

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 avril 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Neu et Métral, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6ss et 17 LPGA ; 4 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé à 100% du 1^{er} août 2008 au 30 juin 2009 en qualité de bijoutier joaillier qualifié auprès de l'Atelier de C. _____ SA à [...] et percevait un salaire mensuel brut de 6'500 fr., servi treize fois l'an. Il a sollicité l'intervention de l'assurance-chômage à compter du 1^{er} juillet 2009.

Le 3 juillet 2010, lors d'un mouvement de torsion en descendant des escaliers, il a rompu pour la 2^{ème} fois sa plastie du ligament croisé antérieur (LCA) gauche au tendon quadriceps. Une incapacité totale de travail a été attestée dès juillet 2010. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) dans le cadre d'une rechute.

Dans un courrier du 27 janvier 2011 au Dr N. _____, le Dr P. _____, chef de clinique au département de [...] ([...]) du CHUV a fait état d'un cas complexe avec un genou multi-opéré. Il a posé les diagnostics de fracture verticale de la rotule gauche post-prise de greffe quadricipitale, status sur plastie LCA gauche au TR en 2000 par le Dr G. _____, de chondropathie stade IV en zone de charge du condyle interne, localisée sur 5 millimètres, de chondropathie et de re-rupture.

b) Le 2 mai 2011, 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 ou l'intimé) faisant état d'une rupture du ligament croisé du genou gauche.

Dans un rapport médical 25 août 2011 à l'OAI, le Dr P. _____ a confirmé les diagnostics dont il avait fait état dans son précédent rapport. Le traitement actuel consistait en une reprise par plastie du ligament croisé antérieur, probablement en deux temps, d'abord par greffe osseuse des tunnels osseux puis par plastie du ligament croisé antérieur dans un deuxième temps. Il a préconisé une activité en position

assise. Il a indiqué que le patient présentait encore une instabilité de son genou et que celle-ci allait probablement persister sans opération. A long terme, le genou était à risque pour une gonarthrose post-traumatique.

Dans un rapport de consultation du 31 août 2011, le Dr S._____, médecin adjoint du département de [...] des HUG, a posé les diagnostics de laxité antérieure grade III du genou gauche sur rupture du ligament croisé antérieur, de status 7 ans post révision-reconstruction du ligament croisé antérieur du genou gauche, de status 10 ans post reconstruction du ligament croisé antérieur du genou gauche, de lésion chondrale de grade III du condyle fémoral interne gauche, de lésion chondrale de stade II à III du condyle fémoral externe gauche et de status post méniscectomie interne partielle gauche. Selon ce praticien, l'indication à une nouvelle révision reconstruction du ligament croisé antérieur était justifiée eu égard à la gêne présentée par le patient et la laxité mesurée.

Par communication du 10 novembre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé.

L'assuré a subi le 12 janvier 2012 une reprise de la plastie du ligament croisé antérieur gauche au tendon quadricipital prélevée du côté droit, une micro fracture du condyle interne, une ténodèse externe, une patellectomie externe et une plastie de l'échancrure.

Dans un rapport du 28 août 2012 à la CNA, le Dr P._____ a relevé que le pronostic était *a priori* favorable, même s'il y aura à long terme une gonarthrose post traumatique, à prédominance fémoro-tibiale interne, vu le morphotype en varus qui pourrait nécessiter, à terme, une ostéotomie de valgisation du tibia.

L'assuré a finalement séjourné du 28 août au 26 septembre 2012 à la Clinique romande de réadaptation (CRR) en vue d'une rééducation et d'une évaluation de ses capacités fonctionnelles. Dans un

