaire au processus de cicatrisation après intervention de plastie ligamentaire en 2011 (pour rupture traumatique du ligament croisé antérieur) et dont il résulte en particulier ce qui suit :

« Status neurologique

Aucune anomalie particulière aux paires crâniennes ou aux membres supérieurs, notamment oculomotricité libre, pas d'atteinte du champ visuel, le fond d'œil est physiologique. Aucune anomalie ou asymétrie facio-bucco-linguo-pharyngée, pas de dysarthrie ou de dysphagie, nuque souple. Aux membres supérieurs, les fonctions sensitivomotrices et réflexes sont SP, de même que la coordination cinétique.

Aux membres inférieurs, présence d'une nette amyotrophie du quadriceps à gauche, sans fasciculation, la patiente exprimant une certaine difficulté à fléchir la cuisse, mais sans atteinte de la force lors du testing spécifique de l'iliopsoas de ce côté. De même, la force du quadriceps ne peut être vaincue la jambe tendue. Hypoesthésie dans le territoire distale de la saphène, au niveau interne du pied et de la cheville, avec une dysesthésie infra-patellaire gauche sévère, le moindre attouchement entraînant des sursauts, surtout au niveau de la cicatrice. Les réflexes tendineux sont symétriques, relativement au niveau rotulien. Il n'existe pas de trouble végétatif du membre inférieur gauche, notamment au niveau de la peau, des ongles, et de la température corporelle. Il n'y a pas de trouble de la marche spécifique, mais celle-ci est effectuée avec deux cannes anglaises afin de décharger le membre inférieur gauche, du fait que la patiente craint un lâchage associé aux douleurs paroxystiques. Il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral.

Aucun trouble de la coordination statique et cinétique aux membres inférieurs.

[...]

La dysesthésie de la branche infra-patellaire du nerf saphène est clairement en relation avec le processus de cicatrisation de l'opération pour le ligament croisé antérieur, et non avec la conséquence traumatique directe de l'accident lui-même. Ces plaintes dysesthésiques sont bien connues après ce type d'opération, parfois sévère, et dans le cas présent, nous ne pouvons émettre de doute quant à leur réalité, étant parfaitement en correspondance avec le territoire du nerf incriminé, en notant que le sacrifice opératoire du nerf saphène lors de la deuxième neurolyse s'est soldé en outre par une hypoesthésie distale du nerf saphène, heureusement sans extension du phénomène dysesthésique. Il n'y a aucun doute à avoir sur la réalité ou l'intensité décrite des dysesthésies comme on le trouve classiquement dans la littérature (John Stewart : Focal Peripheral Neuropathies, Lippincott Williams & Wilkins pages 406 à 408).

Dans ce type d'atteinte, il n'est pas possible, par un effort de volonté, de surmonter les douleurs, notamment paroxystiques, mais il est néanmoins possible d'obtenir une certaine capacité de travail, malgré la présence des douleurs inchangées.

[...]

6. Est-ce qu'un autre traitement médical serait susceptible d'améliorer l'état actuel ? Si oui, lequel et par qui ?

Vu l'absence d'amélioration par les traitements entrepris, et le fait que la patiente est actuellement à la dose « maximale » de Gabapentin, un essai de neurostimulation intrathécale, par exemple au centre d'antalgie de l'Hôpital de [...], chez le Dr P. _____ ou un collaborateur pourrait être discuté, ou, le cas échéant, la discussion d'une « pompe à Morphine-Clonidine » intrathécale.

7. Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte pour l'exercice d'une activité professionnelle ?

Il faut éviter toute stimulation cutanée de la région du nerf saphène, notamment au niveau infra-patellaire, que ce soit par l'attouchement, les courants d'air, le fait de s'agenouiller ou de s'accroupir, la marche au-delà de quelques mètres, le port de charge de plus de 5kg, en préservant la possibilité de ne pas être constamment immobile dans l'activité. Tout phénomène dysesthésique avec douleur paroxystique est en effet à même de compromettre n'importe quelle activité en cours, que celle-ci soit professionnelle ou non.

8. Existe-t-il une capacité de travail à la suite de l'accident dans sa profession en tant qu'employée de commerce ? Si oui, depuis quand ? Si non, pourquoi ?

