

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 avril 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière. Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 8, 17 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, est entré en Suisse en 2008. Occupé tout d'abord à des activités de réceptionniste et de concierge de nuit dans l'hôtellerie, il a ensuite exercé une activité d'agent de sécurité dès le 1^{er} février 2014 pour le compte de la société C. _____ SA.

En date du 2 janvier 2016, il a été victime d'une chute sur son lieu de travail, se blessant au genou droit après avoir trébuché sur une bouche d'égout. Cet accident, dont les conséquences ont été prises en charge par la D. _____ SA en sa qualité d'assureur contre les accidents, a occasionné une déchirure de la corne du ménisque interne du genou droit. L'assuré avait subi précédemment plusieurs lésions de ce même genou (plaie en 1998, entorse en août 2015 et contusion en novembre 2015), suite auxquelles il s'était rétabli (cf. notamment : dossier constitué par la D. _____ SA).

En incapacité totale de travail depuis l'accident du 2 janvier 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 22 juin 2016 à l'issue d'une procédure de détection précoce.

B. Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a recueilli un rapport d'employeur auprès de C. _____ SA, un rapport médical du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et un tirage du dossier de la D. _____ SA.

C. _____ SA a indiqué le 20 juillet 2016 avoir licencié l'assuré avec effet au 31 août 2016. Ce dernier avait réalisé à plein temps un revenu mensuel brut de 5'292 fr. dès janvier 2016.

Le 6 septembre 2016, le Dr F._____ a fait état du diagnostic de douleurs post-traumatiques du genou droit avec déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Il signalait avoir prescrit un traitement conservateur avant de procéder à une arthroscopie et une résection méniscale le 18 février 2016. Il relevait que le traitement antalgique se poursuivait sous suite d'incapacité totale de travail. Le pronostic était à son avis plutôt bon, avec la perspective de séances de physiothérapie et la reprise de l'activité lucrative à court terme. Son patient n'était toutefois pas en mesure de courir, de marcher en terrain irrégulier, de monter et descendre les escaliers ou les échafaudages en raison de la douleur.

Le médecin-conseil de la D._____SA, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, s'est exprimé sur le cas de l'assuré le 14 mars 2017 :

« [...] Après une infiltration sans succès et sans aucune précision (indication ? date ? localisation ? substance ?) le Dr F._____ demande la réalisation d'une antalgie du genou par radiofréquence au Dr L._____, [réd. : Dr L._____, spécialiste en radiologie médicale et radiodiagnostic] réalisée le 7 décembre 2016. Il est mentionné des douleurs de l'aileron rotulien externe et des douleurs péri-tendineuses (quel tendon ?). Je précise que cet examen a été réalisé pour des douleurs inexplicables de désensibilisation de l'articulation.

Etant donné cette évolution avec prolongation de l'incapacité de travail qui aurait dû - après l'intervention arthroscopique du 18 février 2016 - prendre fin fin mars 2016, je suggère la réalisation d'un arthro-IRM du genou droit réalisé le 8 février 2017. A toutes fins utiles, je précise que l'arthro-IRM contrairement à l'IRM est l'examen le plus approprié après une intervention chirurgicale méniscale.

Le Dr L._____ décrit un status après méniscectomie interne, sans fragment méniscal instable, sans aggravation aussi bien méniscale que cartilagineuse. Le Dr L._____ mentionne une possible petite déchirure de la corne postérieure du ménisque interne qui correspond à un status post-méniscectomie où seule la déchirure instable est réséquée quand une suture n'est pas réalisable. Comme le décrit le Dr L._____, le bord de résection reste irrégulier comme après toute méniscectomie sélective.

[...] Cet examen, d'excellente qualité, ne montre aucune lésion ligamentaire, tendineuse, synoviale, cartilagineuse ni des ailerons rotuliens. Cet examen montre un status tout à fait calme après méniscectomie postéro-interne s'étendant jusqu'à la jonction moitié-postérieure-moitié-antérieure du ménisque avec une partie résiduelle de la corne postérieure amputée de la déchirure, comme généralement après une méniscectomie sélective.

[...]

Il n'y a aucun élément objectivable permettant de comprendre la poursuite de l'incapacité de travail au-delà de fin mars 2016. Le

résultat de l'arthro-IRM de février 2017, soit presque une année plus tard, n'explique pas les doléances de Monsieur B._____. De plus, je ne comprends pas ce qui a empêché Monsieur B._____ de rechercher une nouvelle activité à partir du 01.09.2016 puisqu'il a été licencié pour le 31.08.2016 par C._____SA. [...] »

Le 24 mars 2017, l'assuré s'est rendu à la consultation du Dr H._____, médecin associé au sein du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier K._____. Ce dernier a rédigé un rapport le 18 avril 2017, concluant son appréciation du cas comme suit :

« [...] L'analyse des dernières images d'IRM, remontant à février 2017, ne permet pas d'identifier de lésion structurale, responsable de la symptomatologie douloureuse du patient. L'évolution semble marquée par la survenue d'une atteinte arthrosique débutante dans l'interligne fémoro-tibial interne, développée dans un contexte de morphotype en varus, de méniscopathie interne dégénérative et de résection méniscale partielle, effectuée il y a une année. Ces lésions ne semblent toutefois pas responsables de la symptomatologie actuelle.

Devant l'hypothèse d'une symptomatologie de caractère neuropathique, je propose une évaluation au centre d'antalgie du Centre hospitalier K._____ [...] »

Se déterminant sur ce document, le Dr J._____ a maintenu sa précédente appréciation. Il a indiqué le 27 juin 2017 que s'agissant de l'incapacité de travail présentée par l'assuré, elle n'était plus justifiée « 6-8 semaines après l'intervention chirurgicale ».

L'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique de l'assuré, lequel a été réalisé le 31 octobre 2017 au sein du Service médical régional de l'AI (SMR) par le Dr M._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Le rapport correspondant, rédigé le 15 novembre 2017, a fait état du diagnostic incapacitant de gonalgies droites dans le cadre d'un status après quatre traumatismes du genou droit, après arthroscopie du genou droit avec méniscectomie interne partielle avec discrète redéchirure de grade III horizontale de la corne postérieure du ménisque interne et avec séquelles de maladie d'Osgood-Schlatter (S83.2). Les diagnostics de tabagisme actif et d'allergie à la pénicilline n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Etaient mentionnés des consultations auprès d'une psychologue du Centre d'antalgie du

Centre hospitalier K. _____ et un traitement d'autohypnose auprès d'un psychiatre. Le Dr M. _____ a communiqué l'appréciation suivante :

« [...] Au status actuel, on note un assuré en BEG [réd. : bon état général], bronzé, musclé, normocarde, normotendu. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. L'abdomen est souple et indolore, sans hépatosplénomégalie ou masse palpable.

Au point de vue cutané et des phanères, l'assuré présente une couperose du visage. Il a des sourcils très fins.

Au plan ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assuré déambule normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds est possible, sans problème. La marche sur les talons entraîne des douleurs du genou D [réd. : droit]. L'accroupissement est presque complet. Il n'entraîne pas de douleurs du genou D et le relèvement se fait sans aide extérieure, mais l'assuré allègue qu'il met son poids surtout sur la jambe G [réd. : gauche]. Le reste du status neurologique est parfaitement normal, mis à part une tendance à l'hyporéflexie généralisée avec aréflexie rotulienne bilatérale. Les épreuves de Lasègue sont par ailleurs négatives. Elles sont tout de même limitées ddc [réd. : des deux côtés] à 70° par un raccourcissement des muscles ischiojambiers.

Au plan rachidien, on note une tendance à l'hypercyphose dorsale. La mobilité lombaire et cervicale est satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est également bien conservée, notamment la mobilité des 2 genoux est normale et symétrique. L'assuré présente une douleur à la palpation de la tubérosité tibiale antérieure D et à la palpation de la région sus-rotulienne D. A la palpation de cette région, l'assuré présente, de manière démonstrative, une réaction de retrait. L'assuré présente également un syndrome rotulien D et un petit épanchement du genou D. Il présente également un morphotype en discrets genua vara.

L'assuré ne présente, par ailleurs, aucun signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Il ne présente aucun signe de non organicité selon Waddell ou Kummel. Il ne présente aucune douleur à la palpation des divers points typiques de la fibromyalgie ou points de Smythe et ce diagnostic ne peut donc être posé.

Une arthro-IRM du genou D du 08.02.2017 ne met pas en évidence de lésions cartilagineuses. Il met en évidence un status après résection partielle du ménisque interne, avec discrète redéchirure de grade III horizonto-oblique de la corne postérieure atteignant la surface méniscale inférieure et un aspect relativement irrégulier de la face inférieure de la corne postérieure interne. Il existe également un très important remaniement de la tubérosité tibiale antérieure, respectivement du tendon rotulien dans un contexte de séquelles de maladie d'Osgood-Schlatter.

[...] Nous retenons des LF [réd. : limitations fonctionnelles], qui ne sont évidemment pas respectées dans l'activité habituelle d'agent de sécurité armé et de maître-chien. Ainsi, dans cette activité professionnelle, la CT [réd. : capacité de travail] est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une IT [réd. : incapacité de travail] et ainsi, dans une telle activité, la CT est complète.

Effectivement, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une IT dans une activité adaptée. D'ailleurs, la tolérance à la position assise

en cours d'entretien a été bonne. Par ailleurs, malgré que l'assuré se plaint de douleurs qu'il cote entre 3 et 10/10, l'assuré arrive encore à faire son ménage, passer l'aspirateur 1 fois par jour, faire la lessive et le repassage, ainsi que confectionner ses repas. Il amène également ses chiens dans des clubs canins, comme celui de [...]. Il se déplace ainsi en voiture et est d'ailleurs venu au SMR en voiture. Par ailleurs, l'assuré a été capable de partir en avion [...] en juin 2016.

[...]

Par ailleurs, l'assuré ne présente aucun motif d'exclusion tel qu'une importante exagération des symptômes ou une importante démonstrativité, mis à part qu'il présente, d'une manière violente et un peu excessive, voire démonstrative, une réaction vive de retrait à la palpation de la région sus-rotulienne D.

[...]

Limitations fonctionnelles

MI [réd : membres inférieurs] : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus de ¼ d'heure, pas de marche de plus de ¼ d'heure, nécessité de pouvoir alterner 1 x/heure la position assise et la position debout, pas de port régulier de charges de plus de 15 kg. [...] »

L'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles était fixée au 1^{er} septembre 2016.

Fondé sur ces conclusions médicales, l'OAI a déterminé le préjudice économique de l'assuré et mis à jour un degré d'invalidité de 0,34 % après comparaison des revenus avec et sans invalidité, respectivement 67'656 fr. et 67'885 fr. en 2017.

L'OAI a établi un projet de décision le 22 juin 2018, envisageant de nier le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité. Par communication du même jour, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'aide au placement.

Assisté de Me Jean-Michel Duc, l'assuré a contesté le projet de décision précité par écriture du 29 août 2018 et conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017. Il s'est prévalu d'un rapport rédigé le 4 juillet 2018 par le Prof. P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci considérait que l'assuré souffrait des séquelles de l'accident professionnel du 2 janvier 2016 et préconisait une prise en charge chirurgicale vu les

lésions résiduelles mises en évidence. Un reclassement professionnel lui semblait « évident » faute de pouvoir exiger la reprise de l'exercice d'activités professionnelles du domaine de la sécurité.

Par complément du 28 septembre 2018, l'assuré a fait parvenir à l'OAI de nouveaux rapports médicaux établis par le Dr H._____ les 23 juillet 2018 et 24 septembre 2018. Ce spécialiste a communiqué son évaluation en ces termes le 23 juillet 2018 :

« [...] Les bilans radiocliniques (3 IRMs post opératoires) n'ont, à ce stade, pas permis d'identifier de lésion structurelle responsable de la symptomatologie du patient. Ils identifient la persistance d'une méniscopathie de la corne postérieure et du corps du ménisque interne restant et suspecter une chondropathie débutante dans l'interligne fémoro-tibial interne. Le rapport de la dernière mise au point par IRM suggère une lésion non transfixiante de la racine de la corne postérieure du ménisque externe, qui n'a pas pu être retrouvée après relecture de l'examen au Centre hospitalier K._____.

Notre première hypothèse reste une origine neuropathique. Le patient avait, dans ce cadre, été adressé au Centre d'antalgie du Centre hospitalier K._____ en 2017. Une prise en charge interventionnelle avait été proposée mais le patient n'avait pu en bénéficier, devant une anxiété importante. Une prise en charge prophylactique et psychologique avait ensuite été proposée, mais elle avait été refusée par le patient.

[...]

Je propose une nouvelle évaluation au Centre d'antalgie du Centre hospitalier K._____. Une demande circonstanciée leur est adressée. Je ne retiens pas d'indication pour une prise en charge chirurgicale au vu des éléments susmentionnés pour l'instant. Une arthroscopie diagnostique ne sera considérée que si une origine neuropathique est rejetée. Je reverrai le patient au terme de son évaluation en antalgie.

Le pronostic du genou reste réservé au vu de la chronicité des plaintes, des facteurs contextuels et du caractère des douleurs.

Il travaillait auprès de la firme C._____SA, comme agent de sécurité. Il reste en arrêt de travail à 100 %. La reprise de l'activité professionnelle originelle paraît très peu réaliste. [...] »

Le 24 septembre 2018, le Dr H._____ a précisé, à l'attention de Me Duc, que le cas n'était à son avis « pas encore stabilisé » de sorte que « la décision d'une réorientation professionnelle avec une éventuelle perte de rendement ne [pouvait] encore être établie ».

Le SMR a observé, le 5 octobre 2018, que les documents médicaux versés par l'assuré à la procédure d'audition ne modifiaient pas

les conclusions retenues par le Dr M. _____ suite à son examen du 31 octobre 2017.

Par décision du 5 décembre 2018, l'OAI a repris les termes de son projet de décision du 22 juin 2018 et nié le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité arrêté à 0,34 %.

C. B. _____, représenté par Me Duc, a déféré la décision du 5 décembre 2018 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 21 janvier 2019. Il a conclu principalement à l'allocation d'une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} janvier 2017, subsidiairement à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, encore plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a estimé que le rapport du Dr M. _____ fondant l'appréciation de sa capacité de travail par l'OAI était incomplet. Ce médecin n'aurait à son avis pas examiné tous les diagnostics évoqués dans son cas. Par ailleurs, des soupçons d'atteinte à la santé psychique auraient justifié que l'OAI mette en œuvre une instruction à cet égard. S'agissant de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée, il a émis des doutes quant à l'existence d'une activité respectant ses limitations fonctionnelles sur le marché équilibré du travail et estimé que sa perte de gain devait par conséquent être considérée comme entière. Par ailleurs, même si une telle exigibilité devait être retenue dans son cas, le calcul du degré d'invalidité opéré par l'OAI devait être revu en tenant compte d'un abattement maximal de 25 % sur les salaires statistiques pour fixer le revenu d'invalidité. Cas échéant, un degré d'invalidité de plus de 25 % serait mis à jour, ce qui lui ouvrirait le droit à des mesures d'ordre professionnel. Était annexé à l'acte de recours un avis du 8 janvier 2019 de la Dre T. _____, médecin auprès d'une clinique étrangère, laquelle annonçait une arthroscopie du genou droit de l'assuré, planifiée pour le 21 janvier 2019. Cette praticienne estimait que l'assuré serait incapable de reprendre son activité habituelle à 100 % et que son rendement serait probablement affecté.

Les 4 février 2019 et 20 mars 2019, l'assuré a adressé à la Cour de céans de nouvelles pièces, soit :

- la traduction du rapport du 8 janvier 2019 de la Dre T._____ ;
- un rapport de la Dre T._____ du 28 janvier 2019, accompagné de sa traduction, dans lequel elle considérait que l'assuré ne pouvait plus exercer l'activité d'agent de sécurité et que la reprise d'une activité professionnelle adaptée entraînerait une baisse de rendement ; l'intervention pratiquée durant une journée d'hospitalisation (ménisectomie partielle, régularisation du cartilage du condyle fémoral interne avec traitement par radiofréquence et synovectomie partielle dans le compartiment externe du genou droit) devait améliorer significativement la douleur ;
- un rapport de la Dre T._____ du 15 février 2019, accompagné de sa traduction, dans lequel elle relevait la poursuite de traitements de physiothérapie postérieurement à l'intervention du 21 janvier 2019 ;
- un rapport du Département de psychiatrie du Centre hospitalier K._____ du 18 janvier 2019, dans lequel le Dr W._____, chef de clinique adjoint, et la Dre X._____, médecin assistante, retenaient les diagnostics d'un épisode dépressif avec syndrome somatique (F32.11) et de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F54), précisant que l'assuré s'était rendu à leur consultation les 6 et 28 août 2018, 6 et 14 septembre 2018 et 5 octobre 2018 ; il présentait un abaissement de moral avec un manque de motivation, perte d'élan vital, anhédonie, accompagnés de troubles du sommeil avec fatigue importante et de troubles de la concentration, ainsi que d'idées de dévalorisation ; était observé en sus un trouble consécutif à la persistance de douleurs au genou ; un traitement des troubles du sommeil et de l'anxiété avait été préconisé à titre

symptomatique et temporaire, un traitement antidépresseur s'avérant être de premier choix ; une prise en charge psychothérapeutique serait demandée.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 25 mars 2019 et a proposé son rejet, estimant qu'aucun élément au dossier ne justifiait un complément d'instruction médicale. Le degré d'invalidité déterminé par ses soins devait être confirmé. Quant aux mesures professionnelles, un droit au reclassement était exclu, l'assuré ayant été mis au bénéfice d'une aide au placement.

Par réplique du 7 mai 2019, l'assuré a maintenu ses conclusions et fait valoir que les nouvelles pièces médicales produites par ses soins devaient à son sens être soumises au SMR. Au surplus, il joignait copie des prescriptions médicales (notamment d'antidépresseurs) établies par son médecin généraliste traitant, le Dr R._____, les 20 mars et 24 avril 2019.

Le 9 mai 2019, l'assuré a adressé à la Cour de céans un certificat du 8 mai 2019 du Dr R._____, lequel indiquait que l'évolution de son patient était lentement favorable après l'intervention du 21 janvier 2019. Il le considérait apte à reprendre à 50 % une activité adaptée, sans longues marches, ni montées et descentes d'escaliers, ainsi que sans sollicitations du genou droit.

L'OAI a dupliqué le 6 juin 2019 et confirmé ses conclusions.

Par détermination du 20 juin 2019, l'assuré a insisté sur les pièces médicales nouvellement produites, en particulier sur la prise en charge psychiatrique au sein du Centre hospitalier K._____, ressortant du rapport du Dr W._____, et de la Dre X._____ du 18 janvier 2019, laquelle s'avérait antérieure à la décision querellée.

En date du 27 janvier 2020, il a fait parvenir à la Cour de céans un rapport rédigé le 17 janvier 2020 par le Dr S._____, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie au sein du Centre V._____. Celui-ci retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, depuis 2016 (F33.10). Il précisait par ailleurs les éléments suivants sur questions du mandataire de l'assuré :

« [...] M. B._____ relate une symptomatologie dépressive et anxieuse d'intensité moyenne, avec un manque d'envie et de motivation. Il évoque une peur de l'échec avec des appréhensions négatives allant jusqu'à l'incapacité de se projeter dans le futur. Le patient décrit un sentiment d'injustice et de non reconnaissance de la part de l'assurance-accident vis à vis des dégâts irréparables sur son genou (limitations de mouvements). Selon M. B._____ et l'avis des médecins qu'il consulte, cet accident a des séquelles sur son activité professionnelle exercée depuis plusieurs années (agent de sécurité) et aussi sur la pratique de certaines activités de loisirs ou sportives (courir, faire du football, etc.). [...]

En revanche, les séquelles de cet accident ont affecté son état psychique avec une réaction anxio-dépressive associée à une perception négative de l'image de soi. Lors de chaque entretien, le patient évoque un sentiment de dévalorisation et d'inutilité. Le discours est très négatif, marqué par la perte de l'estime et la confiance en lui avec un effondrement narcissique important. M. B._____ rapporte que son état psychique s'est détérioré depuis l'accumulation de plusieurs facteurs de stress (arrêt maladie suite à un accident au travail, son licenciement au mois d'août 2016 en lien avec l'arrêt de travail, et enfin l'interruption de ses indemnités de son assurance-accident).

[...]

En ce moment, M. B._____ est en incapacité de travail à 100 %. Le patient rapporte que son état de santé psychique s'est dégradé depuis son accident de travail, à savoir depuis 2016. La baisse de sa thymie et l'apparition de ses angoisses sont liées étroitement à cet accident de travail et les conséquences néfastes sur sa vie socio-professionnelle. Pour le moment, l'évolution est très lente. [...] »

Se déterminant sur ce document le 14 février 2020, l'OAI a souligné n'avoir pas eu connaissance d'un suivi psychiatrique à la date de la décision querellée. Le psychiatre traitant ne datait d'ailleurs pas précisément sa prise en charge. L'OAI a dès lors maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

D. Par correspondance du 25 février 2020, l'assuré a adressé à la Cour de céans un tirage du rapport d'expertise rédigé le 6 août 2019 par le Dr G._____, chef de clinique au sein du Département de chirurgie des Hôpitaux Y._____, sur mandat de la D._____SA. A l'issue de son examen du 18 juillet 2019, ce spécialiste a retenu les diagnostics incapacitants de contusion du genou droit le 2 janvier 2016 avec douleurs

inflammatoires et mécaniques mixed persistantes, status post arthroscopie du genou avec résection de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit (Prof. T._____) en 2019 et status post arthroscopie du genou droit avec résection de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit (Dr F._____) en 2016. Il relevait un « diagnostic inconnu » sans influence sur la capacité de travail nécessitant un traitement antidépresseur. L'expert a communiqué son appréciation du cas notamment en ces termes :

« [...] L'évolution des derniers 5 mois est absolument favorable suite à la dernière intervention [...] et la rééducation intense qui suivait sur place. Actuellement, le patient ressent une stagnation des améliorations, étant donné qu'il ne bénéficie plus de traitements spécifiques pour son genou. Les exercices à domicile ne sont pas régulièrement effectués. On peut s'attendre à une stabilisation de la situation dans 2 à 3 mois, néanmoins sans retour à 100 % à son travail chez C._____SA. Il me semble illusoire que son genou tienne la position debout pendant 8-10 heures, ou de marcher 8-10 km pendant les patrouilles dans les terrains peu stables. La motivation et l'envie du patient à retourner à une activité professionnelle est absolument crédible, mais il est bien conscient qu'un changement de lieu et de profil professionnel sera nécessaire. Une activité à 100 % sera sans doute réalisable, dans un métier adapté. Le pronostic pour la vie quotidienne concernant les suites de l'accident est acceptable. Cependant, certaines douleurs liées aux efforts vont très probablement persister. »

Le Dr G._____ a enfin défini les limitations fonctionnelles comme suit :

« Sa capacité résiduelle de travail se limite à un travail manuel léger sans port de charges ni déplacements importants. Des marches de >1-1.5 km de suite ou des phases debout de >60 minutes sont difficilement gérables et devraient être limitées, voire complètement évitées. La marche sur du terrain peu stable provoquera des douleurs de son genou. Par contre un travail adapté, avec une composante physique légère, sans port de charges ni déplacements importants, est envisageable à 100 %. »

Appelé à se déterminer, l'OAI a indiqué maintenir ses conclusions tendant au rejet du recours par écriture du 19 mars 2020. Il s'est référé à un avis du SMR du 18 mars 2020 qui observait une situation stable depuis l'examen du Dr M._____ en 2017 et qui confirmait l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à plein temps.

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 [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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, compte tenu des feries judiciaires de fin d'année (art. 38 al. 4, let. c, LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement l'appréciation de sa capacité de travail et le calcul de son degré d'invalidité.

3. 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). 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) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

c) 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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'incapacité de travail, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. En l'espèce, le recourant conteste en premier lieu l'appréciation de sa capacité de travail. Sur le plan somatique, il reproche à l'intimé de ne pas avoir examiné à satisfaction l'ensemble des diagnostics évoqués dans son cas et de ne pas avoir pris en considération les avis divergents de ses médecins traitants. Il souligne également avoir fait l'objet d'un suivi sur le plan psychique antérieurement à l'établissement de la décision querellée.

a) On peut observer que le volet somatique du cas a été exhaustivement investigué au sein du SMR par le Dr M._____ à l'occasion de l'examen réalisé le 31 octobre 2017. Le rapport corrélatif, rédigé le 15 novembre 2017, contient une description étayée des constats cliniques objectifs (ressortant notamment des documents d'imagerie) et des diagnostics retenus, ainsi que des conclusions convaincantes quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps. Dans le contexte diagnostique, on ne voit pas sérieusement que les documents produits par le recourant viennent apporter un éclairage différent de son cas. Il est en effet admis par l'ensemble des praticiens consultés que le recourant souffre de gonalgies droites, expliquées par une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et par des séquelles de maladie d'Osgood-Schlatter des suites de quatre traumatismes du genou. Tant le Prof. P._____ que le Dr H._____ et la Dre T._____ ont en effet relaté ces mêmes éléments (cf. rapport du Prof. P._____ du 4 juillet 2018, du Dr H._____ des 23 juillet 2018 et 24 septembre 2018 et de la Dre T._____ des 8 janvier

2019 et 28 janvier 2019). On ne saurait dès lors considérer que le rapport d'examen du Dr M._____ soit contradictoire ou incomplet au regard de ceux établis par les médecins du recourant. Aucun diagnostic nouveau ou inconnu de l'intimé n'a été porté à sa connaissance depuis l'examen du Dr M._____. On ne voit donc pas la nécessité de faire compléter cet examen, en dépit des griefs du recourant.

A l'instar de l'intimé, on ne peut pas davantage retenir que les rapports de ses médecins traitants permettent de s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail communiquée par le Dr M._____. Le Prof. P._____ s'est en effet contenté d'observer que l'activité habituelle du recourant n'était plus exigible - tout comme le Dr M._____ - et qu'une nouvelle orientation professionnelle devait être envisagée (cf. rapport du 4 juillet 2018 mentionnant l'opportunité d'un reclassement professionnel). Quant au Dr H._____, il s'est essentiellement questionné sur une origine neuropathique des gonalgies présentées par le recourant, tout en préconisant diverses prises en charges destinées à atténuer la symptomatologie douloureuse (cf. en particulier : rapport du 23 juillet 2018). Ce spécialiste a par ailleurs communiqué un avis tranché, rejoignant au demeurant celui du Dr M._____, sur l'inadéquation de l'état de santé du recourant avec l'exercice de l'activité habituelle d'agent de sécurité. Il a déclaré ne pas être en mesure de se prononcer sur une éventuelle baisse de rendement dans une activité adaptée (cf. rapport du 24 septembre 2018). A cet égard, l'appréciation de la Dre T._____ n'apporte pas une appréciation nouvelle ou différente de celle Dr H._____. Cette spécialiste a en effet exclu la reprise de l'activité habituelle, sans statuer clairement sur l'exigibilité d'une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr M._____. Le recourant ne peut enfin tirer aucun argument en sa faveur du certificat établi le 8 mai 2019 par le Dr R._____. Ce praticien - au demeurant non spécialiste - n'a pas motivé les raisons le conduisant à retenir une exigibilité limitée à 50 % en présence de restrictions fonctionnelles sensiblement identiques à celles énumérées par le Dr M._____. En définitive, les médecins traitants du recourant ont

essentiellement discuté ou mis en œuvre des mesures thérapeutiques visant à réduire la symptomatologie douloureuse alléguée par le recourant, sans exclure l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée. Dès lors, les pièces médicales produites par le recourant sont insuffisantes pour faire douter du bien-fondé des conclusions du Dr M._____, ce en présence d'une situation demeurée pour l'essentiel stationnaire depuis le 1^{er} septembre 2016 au plus tard. On ajoutera que les considérations des médecins traitants du recourant quant au lien de causalité entre les symptômes présentés et l'accident du 2 janvier 2016 sont dénuées de pertinence en matière d'assurance-invalidité.

b) S'agissant du rapport d'expertise du Dr G._____, on peut constater que ce document vient confirmer les conclusions consignées en son temps par le Dr M._____, dans la mesure où l'expert des Hôpitaux Y._____ admet sans équivoque l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps. Les limitations fonctionnelles énumérées par l'expert sont au demeurant englobées dans la liste des restrictions retenue par le Dr M._____. On ne peut dès lors que constater que la situation est pour l'essentiel demeurée stationnaire depuis l'examen réalisé au sein du SMR le 31 octobre 2017, sous réserve d'une période de quelques mois de rééducation postérieurement à l'intervention effectuée [...].

c) Sur le plan psychique, la consultation psychologique et le traitement d'autohypnose évoqués par le recourant au cours de l'examen effectué _____ par _____ le Dr M._____ le 31 octobre 2017 ne permettent aucunement de déduire la survenance d'une véritable problématique de ce registre, antérieurement à la décision querellée. S'agissant de la prise en charge relatée dès le mois d'août 2018 par le Département de psychiatrie du Centre hospitalier K._____, _____ le Dr W._____ et la Dre X._____ ont fait part de la mise en place de traitements contre l'anxiété et contre un épisode dépressif, ainsi que d'un accompagnement psychothérapeutique. Leur rapport, rédigé le 18 janvier 2019, ne mentionne néanmoins aucune répercussion en termes de

capacité de travail, les symptômes décrits apparaissant de peu de gravité et de caractère temporaire, susceptibles de s'amender sous traitements adéquats. Enfin, le rapport établi le 17 janvier 2020 sur questions de Me Duc par le Dr S._____ du Centre V._____ s'avère insuffisamment motivé pour justifier une instruction complémentaire du point de vue psychique en l'état. En premier lieu, ce psychiatre n'a pas mentionné la date à laquelle une prise en charge du recourant avait débuté et s'est autorisé à retenir un trouble dépressif récurrent - sans autres explications - depuis 2016, soit à une date où le recourant n'avait évoqué aucune problématique ni aucun suivi psychiatrique. En second lieu, les réponses communiquées par le Dr S._____ constituent une compilation des propres déclarations du recourant et ne contiennent aucune analyse critique du spécialiste. La valeur probante de ce document apparaît en conséquence d'emblée sujette à caution, de sorte que cette pièce ne saurait justifier un complément d'instruction en l'état.

d) Vu ce qui précède, la requête du recourant tendant au renvoi de la cause pour instruction complémentaire peut être écartée. En outre, on peut retenir les conclusions du Dr M._____, confirmées par le Dr G._____, et considérer avec l'intimé que le recourant est incapable d'exercer son activité habituelle d'agent de sécurité depuis le 2 janvier 2016. Il est en revanche doté d'une capacité de travail entière dans une activité correspondant aux restrictions fonctionnelles énoncées en lien avec les gonalgies droites à compter du 1^{er} septembre 2016.

6. a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, 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. Cette notion est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à

l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité est évalué sur la base de salaires ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid.

5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). Dans ce cadre, le juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid 5.2)

7. a) En l'occurrence, contrairement à ce que soutient le recourant, on ne voit pas en quoi les limitations fonctionnelles énumérées dans son cas seraient restrictives au point d'exclure la mise à profit de sa capacité de travail. Celle-ci apparaît pleinement exploitable dans une activité essentiellement sédentaire, ce d'autant plus que le recourant peut proposer ses services sur un plein temps. Il convient par conséquent d'examiner le taux d'invalidité arrêté dans son cas conformément à l'art. 16 LPGA avant de se prononcer sur son droit aux prestations.

b) In casu, l'intimé a déterminé le revenu annuel hypothétique sans invalidité du recourant en se basant sur les données statistiques résultant de l'ESS. Dans la mesure où on dispose toutefois de renseignements fiables et concrets communiqués par l'employeur du recourant, on ne voit aucune raison de s'en écarter. C._____SA a fait part d'un salaire mensuel brut de 5'292 fr. versé treize fois (valeur 2016). Annualisé et actualisé à l'année de référence (2017), au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2018,

établi par l'OFS), le revenu hypothétique sans invalidité déterminant se monte à 69'103 francs.

c) S'agissant du revenu d'invalidé, au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 5 décembre 2018, les données de l'ESS 2016 étaient disponibles. Le salaire avec invalidité peut par conséquent être déterminé sur la base de ces dernières données. Le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2016, de 5'340 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1), soit 66'803 fr. par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures en 2017 (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS). Compte tenu d'une indexation de 0,4 % en 2017 (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2018 » susmentionné), on aboutit à un revenu de 67'102 fr. pour une activité exercée à 100 %.

d) En l'espèce, à l'instar de l'intimé, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement supplémentaire sur le salaire statistique. Le recourant, encore relativement jeune au moment de la décision querellée (moins de 50 ans), est doté de bonnes compétences linguistiques et d'une faculté d'adaptation évidente au vu de son parcours professionnel, déployé tant dans son pays d'origine qu'en Suisse, où il a d'ailleurs acquis des compétences spécifiques pour devenir agent de sécurité. Les limitations fonctionnelles dont il pâtit demeurent par ailleurs restreintes aux seules activités sollicitant à l'excès son genou droit. Partant, on peut en déduire que le revenu de 67'102 fr. mis à jour ci-dessus (consid. 7c) est le revenu d'invalidé déterminant pour la comparaison des revenus.

e) Le degré d'invalidité du recourant s'élève en définitive à 2,9 % ($[69'103 - 67'102 \times 100] / 69'103$), arrondi à 3 %. Ce taux n'ouvre droit ni à une rente d'invalidité, ni à un reclassement professionnel. S'agissant des autres mesures professionnelles entrant en ligne de

compte en l'occurrence, on rappellera que le recourant s'est vu octroyer une mesure d'aide au placement par communication du 22 juin 2018. Une telle mesure s'avère parfaitement adéquate pour assister le recourant dans la recherche d'un emploi adapté à son état de santé.

8. a) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 5 décembre 2018 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe.

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 5 décembre 2018 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 la recourant.

- IV. 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, par l'envoi de photocopies, à :

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

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 :