rapport du 11 octobre 2012, les Drs X._____ et V._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin-assistant à la CRR, ont retenu les diagnostics de gonarthrose bi-compartmentale gauche débutante, d'allodynie péricatriculaire du genou gauche, de rupture du LCA gauche le 04.08.2000, d'arthroscopie du genou gauche avec plastie du LCA gauche au tendon rotulien et résection méniscale externe le 14 février 2001, de plastie du LCA gauche au tendon quadricipital le 24 septembre 2004, de reprise de plastie du LCA gauche au tendon quadricipital droit, de micro fractures du condyle fémoral interne, de ténotomie externe, de patellectomie externe et de plastie de l'échancrure le 12 janvier 2012 pour re-rupture de la plastie, chondropathie status III-IV du condyle interne en zone de charge et fracture verticale de la rotule gauche déplacée, ainsi que de tabagisme actif, d'obésité et de luxation post-traumatique de l'épaule droite opérée en 1997. Ils ont attesté une incapacité de travail de 100% du 28 août au 21 octobre 2012, de 50% du 22 octobre 2012 au 25 novembre 2012 et de 0% dès le 26 novembre 2012.

Le 3 octobre 2012, la CNA a informé l'assuré que ses prestations seraient versées compte tenu d'une aptitude au travail à 50% dès le 22 octobre 2012 et à 100% dès le 26 novembre 2012.

Dans un rapport du 14 novembre 2012 à la CNA, le Professeur M._____, spécialiste en anesthésiologie, au Centre [...], a retenu que le patient présentait des lésions iatrogènes au niveau des deux territoires nerveux probablement dues à la présence de névromes dans les cicatrices. Pour déterminer une éventuelle composante articulaire et distinguer les différentes causes de douleurs, il a préconisé un test diagnostique par instillation d'une anesthésie locale de forte concentration au niveau du genou. S'agissant de la neuropathie, il a précisé qu'il convenait d'adresser l'assuré à un microchirurgien ayant une grande expérience dans les révisions cicatricielles.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 14 novembre 2012 a confirmé une re-rupture de plastie et la présence d'une chondropathie fémoro-tibiale interne.

Par courrier du 5 décembre 2012, le Dr P._____ a soumis le cas de l'assuré au Dr A._____, spécialiste en neurologie, en ces termes :

"[...].

Diagnostics - Antécédents - Interventions

- **Suspicion de neuropathie du nerf saphène et douleurs neurogènes du genou gauche**
- **Status post 2 reprises de plastie du ligament croisé antérieur gauche, avec nouvel échec**

Anamnèse

Patient bijoutier, en arrêt de travail depuis 2 ans à cause de son problème de genou gauche. A 8 mois de la reprise faite par moi-même, le patient ressent, lors d'un exercice en physiothérapie, un claquement douloureux suivi d'un gonflement et d'une instabilité de son genou gauche. L'IRM du 14.11.2012 montre une déchirure de la plastie du ligament croisé antérieur en plein corps. Pas de lâchage de la fixation. Gonarthrose fémoro-tibiale interne connue.

[...]

Conclusions, traitement et évolution

On est donc face à une nouvelle déchirure de la plastie. Néanmoins la symptomatologie principale est la douleur, localisée plutôt interne et antérieure, douleur sous forme de coups de couteaux et sensations de chaleur ou froid.

On a certes un problème mécanique sous forme d'échec de plastie du ligament croisé antérieur. Le patient marche dans mon cabinet d'une façon assez symétrique, et ceci est plutôt rassurant, ainsi d'ailleurs que le fait qu'il ne présente pas d'instabilité rotatoire à l'examen clinique de son genou. Je n'opterais, dans ce cas, bien sûr pas sur une nouvelle reprise de ligamentoplastie. En analysant les images de l'IRM et le scanner pré-opératoire, on se rend compte que le tunnel tibial qui a été fait auparavant a soulevé une partie du massif des épines postérieures. Ceci touche presque le toit de l'échancrure en extension du genou, et je pense que ce conflit a "scié" la plastie du ligament croisé antérieur qui a été faite avec une greffe du quadriceps de bon calibre, greffe très rigide avec fixation peropératoire parfaite.

Je vous remercie d'examiner le patient et de lui faire un ENMG [électro-neuro-myogramme]. Je vous remercie de votre appréciation

pour déceler une éventuelle origine neurologique des douleurs susnommées.