Oui, au plan neurologique, une activité légèrement supérieur à un mi-temps est envisageable, que nous chiffrons à 60%. Ceci paraît valable depuis mi-2014. »,

- un rapport d'expertise du 28 octobre 2015 du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant les diagnostics de status plus de cinq ans après contusion/entorse du genou gauche avec rupture du LCA et lésion méniscale postéro-externe, status plus de cinq ans après arthroscopie du genou gauche et méniscectomie économique postéro-externe, status près de quatre ans et demi après contusion bénigne du genou gauche, status quatre ans et deux mois après plastie LCA du genou gauche, status deux ans et demi après neurolyse du nerf saphène au genou gauche et lipofilling (sous-cutané), status deux ans et quatre mois après section du nerf saphène interne au genou gauche, chondropathie fémoro-patellaire et exposant notamment ce qui suit :

« Le bilan actuel révèle une personne en très bonne santé physique, bronzée, soignée, ne montrant pas, au premier abord, de stigmates de souffrance douloureuse chronique.

Il n'y a pas de surcharge pondérale. Il n'y a pas de boiterie. On retrouve une atrophie quadricipitale gauche (-3,5cm de circonférence par rapport au côté sain). Le genou gauche est non inflammatoire (pas d'épanchement ; pas d'empâtement). Il est stable. On ne détecte pas de souffrance méniscale résiduelle. Une surcharge patellaire significative ne peut être mise en valeur. La mobilité est bonne, sans flexum.

Le tableau s'assombrit considérablement en raison d'une hyperesthésie péri-cicatricielle, assez marquée, voire de l'ensemble du versant antérieur du genou. Ceci en l'absence d'un franc tinel, circonscrit, d'un crépitement pathologique, d'une adhérence cicatricielle, voire d'une hyperthermie !

La récente IRM n'a pas montré de complication de la plastie. Elle évoque tout au plus la présence d'une chondropathie fémoro-patellaire modérée. Le bilan radiologique standard est rassurant, montrant une architecture trabéculaire physiologique, et des tunnels osseux (ceux du LCA) bien placés. Enfin, la scintigraphie ne fait pas ressortir des éléments en faveur d'un phénomène dystrophique réflexe. Tout au plus révèle-t-elle une discrète hypercaptation autour du tunnel tibial, reflet probable d'un remodelage osseux tardif (qui n'est pas rare après plastie).

Le lecteur appréciera qu'il existe manifestement une certaine discordance entre les éléments objectifs, plutôt rassurants et, les éléments subjectifs, très mauvais.

La perpétuation d'un syndrome autant algique nous laisse clairement songeur.

Il est très peu probable que les plaintes alléguées soient d'origine neurologique locale, c'est-à-dire en relation avec la branche infra-patellaire du nerf saphène. L'échec systématique de toute thérapie entreprise est en effet étonnante. Les plaintes perdurent même après dissection soigneuse et résection de ladite branche.

A titre comparatif on rappelle que la section de la branche infra-patellaire, lors d'une plastie LCA, parfois même après simple arthroscopie, n'est pas rare. Elle est même systématique lorsqu'on utilise la technique os-tendon-rotulien-os. Pourtant, on ne s'attelle pas à isoler cette branche nerveuse, lors de la plastie, pour la sectionner plus soigneusement, étant donné que, dans l'écrasante majorité des cas, à part l'hypoesthésie que ce geste peut engendrer (dans un petit territoire latéral du genou), les patients n'ont pas d'autre plainte. Rarement peut-on observer des douleurs sur névrome (tinel +), qui peuvent éventuellement conduire l'équipe médicale à réséquer ledit névrome, et régler ainsi définitivement ce problème.

Chez Mme B. _____, le cursus thérapeutique semble avoir été fait lege artis. On est donc arrivé, après une multitude de tentatives thérapeutiques non chirurgicales, à la résection soigneuse de la branche nerveuse précitée.

Les douleurs perdurent, élément qui laisse encore une fois très perplexe.

Une autre raison, au substrat anatomo-pathologique précis, expliquant l'essentiel des plaintes allégués, n'a pu être mise en valeur.

Ceci en l'absence d'une articulation inflammatoire, le bilan radiologique et scintigraphique se montrant rassurant.

Tout au plus peut-on évoquer la possibilité d'une surcharge fémoro-patellaire, modérée, dans le cadre de la chondropathie décrite et d'un quadriceps hypotrophique. Cependant, on précise que, dans de telles conditions, l'expression clinique de cette surcharge est présente à l'effort, voire lors d'activités quotidiennes précises (descente d'escaliers, marche soutenue en faux-plat, agenouillement). Elle est généralement tolérée en position assise, le patient ayant, en cas de douleurs (souvent décrite comme une lourdeur) la possibilité de pratiquer des exercices de dérouillage (flexion/extension du genou).

L'intensité des douleurs, exprimées par Mme B. _____, est sans commune mesure avec les douleurs alléguées usuellement par les patients présentant une surcharge fémoro-patellaire, encore une fois d'ordre modéré.

Enfin, on note qu'à aucun moment on n'a évoqué la présence d'un syndrome dystrophique réflexe, à caractère intense (douleurs, rougeur, sudation, arthrofibrose), susceptible d'expliquer la pérennisation de plaintes majeures.

Quant à l'hypotrophie quadricipitale, elle peut s'expliquer par diverses pathologies ou contextes. Elle peut être secondaire à une sidération musculaire, situation qui n'est pas rare après un traumatisme, ou une chirurgie du genou. En général, on assiste à une récupération, au moins partielle sûr le plan anatomique, souvent complète, ou quasi-complète, sur le plan fonctionnel. Elle peut aussi accompagner un syndrome dystrophique réflexe. Là aussi, la récupération, ne serait-ce que partielle, est la règle, à terme.

La pérennisation d'une atrophie consécutive (voire son aggravation), sans autre élément explicatif probant, peut aussi être due à un manque de collaboration (non accomplissement d'exercices d'auto-entraînement) de la part du patient, les possibilités de récupération s'amenuisant malheureusement au fil du temps.

Au final, la plastie LCA évolue bien. La méniscectomie postéro-externe, économique, ne laisse pas de séquelle significative. On déplore comme complication une atrophie quadricipitale, consécutive, d'origine incertaine. Sa pérennisation (aggravée même depuis le séjour au H. _____) laisse quelque peu songeur. Elle peut rendre compte d'une symptomatologie douloureuse (surcharge fémoro-patellaire) modérée, présente à l'effort.

En cours de route, on a évoqué la possibilité de douleurs neurogènes, susceptibles d'expliquer le tableau douloureux fruste, mais qui sont restées résistantes à toute thérapie, y compris à la résection pure et simple de la branche nerveuse incriminée. L'absence d'amélioration, malgré un riche cortège de moyens thérapeutiques laisse perplexe. Ce sont finalement des plaintes qui ne peuvent être validées par des moyens diagnostiques précis.

Le tableau subjectif reste ainsi très mauvais, image renforcée par certaines constatations (hyperesthésie exagérée), contrastant encore une fois avec une appréciation objective rassurante en ce

qui concerne le genou gauche (et plus généralement de la présentation générale de la patiente). Cette discordance s'explique peut-être (ou probablement) par l'influence négative de facteurs extra-anatomiques !

Dans un tel contexte, l'utilité d'un support fonctionnel continue, en physiothérapie, plus de 3 ans après la plastie LCA, est discutable. A ce stade de l'évolution, il n'apporte certainement pas plus qu'un programme d'auto-entraînement, pour autant que ce dernier soit suivi consciencieusement. Il en est de même pour les séances d'ergothérapie ou d'électrostimulation.

Limitations physiques : difficultés rencontrées en cas de marche prolongée, de course à pied, d'accroupissement/agenouillement répété, de travail soutenu à genoux, de port de charges lourdes, de marche sur terrain inégal.

Capacité de travail : en pondérant l'ensemble des éléments radio-cliniques recueillis, je n'ai aucun argument probant justifiant une incapacité de travail dans le métier d'employée de commerce. Il s'agit d'un métier parfaitement adapté à la situation objective, c'est-à-dire à la supputée surcharge fémoro-patellaire dans le cadre d'une chondropathie modérée et d'une atrophie quadricipitale. La patiente peut sans autres oeuvrer en position assise, position qui lui permet, au besoin, de faire quelque mouvements de flexion/extension de son genou (dérouillage). Elle peut sans autre faire quelques déplacements au sein d'un bureau et peut porter des charges légères, jusqu'à 5-10 kg, sur courtes distances.

Une capacité de travail de 50% avait été attestée après la plastie du LCA, en novembre 2011. Une capacité similaire avait été retrouvée en février 2013. Une pleine capacité aurait dû être reconnue au plus tard en juin 2013, deux mois après la dernière intervention chirurgicale qui visait à régler définitivement une supputée douleur neurogène, prenant racine à la branche infra-patellaire du nerf saphène. »,

vu la détermination de l'OAI estimant qu'il serait intéressant que le Dr X. _____ s'exprime sur les motifs l'ayant incité à se distancer de l'aptitude au travail reconnue par l'expert neurologue et ne préconisant pas à ce stade une expertise neurologique et orthopédique contrairement à l'avis médical du Dr C. _____ produit en annexe à son écriture,

vu cet avis du 23 mai 2016 dans lequel le Dr C. _____ relève que l'expert X. _____ mentionne l'expertise neurologique du Dr T. _____ en page 8 de son rapport, mais qu'il ne précise à aucun moment l'avoir lu, ni n'explique les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'appréciation de l'exigibilité telle que retenue par l'expert neurologue dans son rapport du 7 juillet 2015, et propose qu'il soit confié au SMR la

mise en en place d'une expertise neurologique et orthopédique, en ajoutant que sur le plan psychiatrique, aucun document médical ne retient une quelconque incapacité de travail, bien au contraire,

vu la détermination de la recourante du 22 juin 2016 confirmant ses conclusions et sa requête d'expertise pluridisciplinaire,

vu les pièces du dossier ;

attendu que le recours, interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

qu'il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme ;

attendu qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD),

attendu que la recourante soutient que l'instruction doit être complétée par une expertise pluridisciplinaire,

que le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire comme en l'espèce, doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA (voir notamment TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 ; 8C_104/2009

du 14 décembre 2009 consid. 2 ; 8C_18012009 du 8 décembre 2009 consid. 3),

que selon l'al. 1 de cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence; ou encore supprimée, tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, pouvant donner lieu à une révision de celle-ci, c'est-à-dire non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343, consid. 3.5 et réf. cit.),

que la question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant —en cas d'indices d'une modification des effets économiques — une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références) ;

attendu que, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur – en l'espèce l'OAI – examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin,

qu'il peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (art. 44 al. 1 LPGA),

qu'en l'espèce, les avis des différents spécialistes quant à l'atteinte au genou gauche de la recourante et ses conséquences sont divergentes sans que l'on puisse déterminer quelles conclusions peuvent être suivies,

qu'ainsi, notamment le Dr X. _____ estime entière la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, le Dr S. _____ à 75%, le Dr F. _____ et la Prof. W. _____ à 50% et le Dr T. _____ à 60%, ce médecin posant en outre le diagnostic d'atteinte du nerf saphène avec hypoesthésie distale et dysesthésie sévère de la branche infra-patellaire de ce nerf,

qu'il n'est dès lors pas possible de statuer en l'état du dossier sans une expertise sur les plans neurologique et orthopédique,

que de surcroît les Drs Z. _____ et N. _____ de la H. _____ ont posé les diagnostics de discopathies lombaires avec lombalgies intermittentes, tout comme les Drs U. _____ et G. _____ et la Prof. W. _____ qui, outre le diagnostic de lombosciatalgies récidivantes sur discopathies lombaires, pose celui de gonarthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne débutantes (2015),

qu'un complément sur le plan rhumatologique apparaît ainsi nécessaire,

que certes, sur le plan psychiatrique, la Dresse I. _____ estime le 26 août 2014 que la capacité de travail est entière,

qu'elle mentionne toutefois que la thymie est très régulièrement basse, en lien principalement avec les douleurs et les restrictions dans la vie quotidienne que ces dernières imposent (isolement social, difficultés à trouver un emploi à temps partiel, difficultés financières, problèmes asséculoologiques, etc.), la présence très régulière d'idées noires et d'idées suicidaires, des angoisses diffuses qui commencent à apparaître de plus en plus fréquemment, des troubles du sommeil (endormissement, cauchemars et réveils nocturnes) quotidiens avec une quasi inversion du rythme veille-sommeil, la diminution de l'appétit, associée à une préoccupation importante de l'image corporelle et récemment, la reprise du Zolpidem avec réaction paradoxale sous forme

d'hallucinations visuelles importantes qui ont nécessité l'arrêt de cette médication,

que cette praticienne déclare en outre craindre fortement que si la recourante ne reçoit aucun soutien concret sur le plan professionnel et financier pour retrouver un travail compatible avec ses douleurs neuropathiques dans le sens d'une reconnaissance de ces douleurs, sa capacité de travail sur un plan psychiatrique ne se péjore de manière importante des suites d'une aggravation de son état dépressif,

que l'on ne connaît pas l'évolution de cet état psychique depuis août 2014,

que l'on ignore en outre quelle est l'interaction des différents diagnostics posés,

qu'une expertise pluridisciplinaire portant tant sur les problèmes somatique (neurologique, orthopédique et rhumatologique) que psychiatrique de la recourante apparaît dès lors nécessaire ;

attendu que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet, notamment sur le plan médical (art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff, in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt),

qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

que tel est le cas en l'occurrence,

que le recours se révèle ainsi bien-fondé (art. 98 let. b LPA-VD),

que la décision attaquée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction conformément à l'art. 44 LPGA, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire en particulier sur les plans neurologique, orthopédique, rhumatologique et psychiatrique ;

attendu qu'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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI),

qu'en l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe,

qu'obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 27 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cent francs) à titre de dépens.
- IV.** Les frais d'arrêt, par 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Joël Crettaz (pour B._____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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: