

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mars 2014

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : M. Küng et Mme Rossier, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant, représenté par Fortuna, Compagnie
d'Assurance de Protection juridique SA, à Nyon,

et

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

**Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA ; art. 28 et 29 al. 1 LAI ; art. 29ter et
88a al. 1 RAI.**

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, employé en qualité de tailleur de pierres au sein de l'entreprise Q._____ SA à [...], a été victime le 7 avril 2008 d'un accident du travail entraînant une déchirure méniscale externe du genou droit.

Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 28 mai 2008, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a pratiqué une arthroscopie du genou droit. Dans un rapport du 22 juillet 2008, ce médecin a mentionné une évolution lentement favorable avec douleurs résiduelles mais mineures, un genou sec et stable, des signes méniscaux négatifs, préconisant une reprise du travail à 100 % dès le 28 juillet 2008, effectivement tentée par l'assuré.

Selon un rapport du 4 novembre 2008 du Dr J._____, le genou droit de l'assuré a "toujours" présenté une tuméfaction locale avec un épanchement et une importante difficulté à la marche. Ce praticien a mis l'assuré à l'arrêt de travail depuis le 9 septembre 2008 en raison d'une dégradation de la situation.

L'assuré a repris le travail à 50 % dès le 12 janvier 2009 auprès de son employeur avec aménagement du poste occupé, dans le sens d'une diminution du port de lourdes charges. Selon le rapport du Dr J._____ du 4 février 2009, l'évolution était difficile avec persistance des douleurs et des sensations de lâchage. Une poursuite du travail à 100 % dès le 16 février 2009 était néanmoins qualifiée de probable. De fait, l'assuré a poursuivi son activité professionnelle à 50% jusqu'au 6 avril 2009.

Sur recommandation du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, l'assuré a séjourné du 7 avril 2009 au 5 mai 2009 à la Clinique B._____ à [...].

Lors de ce séjour, soit le 29 avril 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'intimé ou l'OAI).

Il ressort du rapport de Q._____ SA adressé le 19 mai 2009 à l'OAI, que le salaire horaire brut de l'assuré s'élevait en 2009 à 33 fr. 55, ce montant comprenant l'indemnité pour vacances à hauteur de 10,64% et la part du treizième salaire à hauteur de 8,33%. L'horaire hebdomadaire contractuel était de 41,5 heures.

Aux termes du rapport du 3 juin 2009 des médecins de la Clinique B._____, le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et la Dresse R._____, médecin hospitalier, l'assuré présentait une gonarthrose droite tricompartimentale débutante, prédominant au compartiment externe, dans un contexte après méniscectomies partielles externes en 1996 et méniscectomies partielles internes et externes, telles que pratiquées le 28 mai 2008. Pendant son séjour à la Clinique B._____, l'assuré a bénéficié de séances de physiothérapie, d'un stage en ateliers professionnels ainsi que d'examens neurologique et psychiatrique. L'appréciation et la discussion du cas de l'assuré ont la teneur suivante :

« A l'admission, le patient rapporte qu'après deux heures de travail, les gonalgies augmentent peu à peu et qu'un oedème survient quotidiennement. Les douleurs sont accentuées par la montée-descente d'escaliers surtout avec des charges, les variations météorologiques et la position assise prolongée. La marche en terrain plat est effectuée sans trop de difficulté. Trois infiltrations n'ont pas modifié la symptomatologie. Il n'y a pas de lâchage. Un épisode de blocage en janvier 2009 n'a pas récidivé.

A l'examen clinique, on note une boiterie de décharge du membre inférieur droit, un manque de déroulement du pas, une amyotrophie

nette du quadriceps droit. Le genou droit n'est pas chaud, par contre, il y a une lame d'épanchement. La mobilité est diminuée en flexion à 120°, vs 150° de l'autre côté. Les tests ligamentaires ne montrent pas de laxité. La palpation des interlignes articulaires interne et externe est déclarée douloureuse. L'examen est globalement limité par les douleurs rapportées par le patient.

En raison de paresthésies diffuses, un conseil neurologique avec ENMG est effectué. Notre consultant relève que des paresthésies dépassent largement un territoire radiculaire ou tronculaire. Il n'y a aucun déficit clinique sensitivo-moteur et l'examen neurographique est dans les limites de la norme. En particulier, il n'y a pas d'asymétrie des potentiels évoqués des nerfs saphènes internes. Une exploration sélective du rameau sous-rotulien ne peut être réalisée en pratique de routine mais une atteinte paraît peu vraisemblable. Les paresthésies du patient sont donc à considérer dans le tableau de douleurs diffuses du genou.

Le bilan radiologique des genoux est actualisé. On constate une gonarthrose droite tricompartmentale prédominant au compartiment externe. Sur les radiographies des longs axes des membres inférieurs, on note un discret axe en valgus à gauche et un axe neutre à droite.

Selon notre consultant en orthopédie, le genou droit a une bonne fonction, il est stable dans les deux plans, la flexion est limitée à 120°-130° chez un patient qui peine à se détendre à l'examen. La douleur est reproductible sur l'interligne externe en arrière, un peu moins importante sur l'interligne interne. Le bilan radiologique confirme l'arthrose tricompartmentale mais sur l'IRM pratiquée en ambulatoire du 8.9.2008, on a l'impression qu'il y a encore du cartilage dans les compartiments internes et externes. Une ostéotomie de varisation supra-condylienne du fémur pour le genou droit n'est pas proposée : ceci comporterait un risque de modification du schéma corporel du patient, de désaxation et de décompensation d'une arthrose interne. Il est donc proposé de maintenir un traitement d'anti-inflammatoires, et de Condrosulf. Selon nos informations, des infiltrations de visco-supplémentation et Cortisone auraient été effectuées par le Dr J. _____, toutefois sans modification du tableau chronique. Si une infiltration de corticoïdes n'a pas été réalisée, celle-ci pourrait encore être proposée. Un changement d'activité professionnelle est à envisager.

Un conseil psychiatrique est effectué dans le cadre du bilan multidisciplinaire et d'une thymie paraissant abaissée. Selon notre consultant, la thymie à l'admission est dans les normes. Le patient est apparemment bien intégré en Suisse et il semble nourrir des inquiétudes légitimes quant à sa capacité de travail future. Aucun diagnostic n'est retenu. Durant le séjour, [l'assuré] a été très affecté par les mauvaises nouvelles concernant son genou et la nécessité d'une réorientation professionnelle. Les incertitudes concernant son avenir professionnel et financier sont source de soucis et d'insomnie. Sur la proposition de notre consultant, nous avons introduit un traitement de Zolpidem et de Trittico, cependant mal supporté par le patient (respectivement cauchemars et céphalées). A la sortie, nous modifions donc ce traitement pour de l'Imovane. Si la réaction sub-dépressive actuelle devait se prolonger, voire s'aggraver, la

prescription d'un antidépresseur pourrait être envisagée. Nous avons encouragé le patient à se rendre chez son médecin traitant pour réévaluation de la thymie et de la médication.

Durant le séjour, [l'assuré] a suivi un programme de physiothérapie comprenant du rodage articulaire, du renforcement musculaire progressif, des exercices de proprioception et étirements musculaires. En fin de séjour, le patient ne déclare aucune amélioration. Son périmètre de marche serait de 45 minutes à un rythme lent, avec une boiterie qui augmente. Objectivement, on note une accentuation de la boiterie de décharge du membre inférieur droit, une diminution de la vitesse lors des déplacements, par rapport à l'entrée. La montée descente des escaliers est réalisée avec l'aide de la rampe. Au test de marche de 6', le patient parcourt 300 mètres, versus 340 mètres à l'entrée. L'accroupissement et la position à genoux redressée ne sont pas réalisées. La force isométrique du quadriceps et des ischio-jambiers droits est très discrètement augmentée. Cliniquement, à la sortie, il n'y a plus d'épanchement, sinon la flexion reste de 120°. Le patient s'est montré ponctuel durant les thérapies. En l'absence de progression fonctionnelle, nous ne proposons pas de poursuite de la physiothérapie ambulatoire. On peine toutefois à expliquer l'ampleur des plaintes et des limitations fonctionnelles par les seules constatations objectives.

En fin de séjour, une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) est réalisée. Au questionnaire PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le patient), le score est de 133 points, ce qui correspond à des activités exigeant un niveau d'effort léger. Au vu des résultats obtenus, on peut noter que patient estime correctement le niveau de ses performances réalisées pendant les tests. Le port de charge du sol à la taille, de la taille à la tête et horizontale est compris entre 7,5 kg et 15 kg. Cependant plusieurs tests sont arrêtés par le patient avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. On note une connaissance des techniques de travail ergonomique moyenne. L'activité à genoux et marche à 4 pattes n'ont pas été réalisées. Durant l'évaluation, des mouvements de compensation, une décharge de la région douloureuse et une boiterie ont pu être observées.

Aux ateliers professionnels, le patient effectue des périodes de 3 à 4 heures, dans des activités légères (fabrication d'un jeu en bois), avec de petits déplacements, et la possibilité d'alterner la position assis-debout. Il se montre collaborant, consciencieux, appliqué et peu plaintif. Les déplacements sont effectués lentement avec une boiterie. Le travail est de qualité. Le patient fait part de beaucoup de soucis concernant sa famille et son avenir professionnel.

[...] D'un point de vue médical, la situation peut être considérée comme stabilisée. En ambulatoire, des infiltrations (visco-supplémentation et corticoïdes anamnestiques) ont été effectuées, sans amélioration notable. Du point de vue orthopédique, une ostéotomie de varisation n'est pas indiquée, étant donné l'arthrose débutante du compartiment interne et un axe plutôt neutre pour le membre inférieur droit. L'épanchement articulaire présent à l'admission (absent à la sortie) du patient témoigne d'un genou

irritable. D'un point de vue médical, on peut retenir une limitation pour les ports de charge lourde répétés au-dessus de 15-20 kg, la montée descente fréquente d'escaliers ou d'échelle, la marche en terrain irrégulier, le travail en position à genoux ou accroupi. Au vu de ces limitations, une réorientation professionnelle est indiquée pour ce patient qui travaille actuellement comme ouvrier dans le bâtiment. Depuis la reprise de son activité le 12.01.2009, il exerce à 50 %, dans un poste relativement adapté. Au vu des limitations précitées, il est fort peu probable que le patient puisse reprendre dans l'activité habituelle ou à un taux de 100 %, raison pour laquelle, l'annonce auprès de l'assurance AI a été réalisée durant le séjour en vue d'une réorientation professionnelle.

[L'assuré] a semblé déstabilisé par les nouvelles concernant son genou (gonarthrose) et la perspective d'une réorientation professionnelle. Nous avons pu noter une diminution des performances fonctionnelles au cours du séjour, une augmentation de la boiterie et des plaintes, bien que cliniquement, l'examen soit plutôt meilleur à la sortie (disparition de l'épanchement). Nous avons également relevé une diminution de la thymie chez un patient qui rapporte des tensions familiales et des soucis financiers en augmentation. Cela rend peut-être compte de la difficulté à expliquer l'ensemble des limitations fonctionnelles par les seules constatations objectives, sans pouvoir totalement exclure la présence de facteurs non-médicaux. Si cette réaction sub-dépressive actuelle devait se prolonger, voire s'aggraver, il est proposé d'introduire un traitement antidépresseur, raison pour laquelle nous avons encouragé le patient à consulter son médecin traitant généraliste.

A la sortie, la capacité de travail reste la même qu'à l'admission, c'est-à-dire 50 % dans un poste adapté. Le patient s'est montré très sceptique quant à la possibilité de l'entreprise de le garder à court terme dans cette activité.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE
MANOEUVRE DANS LE BATIMENT DANS UN POSTE ADAPTE
100 % du 07.04.2009 au 10.05.2009
50 % dès le 11.05.2009 au 10.06.2009 à réévaluer. »

Il sera également relevé que dans son consilium psychiatrique du 14 avril 2009, la Dresse D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Clinique B._____, a déclaré ne pas retenir de diagnostic psychiatrique, les variations thymiques observées à l'admission relevant de difficultés d'adaptation à l'hospitalisation. En revanche, en cas de prolongation ou d'aggravation de la réaction subdépressive observée lors du séjour, elle préconisait un traitement antidépresseur.

A son retour au travail, l'employeur a renvoyé l'assuré chez lui, estimant qu'il lui était impossible de l'employer conformément aux restrictions. En effet, le cahier des charges de l'assuré comprenait uniquement de la manutention lourde en terrain inégal, dans des escaliers ou à genoux.

Selon un rapport du Dr J. _____ du 5 juin 2009, consécutif à une consultation de l'assuré la veille, son genou présentait une douleur diffuse mal systématisée plutôt de type tendinopathie rotulienne avec un genou parfaitement sec. A son avis, l'assuré était tout à fait apte à retrouver un travail adapté à sa situation. Il suggérait une réadaptation professionnelle à cet effet.

Dans un rapport d'examen médical du 7 août 2009 requis par la CNA auprès de son médecin d'arrondissement, la Dresse P. _____, spécialiste en médecin interne et rhumatologie, le status confirmait une synovite du genou avec discrète limitation de la flexion ainsi qu'une amyotrophie quadricipitale modérée relative. Il existait de toute évidence des phénomènes d'amplification avec une hypoesthésie dépassant un territoire anatomique, un syndrome douloureux, donnant une impotence fonctionnelle plus importante que celle à laquelle on aurait pu s'attendre au vu des constatations objectives. L'assuré présentait par ailleurs un état dépressif à traiter en priorité et donnant très probablement lieu, à l'époque de la rédaction du rapport, à une incapacité totale. La Dresse P. _____ considérait, sur le plan de l'exigibilité, le status actuel comparable à celui de la Clinique B. _____, ce qui permettait d'envisager l'activité actuelle adaptée à 50% et au plan théorique, une pleine capacité dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles.

Dès le 24 août 2009, l'assuré a perçu des indemnités journalières à 50% de V. _____, assurance perte de gain maladie.

Un bilan radiologique cervico-lombaire du 20 octobre 2009 a mis en évidence une discrète uncarthrose cervicale, une spondylose lombaire étagée et une bascule du bassin au détriment du côté droit.

Par communication du 13 novembre 2009, l'OAI a considéré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible en raison de l'état de santé de l'assuré. Celui-ci n'a pas procédé plus avant.

Selon un rapport médical du 20 novembre 2009 du Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assuré depuis le 7 septembre 2009, celui-ci souffrait d'une réaction dépressive prolongée (F43.21) ainsi que de troubles dissociatifs (F44) depuis l'automne 2008. A l'appui de ce diagnostic, il a fait état chez son patient de tristesse, de manque d'énergie, de la sensation d'être « foutu », de ne servir à rien, d'être désespéré de ne pas pouvoir entretenir sa famille. Il existait peu de possibilités d'aide à travers la psychothérapie. Une légère amélioration de la symptomatologie dépressive était observée ensuite du traitement médicamenteux. S'agissant de l'incapacité de travail, elle était totale du fait des souffrances physiques et psychiques depuis le 7 avril 2008 dans l'activité habituelle ou adaptée. Plus précisément, le Dr E._____ a mentionné, en relation avec l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, que son patient n'arrivait pas à se projeter dans un avenir professionnel et que son rendement était réduit d'une manière importante, par le repli dépressif et l'attitude algique. S'agissant d'une activité adaptée, le Dr E._____ a rapporté des limitations de la capacité de concentration et d'adaptation ainsi que de résistance, sans autre précision. Il sera relevé ici que figurent encore au dossier plusieurs certificats médicaux établis par ce médecin psychiatre attestant d'une incapacité de travail entière au-delà du 20 novembre 2009, soit jusqu'au 30 avril 2010, avec la précision que dans un certificat du 7 septembre 2009, annulé et remplacé le 15 septembre 2009, le Dr E._____ a expliqué que l'incapacité de travail à 100% était prononcée à 50% pour des raisons orthopédiques et 50% pour des raisons psychiatriques.

Le 9 janvier 2010, le Dr N._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, confirmait l'incapacité de travail à 100% de son patient, en raison de son état de santé physique et psychique.

L'assuré a été examiné le 10 mars 2010 par le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci a diagnostiqué une gonarthrose sévère touchant de manière pratiquement élective le compartiment externe. Le seul traitement efficace consistait en la mise en place d'une prothèse totale. En l'état, il y avait incapacité totale de travail.

Ensuite d'un examen de l'assuré le 12 avril 2010, le Dr S._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a posé le diagnostic d'arthrose fémoro-tibiale externe du genou droit et constaté l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles avec évitement des charges supérieures à 15-20 kg, la montée ou descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, l'évitement de la marche en terrain instable ou irrégulier ainsi que le travail à genoux ou accroupi. Il a estimé que la mise en place d'une prothèse totale du genou était prématurée compte tenu de l'âge de l'assuré et préconisé une seconde réévaluation à la Clinique B._____.

L'assuré a ainsi séjourné une seconde fois à la Clinique B._____, soit du 27 avril 2010 au 26 mai 2010. Dans leur rapport final du 20 juillet 2010, les Drs C._____ et Z._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics de gonalgie droite chronique, gonarthrose droite tricompartmentale débutante et de troubles dégénératifs cervicaux et lombaires. L'assuré a à nouveau bénéficié de séances de physiothérapie, d'un stage en ateliers professionnels, ainsi que d'un examen psychiatrique et de l'appareil locomoteur. L'appréciation et la discussion du cas de l'assuré ont la teneur suivante :

« A l'admission, le patient se plaint d'une douleur continue, diffuse au genou droit d'intensité 6-7/10 plus prononcée en antéro-externe irradiant un peu vers la cuisse et vers le mollet sous forme de brûlures et fourmillements. A la marche, une douleur aiguë apparaît en plus, comme des aiguilles, ressentie en dedans du genou après

environ une heure de marche. Depuis son arthroscopie, il allègue des lâchages douloureux à la marche. Pas de blocage. Pas de chute avérée jusqu'à présent.

Au status, on retient une boiterie antalgique à droite à la marche avec un patient qui n'utilise presque pas son genou, le pliant à peine à 30° et traînant sa jambe en abduction et rotation externe. Le genou droit présente un épanchement modéré, et légèrement plus chaud sans érythème cutané. La palpation est diffusément douloureuse chez un patient ne se laissant pas examiner comme il faut. L'amplitude active et de flexion-extension 110°- 0-0°, améliorable en passif à 120°-0-0° (autolimitée). Il n'y a pas de laxité ligamentaire. A l'examen neurologique, le patient allègue une hypoesthésie n'intéressant que tout le côté latéral de la cuisse droite. Le reste du status neurologique est dans les normes.

Au plan radiologique, nous ne disposons pas de cliché bilatéral des genoux récent. Nous complétons par un nouveau bilan radiologique des deux genoux en comparatif. Les radiographies actuelles des genoux confirment des signes de gonarthrose tricompartmentale débutante prédominant au compartiment fémoro-tibial externe avec dans ce compartiment une sclérose sous-chondrale et ostéophytose avec malgré tout un bon espace cartilagineux.

Notre orthopédiste consultant estime qu'une hémiprothèse externe ne réglera pas les douleurs antéro-internes et qu'une prothèse totale du genou est une mesure disproportionnée par rapport aux images IRM et aux images radiologiques, de plus dans un contexte psychosocial délétère. Il propose de poursuivre le traitement conservateur.

Au plan médicamenteux, nous poursuivons le traitement par Chondrosulf associé à du Dafalgan et du Méfénacid.

Le 06.05, la ponction révèle un liquide synovial sanguinolent. Nous renonçons donc à l'infiltration et faisons un bilan étiologique. L'examen du liquide synovial montre une origine mécanique de l'épanchement teinté de sang. Pas de bactérie ni de cristaux. Une IRM du genou permet d'exclure des signes en faveur d'une synovite villo-nodulaire. On conclut à une chondropathie et gonarthrose ainsi qu'une infiltration inflammatoire diffuse des plans synoviaux associés à des noyaux ostéo-chondromateux notamment au niveau des récessus postéro-latéral, responsable de la présence de sang à la ponction.

Nous effectuons une synoviorthèse du genou le 19.05 (le liquide synovial est à ce moment uniquement discrètement teinté), avec deux ampoules de Kenacort 40 mg associé à une mise en repos du genou en attelle Mecron pendant 2 jours sous protection par Clexane. D'après les dires du patient, l'infiltration n'aurait eu cette fois aucun effet favorable sur les douleurs. On note la régression de l'épanchement.

Notre psychiatre retient un diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, pour caractériser l'état de tension et l'importante colère qui ressort de l'évaluation. En effet, ce patient ressent très injustement le fait de se sentir exclu du monde professionnel, sans soutien extérieur de la part des assurances, traité de profiteur, en proie à de graves

difficultés économiques. Ce trouble ne génère actuellement pas d'incapacité de travail, selon notre psychiatre. Une phase plus clairement dépressive semble avoir bien répondu au traitement de Fluoxétine introduit par son psychiatre en automne 2009. La tentative d'augmentation de la Fluoxétine à 2 cp/jour a été soldée par l'apparition d'effets secondaires (vertiges, bouffées de chaleur, perte de poids, augmentation de l'irritabilité) raison pour laquelle le traitement a été rediminué à 1 cp/jour en accord avec son psychiatre, le Dr E._____. Le Trittico 100 mg a été rajouté en fin de séjour cependant avec bonne tolérance. Durant le séjour, le patient a bénéficié d'un suivi par notre psychologue-clinique. De ces entretiens ressort que l'idée de penser à une reconversion professionnelle est difficile pour le patient, qui n'arrive pour l'instant pas à se projeter dans le futur et en veut beaucoup au corps médical, qui selon lui, lui a caché la vérité. Compte tenu du contexte et de la thymie actuelle du patient, la psychologue a conseillé au patient de s'annoncer au service social de sa commune.

En raison d'investigations de la colonne lombaire et cervicale effectuées, le patient est vu par notre spécialiste du rachis qui retient au cliché radiologique du 20.10.2009 des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires. L'examen clinique cervico-dorso-lombaire est normal pour l'âge et le patient ne présente pas de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Compte tenu du fait que le patient est asymptomatique, notre consultant ne voit aucune indication à faire une nouvelle investigation rachidienne.

En physiothérapie, le patient participe à des traitements individuels en passif (ultrason, glace, DLM) et en actif (mobilisation active, étirement, renforcement musculaire, exercices de mise en charge) ainsi que des traitements en groupes (groupe d'entraînement en salle de gym, groupes piscine, entraînement thérapeutique sur appareil de fitness). Ces traitements physiothérapeutiques n'ont eu aucun impact sur la fonction du genou droit. Nous n'avons pas retenu d'indication à poursuivre une physiothérapie en ambulatoire. Le patient a été instruit à un programme d'exercices à domicile.

Aux ateliers professionnels, le patient a été planifié en raison de 3 périodes de 2 heures pour évaluation dans diverses activités. Nous observons un patient collaborant, se déplaçant avec une boiterie, alternant la position assise après 30 minutes, capable de maintenir, une position debout avec de petits déplacements sur des périodes plus longues environ 1 heure et demie. La position privilégiée était celle en alterné assis et debout. Il n'y a eu aucune gêne apparente dans les activités mettant en jeu les deux membres supérieurs. La qualité du travail a été bonne, le rendement légèrement inférieur à la norme. Durant toute l'évaluation, le patient a fait preuve d'un comportement douloureux avec ses plaintes occupant le devant du tableau.

Au plan professionnel, [l'assuré], manoeuvre dans le bâtiment, a déjà bénéficié d'une évaluation lors du précédent séjour ayant conclu qu'il doit changer d'activité professionnelle. D'après les bilans effectués, ont été reconnues des limitations pour les ports de charges lourdes répétées supérieures à 15 à 20 kg, la montée et descente fréquentes d'escaliers ou d'échelles, la marche en terrains irréguliers, le travail en position à genoux ou accroupie. En raison de

sa nécessité de réorientation professionnelle, son cas a été annoncé à l'AI durant le précédent séjour. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de mesures de réadaptation professionnelle sous l'égide de l'AI. Au terme de ce séjour durant lequel il n'y a eu aucun changement et aucune amélioration, nous reconnaissons une incapacité de travail à 100%, à long terme dans son activité de manoeuvre sur chantiers. La situation est considérée comme médicalement stabilisée en ce sens qu'aucun traitement n'a un impact significatif. Une chirurgie prothétique n'est pas indiquée actuellement. L'ensemble des incapacités alléguées par le patient ne peut s'expliquer par les seuls éléments médicaux. Dans une activité adaptée respectant les limitations mentionnées, le patient a une capacité de travail totale. Au vu du contexte psychosocial, la réinsertion risque d'être laborieuse et le comportement douloureux risque de mettre en échec les mesures de réinsertion.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MANOEUVRE SUR CHANTIER

100% dès le 27.05.2010 à long terme.

Incapacité de travail dans une activité adaptée 100% du 27.04.2010 au 26.05.2010. 0% dès le 27.05.2010. »

Du rapport d'expertise psychiatrique du 6 août 2010 du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mise en œuvre par l'assureur perte de gain maladie, il ressort les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive léger, trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique (avec probable amplification des symptômes). L'expert a encore relevé une probable mauvaise observance du traitement antidépresseur. Les conclusions du Dr G._____ sont les suivantes :

« Lors de sa première hospitalisation à la Clinique B._____ en avril 2009, [l'assuré] ne présentait pas d'état dépressif mais par la suite, une réaction sub-dépressive en raison des soucis concernant son genou, est apparue. [...] Il consulte le Dr E._____, psychiatre FMH, depuis septembre 2009, mensuellement. Après l'introduction de Cymbalta mal toléré, depuis février 2010, il est sous traitement conjoint de Fluoxétine 20 mg/j. et Trittico 100 mg/j.

Le Dr E._____ retient comme hypothèse diagnostic : « une réaction dépressive prolongée », ce qui correspond à un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive dont les facteurs de stress, mis à part le litige avec l'OAI et le SUVA, ne paraissent pas très clairs. La symptomatologie est relativement atypique chez un sujet très moyennement collaborant avec peu de répercussions objectives. Nous parlerons ici d'un trouble de l'adaptation avec une humeur dépressive léger tout au plus.

Le diagnostic de « trouble dissociatif » est difficile à comprendre puisqu'il n'y a aucun symptôme du registre dissociatif présent, faut-

il peut-être comprendre ici que le Dr E. _____ fait référence aux manifestations relevant du trouble somatoforme douloureux.

En effet ici, les plaintes somatiques sont surinvesties, et la « maladie » a, ici, pris une valeur identitaire dont il retire de nombreux bénéfices secondaires. Cela, manifestement, va se révéler un obstacle non négligeable face à une reprise d'activité ou un reclassement professionnel.

Actuellement, on a le sentiment que l'on se dirige vers « une sorte de sinistrose ² » qui paraît s'être installée progressivement car le discours est, pour l'essentiel, centré sur des sentiments de préjudice, d'injustice, de revendication à l'égard de la SUVA et actuellement, aussi, de l'OAI.

Quand nous parlons de sinistrose nous nous référons à la définition de Ferrey et Gagey qui proposent de « parler de sinistrose, sans tenir compte de la bonne ou de la mauvaise foi apparente du patient, mais lorsque la contestation des décisions médicales et administratives, ou bien la discussion des chiffres d'invalidité prennent une place prédominante qui dépasse celle de la souffrance elle-même ».

Cette évolution sinistrosique ne prend pas racine sur une histoire personnelle particulièrement douloureuse, si ce n'est l'insécurité économique et professionnelle actuelle. L'assuré n'ayant pas de grandes qualifications professionnelles, la force physique a certainement représenté un vecteur d'intégration socio-professionnel essentiel.

Au niveau diagnostique, nous pouvons évoquer **un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique (avec probable amplification des symptômes).**

Dans les troubles somatoformes douloureux, les critères nécessaires, selon Foerster pour confirmer le caractère insurmontable, autrement dit la diminution de l'exigibilité d'un effort de volonté suffisant, est l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Ces critères s'appliquent aux points suivants ;

- structure de personnalité
- éléments de comorbidité psychiatrique, mais également présence d'affections corporelles comorbides

² Identifiée par le Docteur Brissaud en 1908, la « sinistrose » est un « syndrome psychique » observé notamment chez les victimes d'accident du travail ou de la circulation, susceptible de donner lieu à réparation par l'employeur ou la partie adverse. La sinistrose est caractérisée par une inhibition de la bonne volonté et du désir de récupération, et une majoration inconsciente des séquelles d'un état pathologique guéri. Elle traduit une sorte de névrose revendicatrice en vue d'obtenir l'indemnité la plus élevée possible. La « sinistrose » dans laquelle le sujet finit par se persuader qu'il est malade et ressentir effectivement les troubles qu'il invoque doit être distinguée de la « simulation » (Dictionnaire de médecine, Paris, Flammarion, 1991, 4e édition). Les salariés jugés atteints de sinistrose entament souvent des parcours particulièrement longs et complexes dans les institutions médicales et les procédures administratives. La sinistrose devient ainsi une clef d'interprétation extrêmement vaste pour des plaintes corporelles liées aux séquelles d'un passé non résolu. Dans un pur régime d'expertise, le médecin du travail donnera souvent une fin de non recevoir aux doléances. Dans un régime de sollicitude, le médecin au contraire suivra la plainte, par principe.

- évolution jusqu'à une perte d'intégration sociale consécutive à la maladie psychique (dans le sens d'un « isolement social confirmé »)
- présence d'un trouble psychique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable de la symptomatologie inchangée ou progressive
- profits tirés de la maladie,
- échec de traitements ambulatoires et hospitaliers conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement en dépit de l'attitude coopérative du sujet).

Ces critères aident à définir l'ensemble de la gravité de la situation psychique, ses conséquences sociales, professionnelles et son pronostic.

D'un point de vue clinique, on peut considérer que l'assuré ne présente pas de trouble de la personnalité majeure, et les symptômes dépressifs sont somme toute légers, relativement atypiques chez un sujet peu collaborant. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale chez un homme bien entouré par sa famille. Les troubles psychiques ne s'étendent pas sur plusieurs années puisqu'ils seraient apparus en réaction avec des décisions asséurologiques tant de la SUVA que de l'OAI, contraires à ses attentes. L'observance au traitement est probablement mauvaise. Le profit tiré de la maladie, vu le discours revendicateur du sujet, paraît montrer implicitement le besoin de trouver une certaine sécurité financière à travers, éventuellement, l'octroi d'une rente invalidité.

En conséquence, au vu de ce qui précède, nous estimons que sa capacité de travail médico-théorique est entière dans une activité adaptée à ses limitations somatiques objectives.

Par définition, les troubles de l'adaptation ont une durée de 6 mois. L'assuré n'a pas présenté de troubles psychiques cliniquement significatifs jusqu'à l'arrêt de travail à 50% dès le 07.09.2009 pour des motifs psychiques prescrit par le Dr E. _____ (certificat médical du 07.09.2009).

Nous considérons donc que depuis le 8 mars 2010 sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée à son atteinte somatique.

Nous n'avons pas de recommandations thérapeutiques particulières. Il s'agit de discuter, pour l'essentiel, de l'observance au traitement dans le cadre de la relation médecin-malade.

Dans ce type de cas, il s'agira aussi d'éviter la précipitation thérapeutique et exploratoire devant toute manifestation ; le risque de chronicisation et d'iatrogénèse est important. Le principal souci est de ne pas nuire. La recherche effrénée de l'objectivation par la multiplicité des examens somatiques va continuer à installer l'assuré dans sa « maladie ».

Le pronostic objectif est bon, mais pas du point de vue « subjectif ». Il est peu probable que l'assuré fasse ce que l'on est en droit d'attendre de lui pour diminuer le dommage économique lié à son

état de santé. La maladie semble offrir de nombreuses solutions à des problèmes de réalité.

Un reclassement professionnel sous l'égide de l'OAI n'est pas indiqué en l'absence de demande motivée de l'assuré et compte tenu de son discours en général. »

Sur la base de cette expertise, l'assureur perte de gain maladie a mis fin à ses prestations avec effet au 26 avril 2010.

Dans son rapport du 21 septembre 2010, le Dr M._____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a retenu les diagnostics de gonalgies post-traumatiques sur gonarthrose tri-compartimentale débutante au genou droit à titre d'atteinte principale à la santé et, à titre de pathologies associées du ressort de l'AI, les diagnostics de troubles dégénératifs cervicaux et lombaires ainsi que de status après troubles de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive. Il a considéré que l'incapacité de travail durable avait débuté le 10 septembre 2008. Son évolution avait été la suivante :

100% du 10 septembre 2008 au 14 septembre 2008 ;

0% du 15 septembre 2008 au 28 septembre 2008 ;

100% du 29 septembre 2008 au 11 janvier 2009 ;

50% du 12 janvier 2009 au 6 avril 2009 ;

100% du 7 avril 2009 au 10 mai 2009 ;

50% du 11 mai 2009 au 5 juillet 2009 ;

100% du 6 juillet 2009 au 6 septembre 2009 ;

50 % du 7 septembre 2009 au 7 mars 2010.

Le Dr M._____ a estimé que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était nulle depuis le 7 avril 2009, compte tenu de l'absence d'évolution de la situation ostéo-articulaire entre avril 2009 et mai 2010. Sur le plan médico- théorique, l'aptitude à la réadaptation existait depuis le 29 septembre 2008. Du point de vue orthopédique et somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être postulée à partir du 11 mai 2009. Néanmoins, une dégradation de l'état psychique avait entraîné une incapacité de travail de

50% du
6 juillet (recte : 7 septembre) 2009 au 7 mars 2010. Dès le 8 mars 2010, il n'y avait plus d'incapacité de travail pour raison psychiatrique, et en conséquence la pleine capacité de travail pouvait être admise à partir de cette date. Quant aux limitations fonctionnelles, elles consistaient en l'absence de port de charges répété de plus de 15 kilos, de montées et descentes fréquentes d'escaliers ou d'échelles, de marche en terrain irrégulier, de position accroupie et à genoux ainsi que de positions statiques assises et debout prolongées sans possibilité de modification une fois par heure.

Le 12 décembre 2010, l'assuré est tombé ensuite d'un lâchage du genou droit et s'est réceptionné sur la main droite.

En date du 23 décembre 2010, le Dr H. _____ indiquait à la CNA que ce traumatisme n'avait pas entraîné d'aggravation cliniquement perceptible.

Dans un rapport du 18 février 2011 à la CNA, le Dr H. _____, se référant aux consultations de l'assuré du 14 décembre 2010 et du 8 février 2011, a relevé que le genou droit restait très symptomatique, douloureux à la marche, au repos et au moindre effort, avec parfois des épanchements et des lâchages articulaires. La flexion du genou était fortement limitée par la douleur avec une mobilité de 105-0-0. Ce spécialiste observait également une légère insuffisance du quadriceps. Quant à l'appareil ligamentaire, il était stable dans tous les plans. La radiographie totale des membres inférieurs montrait un discret varum de 1°. Le Dr H. _____ mentionnait encore que la seule solution chirurgicale consistait en la mise en place d'une prothèse totale, opération que son patient n'était pas du tout prêt à subir à court ou moyen terme. Quant à l'incapacité de travail, elle demeurait de 100%.

En date du 24 février 2011, l'OAI a pris connaissance de diverses pièces extraites du dossier de la CNA, notamment de deux certificats médicaux du Dr J. _____ du 31 août 2010 attestant d'une

incapacité de travail de l'assuré à 100%, dès le 1^{er} septembre 2010 et dès le 1^{er} octobre 2010 et d'un certificat médical du même médecin du 3 novembre 2010 attestant d'une incapacité similaire dès le 1^{er} décembre 2010.

B. Le 3 mars 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente. L'intimé retenait une incapacité de travail considérablement restreinte depuis le 10 septembre 2008, notamment une incapacité totale de travail et de gain dans l'activité usuelle de manoeuvre et poseur, et une capacité de travail de 50% dès le 7 septembre 2009 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, comme par exemple dans des activités industrielles légères. Se basant sur le salaire de référence auxquels peuvent prétendre des hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, 4806 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 [ESS], TA1, niveau de qualification 4), et tenant compte de la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2008 de même que de l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009, l'OAI a fixé à 61'238 fr. 44 le revenu annuel d'invalidé, soit un salaire annuel hypothétique de 30'619 fr. 22 dans une activité légère de substitution à 50%. Après abattement de 10% au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI a arrêté le revenu annuel d'invalidé à 27'557 fr.30. Suite à la comparaison avec un revenu annuel sans invalidité de 67'463 fr., la perte de gain s'élevait ainsi à 39'905 fr. 70, correspondant à un degré d'invalidité de 59%. La demande de prestations ayant été déposée le 28 avril 2009, la demi-rente pouvait être allouée dès le 1^{er} octobre 2009. L'OAI a ensuite retenu qu'en raison de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré à partir du 8 mars 2010, sa capacité de travail dans une activité adaptée était à nouveau totale. En conséquence, après abattement de 10%, le revenu annuel d'invalidé s'élevait à 55'114 fr. 60, soit une perte de gain de 12'348 fr. 40 entraînant un degré d'invalidité de 18%, n'ouvrant pas le droit à une rente. L'amélioration de l'état de santé, avec pleine capacité de travail, débutant le 8 mars 2010, la rente était supprimée avec effet au 30 juin 2010.

En date du 5 avril 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a présenté diverses observations sur le projet précité. Il s'est notamment prévalu d'une péjoration de l'état de son genou avec incapacité totale de travail, attestée par le Dr J._____ aux termes des certificats du 31 août 2010 et du 3 novembre 2010 pour les mois de septembre à novembre 2010, ainsi que par le Dr H._____ dès le 1^{er} novembre 2010. Il observait qu'il était toujours suivi par son psychiatre, _____ le Dr E._____ ainsi que par le Dr H._____, conjointement avec son médecin _____ traitant, _____ le Dr N._____, lequel avait depuis lors établi plusieurs certificats à destination de la CNA faisant état d'une pleine incapacité de travail encore actuelle. Se basant sur ces constats médicaux de même que sur les dates du dernier séjour à la Clinique B._____, il soutenait que son incapacité de travail était encore entière.

En date du 15 avril 2011, le Dr J._____ a fait savoir à l'OAI qu'il n'avait plus revu son patient depuis le 31 mai 2010, le suivi étant assuré par le Dr H._____.

Dans un rapport du 29 avril 2011 à l'OAI, ce dernier médecin a retenu le diagnostic de gonarthrose post-traumatique sévère à droite, avec prédominance externe et pronostiqué une aggravation progressive de cette atteinte. Il a mentionné l'absence de trouble statique et d'instabilité ligamentaire, une importante limitation fonctionnelle avec une flexion extension de 105-5-0, une mobilisation douloureuse et un épanchement articulaire variable avec synovite. À titre de traitement futur, il recommandait la mise en place d'une prothèse totale de genou à plus ou moins long terme, opération à laquelle son patient ne pouvait se résoudre. L'incapacité de travail dans l'activité usuelle était de 100% depuis le 10 mars 2010. Le Dr H._____ retenait à titre de restrictions physiques à l'activité usuelle une limitation fonctionnelle, une tuméfaction, des douleurs et une insécurité du genou droit variable en fonction de la fatigue et des efforts. Il considérait que l'activité usuelle était

définitivement inexigible. Enfin, il estimait qu'aucune autre activité professionnelle n'était possible.

Par décision du 9 mai 2011, la CNA a octroyé à l'assuré, outre une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 18'900 fr., une rente d'invalidité de 18%. La CNA a confirmé son prononcé par décision sur opposition du 19 septembre 2011, laquelle a fait l'objet d'un recours auprès de la Cour de céans, admis par arrêt du 2 décembre 2013 (AA 101/11 - 4/2014).

Dans un avis du 23 mai 2011, les Drs K._____ et X._____, médecins auprès du SMR, ont considéré que ni les observations de l'assuré du 5 avril 2011, ni le rapport médical précité n'apportaient d'éléments en faveur d'une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré, tant sur le plan somatique que psychique, et qu'en conséquence, les conclusions du rapport d'examen SMR précédent, daté du 21 septembre 2010, demeuraient valables.

En date du 18 juillet 2011, l'assuré a complété ses observations, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et produisant à l'appui de ses conclusions, des rapports médicaux des Drs H._____ du 8 avril 2011, E._____ du 9 mai 2011 et N._____ du 25 mai 2011.

Les contenus des rapports du Dr H._____ des 8 et 29 avril 2011 sont identiques, avec la précision que ce praticien évoque une flexion variant de 70° à 100° en fonction de l'état de l'inflammation du genou qu'il recommande à son patient de protéger.

Quant au rapport du Dr E._____, il indique notamment ce qui suit :

« [...] Dans votre envoi du 5 avril 2011, vous m'avez adressé une copie du courrier du 03.03.2011 de l'office Al Vaud qui, en page 4, stipule la décision suivante: « à partir du 1^{er} octobre 2009, le droit à une demi-rente est reconnu. Vu que votre capacité de travail peut être considérée comme entière dès le

8 mars 2010, cette rente sera supprimée au 30 juin 2010 soit après trois mois d'amélioration de votre état de santé. »

Pour ma part, je reste perplexe face à cette conclusion car je ne vois pas quel évènement majeur s'est produit le 8 mars 2010. Je ne l'ai donc pas comprise. Je pense que l'incapacité, en tout cas à 50%, est justifiée médicalement et je m'en tiens à ma recommandation faite le 22.02.2011 selon laquelle, en tenant compte de l'âge du patient (né le 20.07.1962), une prothèse totale du genou droit me semble prématurée pour ce patient. Du point de vue psychique, [l'assuré] n'est pas prêt, au moins pour les 2 prochaines années, à subir une telle opération.

[...] Depuis le 07.09.2009, [l'assuré] me consulte pour des maux en lien avec sa souffrance de se sentir diminué, inutile, accompagnée de symptômes dépressifs d'intensité fluctuante, mais en général moyenne avec des pics d'aggravation lors de conflits avec sa famille.

3) Quel diagnostic avez-vous établi ?

Je vous prie de vous référer aux différents courriers. Par souci de précision, je vous répète toutefois mon diagnostic: F43.21 réaction dépressive prolongée et F44 trouble dissociatif.

4) Quelles ont été les différentes périodes d'incapacité de travail de [l'assuré] depuis votre consultation avec lui (dates et pourcentage) ?

Pour ma part, [l'assuré], depuis le 07.09.2009, a présenté une incapacité à 100% qui a été reconnue par l'AI à 50%.

5) Quel est l'état de santé psychique actuel de [l'assuré] ?

Je confirme les diagnostics cités en réponse à la question 3 et vous indique qu'actuellement [l'assuré] est toujours triste, anxieux, préoccupé de la situation dans laquelle il se trouve et - surtout - confus de voir son droit à une rente à 50% annulé par une simple décision du service juridique de l'AI.

6) Son état implique-t-il actuellement une incapacité de travail ?

Oui, son état, du point de vue psychique, implique une incapacité de travail qui se situe, selon les moments de fluctuations dépressives entre 50 et 100%.

7) Si oui, existe-t-il une activité professionnelle adaptée au trouble dont il souffre ? Si oui, laquelle, depuis quand peut-elle être exigée et à quel taux ?

Cette question a été évoquée à de nombreuses reprises avec [l'assuré]. Je l'ai encouragé plusieurs fois à chercher un travail adapté à son handicap physique et à sa dépression. A l'heure actuelle, le patient n'a pas réussi par ses propres ressources une intégration au moins à 50% dans le monde du travail.

8) Quel votre pronostic à court/moyen/long terme ?

Je me réfère à ma réponse 1.4 du rapport AI du 20.11.2009 : mon pronostic est réservé.

9) Toute autre information utile à l'établissement de la situation médicale de [l'assuré] ?

Je considère dans l'état que [l'assuré] présente un état anxieux et dépressif moyen, prolongé. La situation est cristallisée dans le sens

où il n'y a pas de possibilité d'amélioration de son état par la psychothérapie. C'est pour cette raison que nos consultations se tiennent au rythme d'une fois par mois environ. Il n'est pas nécessaire de demander à [l'assuré] de se soumettre à un traitement médical psychiatrique spécifique car il n'existe pas de psychothérapie qui puisse - à mon sens - l'aider à une récupération de la capacité de travail. Tout au plus, un tel traitement pourrait lui apporter une compréhension humaine et un soutien dans la situation qu'il traverse.

Il me semble possible de formuler une exigibilité de travail adapté à son état de santé psychique à un taux de 40-50%. Cependant, force est de constater que [l'assuré], malgré ses efforts, ne peut pas travailler, et cela s'inscrit dans le temps de façon durable. »

Enfin, le Dr N. _____ a mentionné, s'agissant d'une activité professionnelle adaptée, qu'au vu de l'état de santé de son patient ainsi que de la situation actuelle du marché, il lui était difficile de trouver un travail et que l'emploi adapté devait permettre un travail léger avec changements de position chaque heure à 50%. Il a relevé que l'assuré avait toujours mal au genou droit et que de surcroît, depuis le 12 décembre 2010, à la suite d'un lâchage du genou droit ayant entraîné chute avec réception sur la main droite, il présentait une tuméfaction à la face dorsale de cette main qui se montrait toujours douloureuse. Depuis lors, son patient marchait avec une canne pour avoir une certaine stabilité et ne pas chuter à nouveau. Le Dr N. _____ évoquait encore une cervico-lombalgie sur une scoliose lombaire étagée et des signes d'uncarthrose étagée à hauteur du C4-C5 et du C5-C6. En dernier lieu, le Dr N. _____ considérait que dans l'état actuel, l'incapacité de travail, qui était totale, n'allait pas changer.

Par avis du 17 août 2011, les Drs K. _____ et X. _____ du SMR ont estimé que ces trois rapports médicaux n'apportaient aucun élément médical objectif nouveau susceptible de modifier l'appréciation de l'exigibilité telle que ressortant du rapport d'examen du SMR du 21 septembre 2010, précisant que les cervico-lombalgies sur troubles dégénératifs lombaires cervicaux étaient déjà connues de l'administration et prises en compte dans ce rapport d'examen.

Par décision du 6 décembre 2011, l'OAI a maintenu son appréciation initiale telle que ressortant du projet du 3 mars 2011, se

fondant en cela sur les rapports de la Clinique B._____ et l'expertise du Dr G._____.

C. Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assuré a recouru le 24 janvier 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 6 décembre 2011. Requérançant préalablement la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, le recourant a conclu principalement à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un taux à déterminer après expertise, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a soutenu d'une part que l'évaluation du SMR était lacunaire et insuffisamment motivée, notamment quant aux éléments permettant de postuler au 11 mai 2009 l'avènement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, et d'autre part que son état de santé s'était péjoré depuis l'avis du SMR, ce dont l'OAI n'avait pas tenu compte en dépit des certificats médicaux des Drs H._____, E._____ et N._____, produits au stade de la procédure administrative. Compte tenu de ces certificats et des avis médicaux contradictoires figurant au dossier, l'intimé se devait de compléter l'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 9 avril 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours, alléguant d'une part que l'avis du SMR du 21 septembre 2010 constituait la synthèse des pièces médicales au dossier, dont les rapports d'expertise de la Clinique B._____ du 20 juillet 2010 et du Dr G._____ du 6 août 2010, et d'autre part que l'ensemble des atteintes à la santé de l'assuré avaient été prises en considération.

Répliquant le 21 juin 2012, le recourant a confirmé ses conclusions sans autre argumentation.

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). 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 cas présent, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 96 al. 1 let. c LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]), et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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

b) Est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de justifier l'octroi, d'une part, d'une rente supérieure à une demi-rente entre le 1^{er} octobre 2009 et le 30 juin 2010 et, d'autre part, d'une rente au-delà du 30 juin 2010.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

4. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 (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 [Tribunal fédéral] 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves, ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3, 3.4.2.7 ; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants

figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

c) En ce qui concerne l'administration de nouveaux moyens de preuve en procédure de recours, l'art. 61 let. c LPGA prescrit au juge d'établir les faits avec la collaboration des parties et d'administrer les preuves nécessaires. Par ailleurs, la jurisprudence a déduit de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), notamment, le droit pour le justiciable d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes (ATF 132 V 368 consid. 3.1). Ces dispositions ne confèrent cependant pas au justiciable un droit absolu à ce qu'un témoin soit entendu ou une expertise judiciaire effectuée. Le juge peut mettre un terme à l'instruction lorsqu'en se fondant sur une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il parvient à la conclusion que celles-ci ne portent pas sur les faits pertinents ou ne seraient pas déterminantes, selon toute vraisemblance, pour constater ces faits (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; TF 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.2.1 ; TF 9C_66/2011 du 4 octobre 2011 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs considéré que le droit à un procès équitable garanti par l'art. 29 al. 1 Cst. n'impose pas l'administration systématique d'une expertise judiciaire. Le juge peut et doit se fonder sur les expertises médicales ordonnées par l'administration lorsque celles-ci répondent aux critères permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. Toutefois, en cas de divergences avec d'autres rapports médicaux probants figurant au dossier, justifiant un complément d'instruction, le Tribunal fédéral a considéré qu'il convenait en principe de mettre en œuvre une expertise judiciaire, puis de statuer sur le droit aux prestations litigieuses, plutôt que de renvoyer la cause à l'administration

pour complément d'instruction et nouvelle décision (ATF 137 V 210 consid. 4.2 et 4.4.1). Un renvoi reste possible dans certains cas, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert, ou encore lorsqu'un aspect essentiel de l'état de fait n'a pas été traité du tout dans l'expertise réalisée en procédure administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

5. a) En l'occurrence, l'OAI a accordé au recourant une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit une demi-rente pour la période du 1^{er} octobre 2009 au 30 juin 2010, le droit à la prestation étant au surplus nié pour la période courant dès cette date. Le recourant qualifie de lacunaire et insuffisamment motivé l'avis du SMR du 21 septembre 2010 fondant la décision de l'OAI, plus particulièrement quant à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 11 mai 2009.

b) En l'espèce, l'échéance du 11 mai 2009 correspond au terme du premier séjour de l'assuré à la Clinique B._____, lequel est un centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Pour mémoire, les médecins de la Clinique B._____ avaient alors considéré que le recourant présentait une incapacité de travail à 50%, dans la profession actuelle de manoeuvre dans le bâtiment dans un poste adapté dès le 11 mai 2009, à réévaluer dès le 10 juin 2009, étant rappelé qu'avant son admission à la Clinique B._____, l'assuré avait repris son travail à 50% chez son employeur, moyennant certaines adaptations. Les experts de la Clinique B._____ ne se sont certes pas expressément, soit quantitativement, prononcés sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à l'ensemble des limitations fonctionnelles. Il est néanmoins plausible de retenir que cette capacité de travail dans un activité adaptée était de 100%. En effet, les experts relevaient que d'un point de vue médical, la situation était stabilisée et énuméraient déjà les limitations fonctionnelles consistant en l'abstention de ports de charges lourdes répétés au-dessus de 15-20 kg, la montée ou descente fréquente

d'escaliers ou d'échelle, la marche en terrain irrégulier, le travail en position à genoux ou accroupi. Les limitations fonctionnelles décrites dans le second rapport de la Clinique B._____ du 20 juillet 2010 sont identiques et les experts considéraient d'ores et déjà la situation comme médicalement stabilisée en ce sens qu'aucun traitement n'avait un impact significatif, avant de conclure à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 27 mai 2010. Le parallélisme des constats lors des première et seconde expertises et l'absence d'évolution significative de l'état de santé physique de l'assuré entre ceux-ci permettent en l'occurrence de fixer au 11 mai 2009 le dies a quo d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Au demeurant, dans son rapport du 5 juin 2009, le médecin orthopédiste traitant de l'assuré, le Dr J._____, considérait que son patient était tout à fait apte à retrouver un travail adapté à sa situation tout en suggérant une réadaptation professionnelle à cet effet. De même, la Dresse P._____, rhumatologue auprès de la CNA, confirmait dans son rapport du 7 août 2009 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées. Enfin, il ne saurait être tenu compte des rapports médicaux antérieurs au second séjour de l'assuré à la Clinique B._____, soit ceux établis le 9 janvier 2010 par le Dr N._____ et le 10 mars 2010 par le Dr H._____. En effet, s'ils attestent d'une incapacité totale de travail de leur patient, ces médecins ne la motivent en aucune manière.

Cela étant, peu importe que l'avis du SMR du 21 septembre 2010 soit succinct dans la mesure où il se fonde sur les rapports d'expertise de la Clinique B._____, lesquels répondent aux réquisits jurisprudentiels.

C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu, s'agissant de l'état de santé physique du recourant, une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles existant à _____ partir _____ du 11 mai 2009.

6. a) Il s'impose encore de déterminer si cette capacité de travail a été restreinte, voire nulle sur le plan physique ultérieurement au second rapport de la Clinique B._____, ainsi que, de façon générale, sur le plan psychique.

b) Le recourant allègue une péjoration de son état de santé dont l'OAI a omis de tenir compte et, à cet effet, a produit des certificats ou rapports médicaux des Drs J._____, H._____, N._____ et E._____.

c) Préliminairement, il sera observé que les pièces produites doivent être appréciées avec les réserves d'usage dans la mesure où elles émanent des médecins traitants du recourant.

d) Les certificats médicaux du Dr J._____ attestant d'une incapacité de travail à 100% de septembre 2010 à novembre 2010 seront écartés dans la mesure où ce médecin a été consulté pour la dernière fois à une date antérieure, soit le 30 mai 2010.

Le rapport du Dr N._____ du 25 mai 2011 présente certaines incohérences. Il évoque en effet simultanément une incapacité de travail totale, non susceptible de changement, et l'hypothèse d'un emploi adapté autorisant un travail léger avec changements de position chaque heure, à 50%. On croit également comprendre que l'incapacité de travail ne serait pas due qu'à l'état de santé de son patient, mais également aux conditions du marché du travail, facteur étranger à l'invalidité. Quant à la chute du 12 décembre 2010, consécutive à un lâchage du genou droit, elle n'a pas entraîné d'aggravation objectivée cliniquement, à lire le rapport du Dr H._____ du 23 décembre 2010. L'avis de ce médecin, en sa qualité d'orthopédiste, l'emporte sur celui du Dr N._____, généraliste. Au demeurant, les phénomènes de lâchage du genou avaient déjà été relevés dans le cadre de l'expertise de la Clinique B._____, tout comme les atteintes cervicales, et aucun élément du rapport ne vient expliquer en

quoi ils seraient à l'origine d'une quelconque aggravation de l'état de santé physique de l'assuré.

Les rapports du Dr H. _____ des 8 et 9 avril 2011 diffèrent du constat clinique des experts de la Clinique B. _____ sur deux points : l'amplitude de la flexion-extension du genou et la question de la mise en place d'une prothèse totale du genou. Les degrés de flexion-extension tels que _____ relevés _____ par _____ le Dr H. _____ sont légèrement plus faibles. Néanmoins, aucun élément précis dans le rapport de ce praticien ne permet de retenir que les limitations fonctionnelles telles que décrites par la Clinique B. _____ pourraient être différentes, outre que la mesure de l'amplitude de la flexion-extension peut différer en fonction de la compliance du patient lors de l'examen. S'agissant de la divergence quant à la pose d'une prothèse totale, elle demeure sans incidence en l'espèce et n'aurait d'importance que dans le cadre de l'examen de l'exigibilité d'une réduction du dommage. Enfin, le rapport du Dr H. _____ ne comporte aucune motivation relative à l'impossibilité pour son patient d'exercer toute autre activité professionnelle.

En conséquence, c'est à juste titre que l'office intimé a considéré que sur le plan physique, la pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles existait depuis le 11 mai 2009 et ne s'était pas modifiée depuis lors.

e) Quelque peu différente est l'évolution de l'état de santé psychique du recourant.

Pour mémoire, lors du premier séjour à la Clinique B. _____, la Dresse D. _____, psychiatre, n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique. De fait, l'état de santé psychique du recourant a fait l'objet d'un suivi régulier depuis le 7 septembre 2009 par le Dr E. _____, lequel a posé d'une part le diagnostic de réaction dépressive prolongée (F43.21), soit plus précisément un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée selon la classification CIM 10, d'autre part le diagnostic de

troubles dissociatifs (F44). Le Dr E. _____ a considéré que l'incapacité de travail de son patient était totale depuis le 7 avril 2008 du fait des souffrances physiques et psychiques. Dans la mesure où le recourant a consulté pour la première fois ce médecin le 7 septembre 2009, il ne saurait être tenu compte de l'appréciation de l'incapacité de travail antérieure à cette date. S'agissant de l'incapacité de travail ultérieure, les rapports ou attestations du Dr E. _____ présentent une certaine ambiguïté. Un premier certificat, daté du 7 septembre 2009, attestant d'une incapacité de 50% pour des raisons psychiques et de 50% pour des raisons orthopédiques, est annulé le 15 septembre 2009 pour être remplacé par un certificat attestant d'une incapacité de travail à 100%. Dans son rapport du 5 avril 2011, le Dr E. _____ fait notamment état depuis _____ le 7 septembre 2009 de symptômes dépressifs d'intensité fluctuante mais en général moyenne avec des pics d'aggravation lors de conflits familiaux, entraînant une incapacité de travail de 50% à 100% en fonction de ces fluctuations. Cela étant, la permanence d'une incapacité de travail à 100% pour des motifs psychiques n'est pas soutenable. Elle n'est pas non plus documentée par les observations du Dr E. _____, lequel évoque certes la tristesse, l'anxiété et la préoccupation de son patient quant à sa situation asséculo-logique sans cependant que l'on discerne cependant en quoi ces états-là, relativement courants, influent sur la capacité de travail. Par ailleurs, le Dr E. _____ ayant à plusieurs reprises encouragé son patient à « chercher un travail adapté à son handicap physique et à sa dépression », il en résulte implicitement que ce médecin admet l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée. L'expert G. _____ s'est notamment fondé sur le certificat du 7 septembre 2009 pour retenir une incapacité de travail de 50% dès cette date, pour des motifs psychiques, plus précisément en raison du trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, trouble qualifié tout au plus de léger au motif que la symptomatologie était relativement atypique chez un sujet très moyennement collaborant avec peu de répercussions objectives. Cette appréciation repose sur une anamnèse détaillée ainsi sur un examen clinique assorti de différents tests et les observations du Dr E. _____ ne permettent pas de s'en écarter. Une incapacité de travail à 50% pour des

motifs psychiques sera donc retenue dès le 7 septembre 2009. Le Dr G._____ a arrêté au 7 mars 2010 le terme de cette incapacité de travail à 50%, au motif que par définition, les troubles de l'adaptation ont une durée de six mois. Cette évaluation est confirmée par le rapport de la Clinique B._____ du 20 juillet 2010. En effet, pendant le séjour de l'assuré dans cette institution, dont il convient de rappeler qu'il a duré du 27 avril 2010 au 26 mai 2010, l'expert psychiatre a lui aussi retenu un diagnostic de trouble de l'adaptation, en l'occurrence avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, en précisant que ce trouble ne générerait pas d'incapacité de travail.

En conséquence, l'intimé était légitimé à retenir une incapacité de travail de 50 % pour des motifs psychiques du 7 septembre 2009 au 7 mars 2010.

6. a) Selon la jurisprudence (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TF 9C_307/2008 précité consid. 3). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient

lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ibid., avec les références citées).

b) L'incapacité de travail à 50% pour des motifs psychiques ayant pris fin le 7 mars 2010 et la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles étant toujours de 100 % depuis le 11 mai 2009, c'est à juste titre que l'OAI a retenu une amélioration de l'état de santé de l'assuré dès le 8 mars 2010, avec pleine capacité de travail, et revu d'office le droit à la rente au-delà du 30 juin 2010, soit trois mois après le début de l'amélioration, d'autant qu'aucune complication future n'était démontrée.

7. a) Des mesures de réadaptation n'étant pas raisonnablement exigibles (art. 28 al. 1 let. a LAI), il convient encore d'examiner si l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI) et dans l'affirmative, si au terme de cette année, il était invalide à 40% pour cent au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI).

b) Selon l'art. 29ter RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

c) En l'espèce, l'accident du 7 avril 2008 a tout d'abord entraîné une incapacité complète de travail, avant reprise à 100% de l'activité professionnelle le 28 juillet 2008 et ceci jusqu'au 9 septembre 2008. À partir de cette date, le recourant a présenté des incapacités de travail variant de 50% à 100%, à l'exception de la période courant du 15 au 28 septembre 2008, pendant laquelle il était à nouveau pleinement apte au travail. Compte tenu de la pleine capacité de travail de l'assuré entre le 28 juillet 2008 et le 9 septembre 2008, c'est à juste titre que l'intimé a fait courir dès le 10 septembre 2008 le calcul du délai d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. La persistance d'une incapacité de travail moyenne d'au moins 40% depuis cette date n'est pas contestée, tandis qu'en date

du

10 septembre 2009, il existait une incapacité de travail à 50% pour des motifs psychiques. Les conditions du droit à la rente étaient donc réalisées depuis le 10 septembre 2009.

d) Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Le recourant ayant déposé sa demande le 28 avril 2009, le droit à la rente s'est effectivement ouvert dès le 1^{er} octobre 2009.

e) Reste à déterminer le degré d'invalidité.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI). Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222 et les références citées).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire 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 134 V 322 consid. 4.1, 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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 peut être évalué, notamment, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires ([ESS] ; ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.2).

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_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1). Selon une jurisprudence récente, l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou

moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées).

En l'occurrence, c'est à juste titre que l'OAI a, d'une part, appliqué la méthode générale de comparaisons des revenus, le recourant ayant le statut d'actif lors de la survenance de l'incapacité de travail et, d'autre part, à défaut de reprise d'une activité professionnelle par l'intéressé, arrêté le revenu d'invalidé sur la base des données statistiques résultant de l'ESS. Les limitations fonctionnelles du recourant autorisent effectivement une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) et justifient un abattement de 10%, ce que le recourant n'a pas contesté.

S'agissant de la détermination du revenu sans invalidité, le calcul de l'OAI présente une légère erreur. En effet, ce revenu a été arrêté à 67'463 fr. alors qu'il est de 65'439 fr. 30. (33 fr. 55 x 41,5 heures x 47 semaines).

En conséquence, pour la période d'octobre 2009 à juin 2010, le degré d'invalidité est de 58% (65'439 fr.30 - 25'557 fr.30, soit une perte de gain de 39'882 fr. correspondant un degré d'invalidité de 57,89%). L'assuré a donc droit à une demi-rente pendant cette période (art. 28 al. 2 LAI).

Pour la période ultérieure au 30 juin 2010, la perte de gain s'élève à 10'324 fr. 70, correspondant à un degré d'invalidité de 15,78%. Ce taux, inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI), n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

8. a) Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée, rendue par l'OAI le 6 décembre 2011.

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 est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 600 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours interjeté le 24 janvier 2012 est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 décembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du 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 :

- Fortuna, Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, à Nyon (pour W. _____),
- 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 :