Je reverrai le patient avec les résultats de cet examen. Vu que la capacité de marche est tout à fait bien conservée, je reste optimiste sur le fait que l'on pourrait tenter une réinsertion professionnelle dans un métier adapté sans nouvelle chirurgie. L'alternative serait une ostéotomie de valgisation versus une prothèse totale du genou chez un patient de 37 ans, mesure probablement lourde à un si jeune âge."

Dans un rapport du 6 février 2013 au Service d'antalgie, le Dr R._____, médecin-assistant au [...], a indiqué que le Dr A._____ ne pouvait objectiver une neuropathie du nerf saphène, mais ne pouvait pas non plus exclure une atteinte sensitive partielle. Il n'a pas préconisé de nouvelle chirurgie ajoutant qu'il appartenait aux médecins de la CNA et de l'AI de prendre en charge le cas du patient afin de lui trouver un travail approprié, soit un métier assis sans port de charges lourdes, sans plus de précision quant à la capacité de travail.

Le 21 juin 2013, l'assuré a subi une première opération, à savoir le nettoyage des tunnels et greffe par allogreffe. Dans une lettre de sortie du 27 juin 2013, le Dr S._____ a précisé que l'exploration arthroscopique montrait un genou avec une atteinte chondrale au niveau de la gorge de la trochlée et du compartiment interne, sans atteinte du compartiment externe.

Dans un rapport d'examen médical final du 8 octobre 2014, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant, a notamment exposé ce qui suit :

"5. Appréciation

Patient victime d'une rupture du LCA le 04.08.2000.

Une première plastie du LCA G au tendon rotulien est faite en 2000 puis une reprise est réalisée en 2004 au tendon quadricipital. Rupture de cette plastie peu après l'intervention du 24.09.2004.

L'assuré a une arthro-IRM le 04.08.2010 qui montre une rupture de la plastie ligamentaire du LCA G.

Le Dr P._____ propose une reprise du LCA G au TIDT.

Cette intervention est finalement réalisée le 12.01.2012 puis un séjour à la CRR a lieu du 26.09 au 28.08.2012.

Au terme de ce séjour, on identifie une rupture itérative du LCA G.

Le Dr P. _____ ne préconise pas de nouvelle chirurgie mais évoque une éventuelle ostéotomie tibiale proximale de valgisation.

L'assuré est vu par le Dr S. _____ aux HUG et celui-ci pratique une arthroscopie du genou G le 21.06.2013 pour un curetage des tunnels et une greffe par Tutoplast.

Par la suite, il est prévu une ostéotomie de valgisation du tibia proximal G associée à une nouvelle plastie ligamentaire du LCA par allogreffe.

L'intervention est déplacée à plusieurs reprises par le chirurgien et par l'assuré et, finalement, pour des motifs peu clairs et contradictoires avec des déclarations divergentes de l'assuré et du chirurgien, l'opération est annulée.

Subjectivement, l'assuré annonce que son genou G est douloureux de manière permanente. Un œdème apparaît dès la mi-journée. La situation douloureuse est péjorée en cas de temps froid ou humide. Des douleurs nocturnes sont présentes. Le patient a des difficultés lors de la marche en terrain irrégulier ainsi qu'à la descente. Son périmètre de marche à plat est d'environ 1 heure. L'antalgie est faite d'AINS et de Paracétamol. M.B. _____ a perdu le moral depuis l'annulation de la dernière intervention prévue à Genève. Il ne sait plus à qui s'adresser pour la prise en charge de son genou G. Il imagine qu'une PTG [prothèse totale du genou] G pourrait résoudre sa situation.

Objectivement, la marche s'effectue sans boiterie. L'accroupissement est relativement profond et le relèvement aisé. Le sautiller monopodal G est refusé. En décubitus dorsal, les membres inférieurs montrent un varus relativement important à 3 TDD intercondyliens. Le genou G a une mobilité restreinte à 110/8/0°. Il est clairement instable dans le plan sagittal avec un Lachman montrant une course prolongée et un arrêt mou.

Radiologiquement, les clichés en notre possession montrent des troubles dégénératifs du compartiment fémoro-tibial interne.

[...]

On doit reconnaître à notre assuré des limitations en ce qui concerne la marche en terrain irrégulier, la marche prolongée ou la position debout prolongée. On reconnaît également des limitations en ce qui concerne les travaux accroupis ou à genoux ainsi que le port de charges répété de plus de 10 kg.

Dans une activité respectant ces limitations et permettant l'alternance des positions assise et debout, notre assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail.

Il appartient à l'assuré de trouver un chirurgien prêt à prendre en charge son genou G pour une éventuelle ostéotomie de valgisation du tibia proximal G associée ou non à une nouvelle plastie ligamentaire du croisé antérieur.

A 39 ans, l'assuré est trop jeune pour qu'on envisage l'implantation d'une PTG.

Restent à la charge de la Suva, le traitement antalgique ainsi que d'éventuelles consultations médicales ultérieures en rapport avec l'accident du 04.08.2000."

Par courrier du 11 novembre 2014, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2014.

c) Invité par l'OAI le 29 septembre 2014 à répondre à un certain nombre de questions, le Dr S. _____ a expliqué que le patient ne s'étant pas présenté le jour de son intervention chirurgicale, il ne l'avait plus revu depuis le mois de novembre 2013 et ne pouvait dès lors pas répondre aux questions posées.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à l'examen de son Service médical régional (SMR). Dans son rapport du 11 décembre 2014, la Dresse J. _____ du SMR a retenu comme atteinte principale à la santé les diagnostics de gonarthrose fémoro-tibiale interne du genou gauche, status après rupture du ligament croisé antérieur, plastie ligamentaire et rupture de la plastie à plusieurs reprises, status après de multiples interventions chirurgicales du genou gauche et a attesté d'une incapacité de travail dès juillet 2010. Elle a en outre retenu les limitations fonctionnelles suivantes : éviter la marche en terrain irrégulier, la montée d'échelles/escaliers, la marche prolongée et la position debout prolongée, les travaux en position accroupie ou à genoux, le port de charge répété de plus de 10 kg, privilégier les activités permettant l'alternance des positions assise et debout. La Dresse J. _____ a en outre relevé les éléments suivants :

"[...] le Dr Z. _____ retient des limitations fonctionnelles décrites en p. 1 du présent rapport, et estime qu'une pleine CT [capacité de travail] est exigible dans une activité adaptée à ces limitations. Il ne

se prononce pas quant à l'activité de bijoutier (voir dossier SUVA du 10.10.2014).

Ne sachant pas exactement quelles sont les contraintes physiques de l'activité de bijoutier telle qu'exercée précédemment par l'assuré, je ne peux me prononcer sur l'exigibilité de cette activité. Néanmoins, le Dr P. _____ semblait dire qu'une telle activité était mal adaptée dans son RM [rapport médical] du 28.08.2012. Je laisse le soin à un spécialiste de vérifier si l'activité de bijoutier telle qu'exercée par l'assuré respecte les limitations fonctionnelles retenues. Dans le cas contraire, il faut admettre que cette activité n'est plus exigible depuis juillet 2010. Dans une activité adaptée, la CT est entière, et ceci depuis octobre 2014, date de l'examen médical final de la SUVA. Toutefois, compte tenu de l'évolution depuis la sortie de la CRR (octobre 2012), une pleine CT dans une activité adaptée aurait à mon sens déjà pu être admise à ce moment-là, tout en tenant compte d'une IT [incapacité de travail] totale transitoire liée à l'intervention chirurgicale de juin 2013."

Dans un rapport final du 13 janvier 2015, le spécialiste en réadaptation professionnelle a indiqué que l'activité de bijoutier joaillier (sédentaire légère) restait totalement adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré conformément au rapport de l'employeur du 10 mai 2011 (description de l'activité) et selon la fiche InfOP en annexe (qualités requises).

Par projet de décision du 15 janvier 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps soit du 1^{er} juillet 2011 au 31 décembre 2014. Il avait en effet présenté une incapacité de travail et de gain totales dans toute activité lucrative du 1^{er} juillet 2010 au 30 septembre 2014. Dès le 1^{er} octobre 2014, il présentait une pleine capacité de travail et de gain dans son activité habituelle de bijoutier ainsi que dans toute autre activité adaptée à sa situation respectant les limitations fonctionnelles. Dès lors, le droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, était ouvert dès le 1^{er} juillet 2011, soit après le délai d'attente d'une année. Toutefois, sa demande de prestations du 2 mai 2011 étant tardive, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du 1^{er} novembre 2011, soit six mois après le dépôt de la demande, selon l'article 29, alinéa 1, LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). La rente était supprimée au 31 décembre 2014, soit après le délai de trois mois prévu à

l'article 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

Dans un rapport du 9 avril 2015 au médecin-conseil de la CNA, le DrT._____, médecin associé au [...], a indiqué qu'il convenait de privilégier et de parfaire un traitement conservateur par une mise au point en consultation d'antalgie, demande adressée en 2012. Il a ajouté qu'il n'avait pas rédigé d'arrêt de travail, malgré la demande du patient.

Par décision du 4 janvier 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 janvier 2015.

B. Par acte du 1^{er} février 2016, B._____ recourt contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclut implicitement au maintien du versement d'une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2014. Il allègue que son genou est douloureux, qu'il l'empêche de dormir et de vivre de manière satisfaisante. Le changement répété de positions assise et debout a pour conséquence que son genou gonfle très rapidement avec de méchantes douleurs. Il ne comprend pas comment on peut lui reconnaître une capacité de travail entière dans son activité habituelle après les interventions ratées et une aggravation de son état. Il n'a en outre jamais eu de radio-postopératoire de Genève.

Dans sa réponse du 26 avril 2016, l'intimé propose le rejet du recours.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations

expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). 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 (art. 56 et 58 LPGA ; 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).

Dans le canton de Vaud, 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 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, le litige porte sur la suppression avec effet au 1^{er} janvier 2015 de la rente entière d'invalidité versée au recourant.

3. **a)** Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la

lumière des conditions de révision du droit à la rente. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et réf. cit. ; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et réf. cit.).

b) Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, pp. 833s n° 3068 et réf. cit. ; cf. également TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et réf. cit.).

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – 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 réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V

256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

7. En l'espèce, le recourant soutient qu'il n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle dans son activité habituelle en raison des interventions ratées et une aggravation de son état de santé. Le changement répété des positions assise/debout entraîne en effet un gonflement du genou. Il estime dès lors avoir droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2014 (soit trois mois après l'amélioration de son état de santé). L'intimé considère pour sa part que le recourant présente dès le 1^{er} octobre 2014 une pleine capacité de travail et de gain dans son activité habituelle de bijoutier laquelle respecte les limitations fonctionnelles.

a) Il ressort du dossier que le recourant a subi trois plasties du LCA gauche en 2001, 2004 et 2012. En novembre 2012, le recourant a présenté une re-rupture de plastie qui serait selon l'intéressé apparue lors d'une séance de physiothérapie en fin de séjour à la CRR. Lors d'une arthroscopie pratiquée le 21 juin 2013, le Dr S. _____ a fait état d'un LCA rupturé et a pratiqué un curetage des tunnels et une greffe par Tutoplast. Il était prévu dans un deuxième temps une ostéomie tibiale proximale de valgisation d'ouverture interne associée à une révision-reconstruction du LCA à l'aide d'une allogreffe rigide. L'assuré ayant sollicité le déplacement de dates d'intervention, le Dr S. _____ n'a plus souhaité s'occuper du traitement de l'intéressé. Lors de l'examen final pratiqué le 8 octobre 2014, le Dr Z. _____ constatait que le recourant n'avait plus de suivi médical pour son genou gauche depuis l'annulation de l'intervention par le Dr S. _____ et qu'il n'avait pas entrepris de démarches pour trouver un autre spécialiste (cf. rapport d'examen médical final du 8 octobre 2014). La CNA a dès lors informé l'assuré qu'elle allait cesser le versement des indemnités journalières, rappelant à l'intéressé qu'en cas d'intervention, un nouveau cas de rechute serait ouvert (entretien téléphonique du 8 octobre 2014 avec l'assuré). Le SMR s'est rallié aux conclusions du Dr Z. _____, tout en relevant qu'au vu de l'évolution depuis la sortie de l'assuré de la CRR en octobre 2012, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aurait déjà pu être admise à ce moment-là, sous réserve d'une incapacité de travail totale transitoire liée à l'intervention chirurgicale de juin 2013.

Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère que la révision de la rente s'inscrivait dans un contexte où l'état de santé apparaissait comme stabilisé en octobre 2014 au plus tard, même si à l'époque, une intervention chirurgicale ultérieure n'était pas exclue. Il n'y a en effet pas lieu de prendre en considération les effets d'une hypothétique opération sur l'état de santé du recourant, c'est-à-dire une ostéomie de valgisation du tibia proximal gauche associée ou non à une nouvelle plastie ligamentaire du croisé antérieur ou la pose d'une prothèse qui ne saurait être envisagée à ce stade selon le Dr Z. _____ en raison de l'âge de l'intéressé. Finalement, lors d'un examen clinique du 20 janvier 2015, le Dr T. _____ a privilégié un traitement conservateur par une mise au point en consultation d'antalgie en raison du bénéfice limité d'une intervention chirurgicale et n'a pas rédigé d'arrêt de travail malgré la demande du patient.

b) Sur le plan médical, le Dr Z. _____ a noté au terme de son examen clinique du 8 octobre 2014 une limitation de la mobilité du genou gauche, de même qu'une instabilité dans le plan sagittal, les documents radiologiques mettant en évidence des troubles dégénératifs du compartiment fémoro-tibial interne. Ce praticien a ajouté que la marche s'effectuait sans boiterie, que l'accroupissement était relativement profond et le relèvement aisé. Il a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité permettant l'alternance des positions assise et debout, mais excluant la marche en terrain irrégulier, la marche prolongée ou la position debout prolongée, les travaux accroupis ou à genoux, ainsi que le port de charges répété de plus de 10 kg. La Dresse J. _____ s'est ralliée aux conclusions du Dr Z. _____, les deux praticiens ne se prononçant toutefois pas sur l'exigibilité de l'activité habituelle de bijoutier joaillier, faute d'en connaître les contraintes physiques.

Selon les indications fournies à l'OAI par l'ancien employeur (cf. questionnaire pour l'employeur du 10 mai 2011, point 5), à savoir l'Atelier de C. _____ SA, l'activité exercée par le recourant consistait à fabriquer des bijoux, à élaborer des prototypes ou des maquettes, à

mettre en pierre, à polir ou à assurer le service après-vente en pièces de joaillerie. S'agissant des exigences physiques, l'assuré était souvent assis, restait parfois debout et marchait rarement. Enfin, l'assuré était rarement confronté au port de charges.

c) En définitive, même si le recourant présente des limitations fonctionnelles, la Cour de céans considère à l'instar du service de réadaptation de l'OAI que les limitations précitées ne font pas obstacle à la reprise à 100% d'une activité de bijoutier joaillier. Quoiqu'en dise le recourant, on ne saurait considérer que les limitations présentées constituent des obstacles irrémédiables pour mettre à profit sa capacité de travail. Enfin, les critiques générales que le recourant formule à l'encontre des conclusions de l'intimé ne sont pas susceptibles de remettre en cause l'appréciation des Drs Z._____ et J._____, l'intéressé n'apportant aucun élément contraire (médical ou autre). Le recourant ne peut dès lors prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité postérieurement au 31 décembre 2014, soit trois mois après la stabilisation de l'état de santé constatée en octobre 2014, correspondant à la reconnaissance d'une capacité de travail à 100% dans l'activité habituelle. La révision de la rente, et de ce fait sa suppression au 1^{er} janvier 2015, s'avèrent en définitive justifiées.

8. a) Il en résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, sont arrêtés à 400 francs.

Vu l'issue du recours, le recourant n'obtenant pas gain de cause et n'étant au demeurant pas représenté, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 4 janvier 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de B._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- B. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :