

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 décembre 2018

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
MM. Neu et Piguët, juges  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Joëlle Vuadens, avocate à  
Monthey,

et

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

---

**Art. 8 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, au bénéfice d'un CFC et d'un brevet fédéral de tôlier en carrosserie, a subi le 27 janvier 1989 dans le cadre de son activité professionnelle une contusion de la main gauche. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a reconnu à l'assuré une rente d'invalidité de 25 % dès le 1<sup>er</sup> avril 1998, basée sur un gain annuel assuré de 63'180 fr. (cf. décision sur opposition du 19 janvier 1999).

L'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en 1989, qui a été rejetée en 1998. Les pièces relatives à cette demande sont manquantes.

**B. a)** Le 20 décembre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant souffrir d'une atteinte au genou droit existant depuis le 29 mars 2012. A l'appui de sa demande, il a précisé œuvrer en qualité d'indépendant comme carrossier, l'extrait du compte individuel faisant état d'une activité indépendante depuis février 2001.

Le 17 janvier 2013, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à l'OAI que son patient présentait une gonarthrose droite décompensée par un accident en mars 2012 à la suite d'une chute dans les escaliers. Il avait procédé à une arthroscopie du genou droit avec résection partielle du ménisque externe et toilette articulaire le 25 septembre 2012. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis cette date. Le patient ne pouvait pas se mettre à genoux, accroupi ou effectuer un travail avec port de charges, et était dans l'attente d'une éventuelle prothèse totale du genou.

A la requête de l'OAI, la W. \_\_\_\_\_ SA, lui a indiqué, par courrier du 17 janvier 2013, qu'elle servait des prestations à l'assuré, en

précisant que le cas avait été considéré comme « accident » jusqu'au 7 juin 2012, puis comme « maladie » depuis le 8 juin 2012.

Une enquête économique du 4 février 2013 réalisée dans le cadre de l'instruction du dossier a conclu à la nécessité de fixer un revenu hypothétique sans atteinte à la santé en se fondant sur les perspectives de gain d'un salarié avec le même profil que l'assuré. Les revenus effectifs indiqués ne correspondaient en effet pas à sa capacité de gain optimum. Selon l'enquête, les revenus réalisés depuis le début de l'activité indépendante en février 2001 oscillaient entre 8'698 fr. et 54'000 fr. au vu des chiffres inscrits au compte individuel AVS de l'assuré. La moyenne des revenus des quatre dernières années (2009 à 2012) se montait à 24'800 fr., toujours selon l'extrait du compte individuel.

Le 7 mars 2013, l'assuré s'est fait poser une prothèse totale du genou droit.

Dans le cadre d'un consilium d'orthopédie du 27 septembre 2013, le Dr K. \_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution globalement favorable à six mois de l'opération, le patient demeurant gêné dans la descente des escaliers. Dans l'activité habituelle, en l'absence de lift, une reprise était impossible dans la mesure où il ne pouvait rester plus d'une minute à genoux. En outre, il commençait à sentir des douleurs du genou gauche, qui présentait lui aussi une gonarthrose. Le patient allait toutefois reprendre à 10 % (travail administratif).

Dans son rapport à l'OAI du 1<sup>er</sup> novembre 2013, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué une évolution favorable, en précisant que l'incapacité de travail était totale depuis l'opération du 7 mars 2013, et qu'il n'y avait pour le moment pas d'activité adaptée à l'état de son patient. Il a en outre constaté que l'assuré ne pouvait actuellement pas se mettre à genoux ni en position accroupie, en précisant que la capacité de travail pourrait être améliorée par une adaptation de la place de travail, si l'intéressé avait à disposition un élévateur de voitures qui l'autoriserait à travailler debout ou assis, mais ne le forcerait pas à se mettre à genoux ou en position

accroupie, ce qui était extrêmement difficile, voire impossible, avec une prothèse totale du genou.

Le 19 novembre 2013, l'assuré a informé l'OAI qu'il était en incapacité de travail à 90 % et tentait de reprendre son activité de carrossier à 10 %. Comme son genou gauche était également arthrosé, il a expliqué qu'il lui semblait un peu tôt pour engager des frais liés à l'achat d'un lift, alors que son état de santé n'était pas stabilisé.

Le 28 février 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), médecin praticien et spécialiste en médecine du travail, a constaté que la réalité de l'atteinte à la santé était plausible. La maladie évoluait depuis deux ans. L'assuré avait recommencé à travailler à 10 % comme carrossier, mais le Dr K. \_\_\_\_\_ ne se prononçait pas formellement sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Toutefois, la « littérature médicale étant claire à ce sujet », le Dr H. \_\_\_\_\_ admettait que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 10 % actuellement, mais estimait que dans une activité adaptée, dans un poste sédentaire en position assise, elle était théoriquement de 100 % à trois mois de l'arthroscopie (du 25 septembre 2012), soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, puis nulle dès le 7 mars 2013 (date de la pose de la prothèse totale du genou droit), et à nouveau de 100 % dès le 27 septembre 2013 (soit à six mois de l'intervention précitée). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : apte poste sédentaire en position demi-assise ; inapte position debout, travail accroupi ou à genoux, travail en hauteur, marche en terrain irrégulier, port de charges. Finalement, le Dr H. \_\_\_\_\_ estimait que ses conclusions étaient « justes et convaincantes au regard de la maladie de l'assuré ».

Par courrier du 13 mai 2014, l'OAI a proposé à l'assuré différentes mesures et lui a imparti un délai au 30 mai suivant pour donner une réponse.

Selon un rapport d'entretien du 12 juin 2014, l'assuré souhaitait poursuivre son activité d'indépendant, à 50 %, évaluant sa

capacité de travail à 50 % dans toute activité. Il ressort du document que les mesures proposées par courrier du 13 mai 2014 apparaissaient comme clairement inutiles. L'assuré se serait rendu à la mesure, mais celle-ci ne lui aurait pas permis de se projeter dans une nouvelle activité. D'après l'assuré, il n'était pas attractif sur le marché de l'emploi.

Le 13 juin 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a proposé la prise en charge par l'AI d'un lift afin de permettre l'adaptation ergonomique du poste de travail. Cette prise en charge a été confirmée par communication du 16 juin 2014.

Par avis médical du 11 juillet 2014, le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste en médecine interne générale, a estimé que dans une activité adaptée, sédentaire essentiellement assise, la capacité de travail de l'assuré était de 100 %, en précisant qu'un poste de chef d'atelier serait adapté pour autant qu'il soit exercé surtout en position assise.

Dans son rapport du 16 juillet 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a estimé qu'au vu de l'adaptation du poste, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 %, pourcentage dans lequel était comprise une part de travail de bureau. Au vu de ses qualifications et de son expérience, l'assuré pourrait œuvrer dans une carrosserie afin de réaliser toutes les tâches administratives en lien avec ce domaine (analyse des dommages, devis, facturation, relations avec les clients et autres). Cette activité pourrait se faire soit en complément à son activité habituelle à 50 %, soit à un taux de 100 % s'il décidait d'abandonner son activité d'indépendant. Le revenu sans invalidité a été évalué à 75'003 fr. 40, au même titre que le revenu avec invalidité, si bien qu'il n'y avait pas de préjudice économique, et donc pas d'invalidité. Une aide au placement n'entraîne par ailleurs pas en considération dès lors que l'intéressé avait repris partiellement son activité indépendante et ne se voyait pas rechercher une activité complémentaire.

Le 27 avril 2015, l'assuré a communiqué à l'OAI un rapport du 18 mars 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_, qui diagnostiquait un status après la pose d'une prothèse totale du genou droit, ainsi qu'une gonarthrose du genou gauche et une chondrocalcinose. Pour ce médecin, une activité de carrossier ne pouvait être exercée à 100 %, le Dr K.\_\_\_\_\_ énonçant qu'il convenait de « réactiver l'AI, pour faire une demande pour une rente à 50 % ».

Par avis médical du 13 mai 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a estimé qu'au plan médico-thérapeutique, l'affirmation du Dr K.\_\_\_\_\_ selon laquelle l'activité habituelle de carrossier ne pouvait pas être exercée à 100 %, était adaptée. En revanche, au plan médico-théorique, la position retenue dans l'avis SMR du 11 juillet 2014 demeurait valable, à savoir une complète exigibilité dans une activité adaptée.

**b)** Dans un projet de décision du 27 novembre 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré son intention de lui refuser l'octroi d'une rente, compte tenu d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, mais de 100 % dans une activité adaptée, sans préjudice économique.

Dans le délai prolongé au 26 février 2016, l'assuré a fait valoir, sous la plume de son conseil Me Joëlle Vuadens, qu'il n'avait jamais été examiné par l'un des médecins de l'AI, alors que les seuls rapports médicaux produits au dossier étaient ceux du Dr K.\_\_\_\_\_. L'assuré a dès lors sollicité la mise en œuvre d'une expertise avant qu'une décision ne soit rendue, pour permettre de déterminer son droit aux prestations sous forme de rente.

Par décision du 2 mai 2016, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 27 novembre 2015. Dans un courrier du même jour, il a pour le surplus exposé que l'assuré ne faisait valoir aucun élément susceptible de modifier sa position.

Le 31 mai 2016, M. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

c) Par arrêt du 21 novembre 2016, la Cour des assurances sociales a admis le recours et annulé la décision du 2 mai 2016, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. Elle a considéré que les rapports du SMR ne reposaient pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins avait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Le résultat de cette appréciation n'était toutefois corroboré par aucune pièce médicale. Si le recourant semblait présenter une capacité de travail résiduelle, le dossier ne contenait cependant aucun élément médical permettant d'exclure explicitement toute incapacité de travail résultant de l'atteinte au niveau des genoux. La Cour a constaté que le seul médecin à s'être prononcé après avoir examiné le recourant était le Dr K. \_\_\_\_\_. Or ce médecin n'avait pas exprimé un point de vue clair sur la question de la capacité résiduelle de travail, en particulier dans une activité adaptée. Le seul fait que ce médecin avait mentionné une évolution favorable à la suite de l'opération du 7 mars 2013, respectivement que l'état de l'assuré après la pose de la prothèse totale du genou droit était satisfaisant cliniquement et radiologiquement, ne permettait pas encore de définir quelle était la capacité de travail dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée. Quant au point de vue du Service de réadaptation de l'OAI ressortant du rapport du 16 juillet 2014, il ne pouvait se substituer à une appréciation médicale de la situation. Dans ces conditions, il appartenait au SMR d'étayer sa position avec des explications circonstanciées et convaincantes.

La Cour a ajouté que les avis rendus par les médecins du SMR, dont il convenait de préciser qu'aucun n'était au bénéfice d'une formation spécialisée dans le domaine de l'orthopédie, étaient succincts ; en particulier, le lien entre les troubles objectivement constatés et leurs répercussions sur la capacité de travail n'était examiné que de manière superficielle, dans la mesure où le Dr H. \_\_\_\_\_ ne se fondait que sur la

littérature médicale, et les Drs B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ maintenaient une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans plus ample précision, alors que les atteintes dont souffrait le recourant étaient dégénératives. Les avis du SMR ne revêtaient donc qu'une valeur probante limitée, insuffisante en tout état de cause pour fonder un refus de prestations.

Lors d'un entretien du 10 avril 2017 à l'OAI, le recourant a déclaré qu'il était toujours indépendant, qu'il ne s'occupait que des travaux de tôlerie et qu'il avait délégué les travaux de peinture. Il a ajouté qu'il vendait toujours des pièces détachées et qu'il montait également des pneus.

L'OAI a mandaté le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur chez R.\_\_\_\_\_ SA, pour la réalisation d'une expertise de chirurgie orthopédique. On extrait ce qui suit de son rapport du 13 avril 2017 :

## **II Expertise monodisciplinaire orthopédique**

### **Description du problème :**

Le 29.03.2012, la personne assurée chute dans une fosse de garage. Elle se plaint alors de douleurs de l'épaule, du dos et du genou droit. Elle consulte les urgences où l'on constate une entorse du ligament latéral interne ainsi qu'une arthrose du genou droit. Mise en place d'une attelle rigide pendant 6 semaines, associée à de la physiothérapie. Comme les douleurs persistent, une arthroscopie est proposée et effectuée en septembre 2012 (shaving, révision méniscale, sans amélioration par la suite). Essai de traitement conservateur, sans succès, avec mise en place le 07.03.2013 d'une prothèse totale du genou droit.

Par la suite, la personne assurée a repris son travail comme carrossier indépendant à 50 %. L'AI a refusé une rente le 02.05.2016 (cause : capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée). La personne assurée a fait recours par la CAP (assurance de protection juridique) au tribunal le 31.05.2016. L'arrêt du tribunal a annulé la décision de l'AI et renvoyé le cas pour effectuer une expertise orthopédique.

### **II.1 Contexte social**

#### **II.1.a Anamnèse conforme aux directives et menée par l'ensemble des experts impliqués**

L'anamnèse a été menée conformément aux directives par l'expert orthopédique.

#### II.1.a.1 Indications subjectives de la personne assurée

- Problèmes de santé actuels, limitations dans les activités du quotidien

Malgré la mise en place de la prothèse, la personne assurée se plaint toujours de douleurs centrées sur le genou droit. Elle a de la peine à se mettre à genoux, à s'accroupir, et surtout à descendre les escaliers. Elle n'a pas de douleur nocturne. Les plaintes n'ont jamais évolué. Elles restent identiques, avec apparition maintenant de douleurs également au niveau du genou gauche. La personne assurée peut rester debout pendant une heure et demie, puis doit changer de position. Elle peut également rester assise pendant une heure, puis doit changer de position. Elle se plaint de l'épanchement itératif des 2 genoux. La personne assurée peut conduire sa voiture. Cependant, elle déclare qu'elle ne pourrait pas faire de longs voyages.

- Evolution de la maladie

Voir ci-dessus.

- Traitement actuel

Dernier contrôle chez le Dr K. \_\_\_\_\_ il y a un mois qui déclare que le travail de la personne assurée dans son métier de carrossier-tôlier est limité à 50 %.

Médecin traitant : Dresse Y. \_\_\_\_\_, [...].

Opérateur : Dr K. \_\_\_\_\_, [...].

- Médication actuelle

Pantoprazol pour une hernie hiatale.

- Consommation addictive

Fumée : environ 20 cigarettes/jour.

Pas d'alcool.

#### II.1.a.2 Anamnèse familiale

La personne assurée vit en couple. Elle n'a pas d'enfant. Pas d'hérédopathie notable. Sa mère est âgée de 78 ans. Son père est décédé à 66 ans d'un cancer. La personne assurée a un frère âgé de 53 ans qui a quelques problèmes psychologiques.

#### II.1.a.3 Anamnèse personnelle

Hospitalisation en 1985 pour ménisque interne à 2 reprises et ménisque externe des 2 genoux.

#### II.1.a.4 Anamnèse systémique

Nihil.

#### II.1.a.5 Anamnèse biographique et sociale

La personne assurée vit avec son amie à [...]. Elle n'a pas d'enfant et décrit un entourage social et familial sans problème.

#### II.1.a.6 Anamnèse professionnelle

- Formation professionnelle

CFC de carrossier-tôlier, puis brevet fédéral de carrossier.

- Anamnèse professionnelle actuelle

La personne assurée travaille comme carrossier-tôlier. Elle est spécialisée dans la remise en état de véhicules anciens, mais fait également la vente, le montage et le démontage de pneus. La personne assurée travaille seule, à 50 %, tous les après-midis.

A noter qu'elle a été en arrêt de travail pendant 9 ans en raison d'un problème au poignet gauche. La personne assurée a tout d'abord repris le travail pendant quelques temps chez un patron, avant d'ouvrir une carrosserie où elle a travaillé à plein temps jusqu'en mars 2012.

A noter également que la personne assurée reçoit une rente à 25 % de la Suva à la suite de l'accident ayant entraîné une arthrodèse du poignet gauche après 12 opérations (dernière intervention en 1988).

- Information subjective de la personne assurée sur les limitations dues à la maladie au dernier poste de travail

La personne assurée déclare ne pas pouvoir rester plus d'une heure et demie debout et plus d'une heure assise sans avoir des douleurs invalidantes au niveau du genou droit. En raison de l'arthrodèse du poignet gauche, la personne assurée déclare ne pas pouvoir porter de charges spécialement lourdes. Elle est surtout handicapée dans les mouvements un peu plus fins pour l'exécution des tâches où la main gauche, anciennement dominante, est utilisée. Les travaux dans des positions inhabituelles sont déclarés impossibles.

#### II.1.a.7 Evaluation de la personne assurée sur la maladie, capacité de travail et son potentiel de réintégration

La personne assurée aimerait travailler à plus de 50 %. Cependant, elle est gênée par son genou droit et commence à être également empêchée par des douleurs du genou gauche. Après sa longue incapacité de travail, la personne assurée attendait une aide à sa reformation de l'AI. Cependant, comme elle a pu reprendre une activité de carrossier indépendant, aucune proposition ne lui a été faite.

Lorsqu'elle travaille à 50 %, la personne assurée n'est pas trop gênée. Cependant, comme elle travaille seule, elle ne peut pas se faire aider pour les travaux plus lourds par un apprenti ou un employé car actuellement la carrosserie couvre juste ses charges et ne dégage pas de bénéfice.

#### II.1.a.8 Anamnèse tierce

Pour cette expertise spécialisée, il n'a pas été jugé nécessaire d'établir une anamnèse tierce.

#### **II.1.b Description détaillée du quotidien et de l'environnement de la personne assurée**

La personne assurée effectue normalement les tâches quotidiennes, plus lentement que normalement. Elle peut conduire sa voiture et se rendre en vacances avec son amie normalement. Elle ne fait pas de sport, ni de promenade.

La personne assurée occupe ses demi-journées à la maison en faisant 30 minutes de ménage, puis en étant sur internet. Elle se promène peu et part en vacances l'été avec sa compagne.

#### **II.1.c Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par ex. à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage**

Il a été reproché à la personne assurée de ne pas faire une activité adaptée à son premier handicap (l'arthrodèse du poignet). Cependant, malgré ce reproche, elle a pu ouvrir sa carrosserie et travailler à plein temps pendant plusieurs années. Actuellement, le métier lourd de carrossier-tôlier n'est évidemment pas idéal mais, à 54 ans, c'est le seul que la personne assurée sache faire. Elle ne voit pas dans quelle activité elle pourrait être reformée.

#### **II.1.d Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par ex. chômage ou autres situations de vie précaires, directement à l'origine de problèmes fonctionnels**

La personne assurée reste battante, mais ne se sent pas soutenue par les assurances sociales.

#### **II.1.e Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de la personne assurée par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie, etc.)**

Il n'y a pas de problème familial. La vie de couple de la personne assurée est déclarée harmonieuse, avec un bon soutien de sa compagne.

### **II.2 Atteinte à la santé**

#### **II.2.a Manifestation et gravité des constats objectifs**

##### II.2.a.1 Examen orthopédique

La personne assurée est en bon état général et en bonne santé habituelle.

Elle marche avec une petite boiterie, probablement liée à un défaut de la qualité du quadriceps droit. Avec une prothèse du genou, la flexion reste limitée aux alentours de 120°, ce qui explique que la position accroupie soit impossible. Les constatations objectives sont corrélées par l'anamnèse (subjective) de la personne assurée.

Taille : 185 cm.

Poids : 97 kg.

L'examen du rachis est sans particularité. Distance doigts-sol 5 cm. Pas de contracture de la musculature paravertébrale.

Membres supérieurs : épaules et coudes sans particularité. Au niveau du poignet gauche, séquelles de traumatisme avec une arthrodèse du poignet, actuellement calme. Il existe une sensibilité, voire une douleur à la palpation de la région cubitale-distale (status après résection de l'épiphyse distale du cubitus).

Membres inférieurs : hanches libres. Pas de trouble neurologique.

Genou droit : cicatrice opératoire calme, sec, stable, flexion 120°, extension complète, mais avec un petit effort. Discrète atrophie du quadriceps droit par rapport au gauche (différence droite gauche à 15 cm au-dessus du pôle supérieur de la rotule mesurant 3 cm).

L'examen des chevilles et des pieds est sans particularité.

#### II.2.a.2 Examens complémentaires

Rx du Dr K. \_\_\_\_\_ le 23.02.2017. Genou droit : la prothèse totale ne montre pas de signe de descellement.

Pas de nécessité d'effectuer des radios complémentaires.

### **II.2.b Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé**

#### II.2.b.1 Épicrise : observations et conclusions médicales

La personne assurée marche avec une petite boiterie. Elle est gênée pour prendre des positions inhabituelles. Objectivement, dans un métier lourd comme le sien, elle peut présenter des gênes relativement importantes. Un lift a été installé aux frais de l'AI dans l'atelier, qui devrait permettre à la personne assurée de travailler sans s'agenouiller, ce qui est le cas mais n'augmente pas sa capacité de travail.

L'arthrodèse du poignet gauche entre évidemment en ligne de compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. Elle est actuellement parfaitement indolore, mais il est clair que, dans les mouvements un peu plus fins, la personne assurée force le poignet, n'ayant pas la mobilité normale, ce qui ne lui permet pas de faire toutes les tâches, en particulier les travaux en force et les mouvements de torsion qu'elle devrait effectuer normalement.

Comme mentionné à plusieurs reprises dans le dossier de l'AI, l'activité de carrossier-tôlier n'était peut-être pas la meilleure après 9 ans d'incapacité de travail liée à la lésion du poignet gauche. Néanmoins, la personne a repris son activité de carrossier-tôlier à plein temps et ce n'est que depuis l'apparition de l'arthrose du genou droit et la mise en place de la prothèse que la capacité de

travail est diminuée. En dehors des douleurs, il n'y a pas d'autre problème.

**II.2.c Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels)**

Des facteurs étrangers à l'invalidité n'ont pas été pris en compte pour l'évaluation de la capacité de travail.

**II.2.d Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires et de leur ampleur**

Il n'y a pas d'exagération des symptômes. Cependant, il existe principalement des douleurs et les douleurs sont évidemment hautement subjectives dans l'analyse. La personne assurée a été informée qu'une douleur n'est pas une incapacité de travail, sauf si elle génère un danger particulier pour elle-même ou pour les autres.

**II.2.e En cas de maladie addictive, examen de la question de savoir si un trouble préalable ayant valeur de maladie grave a conduit au syndrome de dépendance**

Il n'y a pas de syndrome de dépendance.

**II.2.f Le syndrome de dépendance a-t-il entraîné un trouble irréversible ?**

Néant.

**II.2.g Analyse détaillée de la personnalité actuelle de la personne assurée et de son évolution**

Nous n'avons pas le mandat d'effectuer une expertise psychiatrique.

**II.2.h Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente la personne assurée et sur les ressources personnelles dont il dispose**

Nous n'avons pas le mandat d'effectuer une expertise psychiatrique.

**II.3 Diagnostics**

**II.3.a Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail**

1. Gonarthrose post-traumatique du genou droit ayant nécessité la mise en place d'une prothèse totale du genou

2. Séquelles de lésion ligamentaire du poignet gauche ayant entraîné une arthrodèse (fin de traitement en 1989 après 12 opérations)
3. Gonarthrose gauche débutante

### **II.3.b Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail**

Nihil.

### **II.3.c Interactions des diagnostics : Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de la personne assurée dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts**

Pas d'interactions des diagnostics.

## **II.4 Traitement et réadaptation**

### **II.4.a La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?**

L'état actuel correspond à celui qu'on peut attendre après la mise en place d'une prothèse totale du genou droit.

La personne assurée ne suit actuellement aucun traitement.

### **II.4.b Indications détaillées relatives à la coopération de la personne assurée au cours des thérapies effectuées**

La personne assurée a suivi les traitements prescrits.

### **II.4.c Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de la personne assurée**

Il n'y a pas d'autre traitement à proposer actuellement. Lors de l'examen médical, des exercices de renforcement de la musculature du quadriceps lui ont été montrés, qui devraient permettre de diminuer la gêne de son genou droit, mais pas d'augmenter l'amplitude articulaire.

En raison de l'aggravation de l'arthrose du genou gauche, la mise en place d'une prothèse totale à ce niveau reste en suspens.

### **II.4.d Indications détaillées relatives à la coopération de la personne assurée si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès**

La réadaptation a été couronnée de succès et la gêne actuelle correspond à celle qu'on attend après la mise en place d'une prothèse du genou.

Selon le rapport du 13.05.2014 de M. [...] de l'AI, la personne assurée souhaite une rente et rejette les propositions de mesures (COPAI - AIP - AvantAge). N'ayant jamais eu de patron, la personne assurée ne veut pas renoncer à son statut d'indépendante.

**II.4.e Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de la personne assurée ? Dans quelle mesure ?**

Non.

**II.4.f Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation**

L'exigibilité des mesures de réadaptation est soumise au respect du profil d'effort déterminé au chapitre II.6.a.

**II.5 Cohérence**

**II.5.a Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de la personne assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialisations médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de la personne assurée**

La personne assurée peut marcher normalement pendant une heure et demie et être assise pendant une heure, faire des efforts modérés (maximum 20 kg sur une courte distance). L'accroupissement, la descente des escaliers et les échelles sont prohibés. Il n'y a pas de divergence entre les symptômes décrits et le comportement de la personne assurée.

**II.5.a.1 Commentaires sur le dossier médical reçu**

Le Dr K. \_\_\_\_\_ mentionne une capacité de travail dans son métier de carrossier-tôlier de 50 %. Il déclare que c'est la charge portée qui est l'élément défavorable. On peut remarquer qu'en travaillant à 50 %, la charge n'est pas différente que si la personne assurée travaillait à 100 %.

Dans une activité adaptée correspondant au profil de charge, la capacité de travail pourrait être de 100 %. Malgré l'adaptation du poste de travail (lift), le métier de carrossier-tôlier n'est pas le plus adapté à l'état de santé de la personne assurée.

**II.5.b Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales)**

La personne assurée se déplace normalement avec sa voiture et en transports publics. Elle a des difficultés pour faire des promenades en raison d'une gêne dans le genou droit principalement.

### **II.5.c Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte de la santé**

Avant la chute dans la fosse, la personne assurée présentait déjà une arthrose tricompartmentale du genou droit et devait déjà présenter une gêne dans les positions inhabituelles. Actuellement, avec la prothèse totale, il est clair que les charges ne sont pas très indiquées, mais ce sont surtout les chocs qu'il faut éviter, chocs que la personne assurée n'a pas dans l'exercice de sa profession.

### **II.5.d Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques**

Actuellement, il n'y a pas de traitement particulier, sauf peut-être des exercices de renforcement du quadriceps préconisés.

### **II.5.e Analyse permettant de voir si la personne assurée présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie**

Il n'y a pas de thérapie à suivre actuellement.

## **II.6 Capacité de travail**

### **II.6.a Profil d'effort**

#### II.6.a.1 Actuel

La personne assurée peut marcher normalement pendant une heure et demie, être assise pendant une heure. Elle peut porter des charges d'environ 20 kg sur une courte distance. Elle n'a aucune difficulté pour se concentrer. La personne assurée ne doit pas monter d'échelle. Elle doit éviter de descendre des escaliers et ne pas s'accroupir. Pas de mouvements un peu plus fins pour l'exécution des tâches où la main gauche, anciennement dominante, est utilisée.

#### II.6.a.2 Evolutif / Pronostic

### **II.6.b Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

#### II.6.b.1 Rétrospectif

L'activité n'était pas bien adaptée au handicap de la personne assurée (poignet gauche). Actuellement, avec une prothèse du genou et une arthrose débutante de l'autre genou, les positions souvent inhabituelles effectuées dans son activité professionnelle sont difficiles.

Avant la chute dans la fosse, la personne assurée travaillait à plein temps. Après l'accident du 29.03.2012, la capacité de travail était de 0 % jusqu'à la mise en place de la prothèse le 07.03.2013.

Environ 6 mois après la mise en place de la prothèse totale du genou, une capacité de travail de 50 % aurait pu être retrouvée.

#### II.6.b.2 Actuel

Le taux d'activité actuel est de 50 %.

#### II.6.b.3 Evolutif/Pronostic

Avec le lift, la personne assurée peut travailler à mi-hauteur. Elle a de la peine à rester une heure et demie debout et une heure assise. Cependant, il faudrait évaluer la possibilité d'avoir un siège mobile en position semi-assise (selle sur roulettes) qui pourrait peut-être permettre une indolence dans la pratique de son activité professionnelle. La charge (masse soulevée) n'est pas excessive dans son activité actuelle et après essai d'un siège, sa capacité de travail devrait être augmentée puisqu'il n'y aura pas de charge sur les genoux.

En cas d'adaptation de son activité au profil décrit, avec des changements de position, la capacité de travail pourrait être de 100 %.

### **II.6.c Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de la personne assurée**

#### II.6.c.1 Rétrospectif

Après l'accident du 29.03.2012, la capacité de travail était de 0 %. Environ 3 mois après l'arthroscopie du genou du 25.09.2012, la capacité de travail était de 100 %, jusqu'à la mise en place de la prothèse le 07.03.2013.

Environ 6 mois après la mise en place de la prothèse totale, dans une activité adaptée au profil décrit, avec des changements de position, la capacité de travail aurait pu être de 100 %.

#### II.6.c.2 Actuel

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 %.

#### II.6.c.3 Evolutif/Pronostic

Il ne devrait pas y avoir d'évolution défavorable dans le temps. La capacité de travail devrait rester de 100 %, sauf si une prothèse du genou devait être mise à gauche.

Sont annexés à ce rapport un résumé complet du dossier du recourant, un questionnaire médical rempli par le recourant ainsi que quelques documents médicaux supplémentaires.

**d)** Le 14 février 2018, l'OAI a adressé au recourant un projet de décision rejetant la demande de mesures professionnelles et de rente, projet contesté par le recourant, mais confirmé le 14 juin 2018. L'OAI constate qu'à la suite de l'accident survenu le 29 mars 2012, le recourant

a présenté des périodes d'incapacité de travail qui ont duré moins d'une année consécutive, n'ouvrant pas le droit à la rente. Par ailleurs, la demande AI étant tardive (20 décembre 2012), le droit ne pourrait s'ouvrir qu'à partir de juin 2013. L'OAI retient les périodes d'incapacité de travail suivantes : du 29 mars au 31 décembre 2012 à 100 % et du 7 mars au 26 septembre 2013 (suite arthroscopie du 25 septembre 2012). Il relève que la capacité de travail de l'assuré est conservée à 50 % dans son activité habituelle mais que dans une activité adaptée, elle est exigible à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, respectivement le 27 septembre 2013 compte tenu des périodes d'incapacité de travail précitées. L'intimé retient les limitations fonctionnelles suivantes : port de charge limité, pas de travail accroupi ou à genou, pas de genuflexion, pas de franchissement régulier d'échelle/escabeau, pas de marche en terrain accidenté. Il en déduit que la capacité de travail résiduelle de l'assuré peut être mise en valeur dans son activité habituelle à 50 % et que l'assuré peut occuper le 50 % restant dans les tâches administratives de son entreprise ou à 100 % dans une autre entreprise en lien avec la mécanique (analyse des dommages, devis, facturation, relation avec les clients par exemple). Il prend acte de ce que l'assuré ne pouvait pas rester plus d'une heure assis et qu'il ne pouvait pas faire de mouvements fins pour l'exécution de tâches où la main gauche est utilisée mais relève que ces limitations n'empêchent pas l'exécution de tâches administratives entrant en ligne de compte. Il ajoute que le recourant a la formation et l'expérience nécessaire pour réaliser les tâches administratives précitées (cf. courrier explicatif du 13 juin 2018). L'OAI constate que le recourant ne présente pas de préjudice économique et par conséquent pas de degré d'invalidité au sens de l'AI. S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20 % au moins, ce qui n'est pas le cas de l'assuré selon l'OAI.

**C.** Le 19 juillet 2018, M. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 20 décembre 2012, subsidiairement à l'octroi de mesures de reclassement professionnel. En substance, il fait valoir que sa capacité de

travail a été appréciée de façon arbitraire en considérant qu'il pouvait occuper à 50 % un poste de tâches administratives dans son entreprise. Il ressort en effet de l'expertise que le recourant peut marcher normalement pendant une heure et demie et être assis pendant une heure, faire des efforts modérés (maximum 20 kg sur une courte distance) et que l'accroupissement, la descente des escaliers et les échelles sont prohibés. Il résulte en outre du rapport d'expertise que le recourant n'est pas en mesure d'exécuter des mouvements fins pour la réalisation des tâches où la main gauche, anciennement dominante, devrait être utilisée. Le recourant reproche à l'OAI une violation des principes jurisprudentiels dégagés de l'art. 17 al. 1 LAI, en particulier de n'avoir fait aucun calcul du revenu réalisable ni de son revenu exigible. Il soutient qu'il souffre de limitations fonctionnelles incompatibles avec un travail administratif puisqu'il nécessiterait une position assise et l'utilisation de sa main gauche. En outre, il ne dispose pas d'une formation professionnelle lui permettant d'exercer une activité autre que celle de carrossier, ni d'un volume de travail qui impliquerait une activité administrative à 50 %. Enfin, il relève que les périodes d'incapacité de travail ne correspondent pas aux certificats d'incapacité de travail du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, attestant que la période d'incapacité de travail a été ininterrompue depuis le 29 mars 2012, évoluant de 100 % à 90 % au 28 septembre 2013, puis à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2014, sans aucune interruption.

Le 3 septembre 2018, l'OAI a déposé des déterminations confirmant sa décision en relevant que l'expertise a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations entre environ trois mois après l'arthroscopie du genou du 25 septembre 2012 et la mise en place de la prothèse le 7 mars 2013, puis la capacité était à nouveau entière dans une activité adaptée environ six mois après la mise en place de la prothèse.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** En l'espèce, 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 lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

**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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

**b)** Aux termes de 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. En outre, d'après 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. De surcroît, le droit à la rente ne naît pas tant que la personne assurée peut prétendre à une indemnité journalière selon l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI).

**c)** Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé. Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3 et les références citées).

**d)** Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. 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 le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C\_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1).

**e)** Le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 LAI, signifie que la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels

(Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2016 p. 532 et les références citées). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, *op. cit.*, n° 2018 p. 533 et les références citées).

**f)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (art. 25 al. 1 RAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées, en particulier ATF 129 V 222 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C\_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4).

Le revenu sans invalidité doit cela étant être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; 128 V 174 consid. 4a).

Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il avait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb) ; il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas particulier que l'assuré ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable ou lorsque le dernier salaire obtenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser – au degré de la vraisemblance prépondérante – s'il n'était pas devenu invalide.

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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (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).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalide. 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 par conséquent 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 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5 ; TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3) et peut être retenue parallèlement à une diminution de rendement (*a contrario* TF 9C\_359/2014 consid. 5.4).

**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).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 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 LPGA), 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'occurrence, est litigieux le point de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

**a)** S'agissant de l'existence d'une atteinte à la santé, l'expertise du 13 avril 2017 indique que le recourant est atteint de gonarthrose post-traumatique du genou droit ayant nécessité la mise en place d'une prothèse totale du genou, de séquelles de lésion ligamentaire du poignet gauche ayant entraîné une arthrodèse (fin de traitement en 1989 après douze opérations) et de gonarthrose gauche débutante. Ces atteintes ont une incidence sur la capacité de travail, en ce sens qu'elles occasionnent des limitations fonctionnelles, à savoir que le recourant peut marcher normalement pendant une heure et demie, être assis pendant une heure, peut porter des charges d'environ 20 kg sur une courte distance, ne peut pas monter d'échelle, doit éviter de descendre des escaliers, ne doit pas s'accroupir et ne peut pas faire de mouvements un peu plus fins pour l'exécution des tâches où la main gauche, anciennement dominante, est utilisée.

Ces éléments ne sont pas contestés.

**b)** En revanche, le recourant soutient dans un premier grief ne pas pouvoir occuper à 50 % un poste de tâches administratives dans son entreprise, en plus de sa capacité de travail de 50 % déjà retenue dans son activité habituelle.

Dans une entreprise du type et de la taille de celle du recourant, les tâches administratives représentent une part d'activité marginale par rapport aux tâches d'exploitation proprement dite (consid. 3c *supra*). On ne voit donc en l'espèce guère de possibilité pour le recourant d'effectuer dites tâches dans son entreprise pour un taux de 50 %. Il se charge en effet d'ores et déjà personnellement de ce travail et rien au dossier ne permet de retenir que le temps consacré à ces activités est équivalent à une capacité de travail de 50 % supplémentaire. Partant, le recourant critique à juste titre le raisonnement de l'intimé à cet égard.

**c)** Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner plus en avant les éventuelles problématiques liées à l'exercice de l'activité habituelle à un taux de 50 %, ce d'autant moins que l'expert a reconnu dans son rapport du 13 avril 2017 que cette activité n'était plus adaptée au handicap du recourant compte tenu de l'atteinte à son poignet gauche et qu'avec une prothèse du genou, ainsi qu'une arthrose débutante de l'autre genou, les positions souvent inhabituelles effectuées dans son activité professionnelle étaient difficiles. Le lift installé dans l'atelier n'a pas non plus permis d'augmenter la capacité de travail. Par conséquent, au vu des handicaps présentés par l'assuré dans l'exercice dans son activité habituelle, un changement d'activité professionnelle s'avère susceptible de restaurer notablement sa capacité de gain.

Il ne fait dès lors pas de doute que le recourant ne met pas à profit sa meilleure capacité de travail et de gain en poursuivant ses activités dans son exploitation. Dès lors qu'il peut occuper d'autres emplois dans le domaine de la réparation automobile adaptés à ses

limitations fonctionnelles ou d'autres postes ne requérant pas de qualification professionnelle et au vu de son âge encore éloigné de la retraite, il apparaît parfaitement exigible du recourant qu'il reprenne une activité lucrative adaptée hors de son entreprise, dans lequel un emploi paraît d'emblée peu en adéquation avec ses limitations fonctionnelles.

Il convient dès lors de considérer la question de la capacité de travail dans une activité adaptée.

**6. a)** Selon l'intimé, la capacité de travail du recourant est de 100 % dans une activité adaptée qui respecte ses limitations fonctionnelles, à savoir : port de charge limité, pas de travail accroupi ou à genou, pas de genuflexion, pas de franchissement régulier d'échelle/escabeau, pas de marche en terrain accidenté. L'intimé a pris en outre acte de ce que le recourant ne pouvait pas faire de mouvements fins pour l'exécution de tâches où la main gauche est utilisée. L'office intimé fonde son raisonnement sur l'expertise du 13 avril 2017.

**b)** Le Dr P. \_\_\_\_\_ a en effet conclu, dans son rapport précité, à une capacité de travail entière dans une activité adaptée après avoir examiné les plaintes du recourant et sa situation. Il a fait une anamnèse complète et s'est fondé sur un examen clinique et circonstancié de l'intéressé.

Tenant compte des indications du recourant, l'expert a constaté que malgré la mise en place de la prothèse, il se plaignait toujours de douleurs centrées sur le genou droit et qu'il avait de la peine à se mettre à genoux, à s'accroupir et surtout à descendre les escaliers. Il a relevé l'apparition de douleurs au niveau du genou gauche. Il a indiqué que le recourant pouvait rester debout pendant une heure et demie, puis devait changer de position. Le recourant pouvait rester assis pendant une heure, mais devait ensuite également changer de position. En raison de l'arthrodèse du poignet gauche, M. \_\_\_\_\_ a déclaré ne pas pouvoir porter de charges spécialement lourdes et était surtout handicapé dans des mouvements un peu plus fins pour l'exécution des tâches où la main

gauche, anciennement dominante, était utilisée. Dans le cadre de son anamnèse, l'expert a noté que le recourant avait été en arrêt de travail pendant neuf ans en raison d'un problème au poignet gauche (la dernière intervention datant de 1988), puis qu'il avait repris le travail d'abord comme salarié, puis en qualité de carrossier-tôlier indépendant à plein temps pendant plusieurs années jusqu'en mars 2012.

Examinant la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, l'expert a conclu qu'avec des changements de position, la capacité de travail était de 100 % environ six mois après la mise en place de la prothèse totale. Pour déterminer les limitations fonctionnelles, que le recourant ne conteste pas, le Dr P.\_\_\_\_\_ a tenu compte de l'ensemble des éléments constatés. L'expertise du 13 avril 2017 a en outre été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et les plaintes du recourant ont été relevées. La description du contexte médical et de la situation médicale sont claires, et les conclusions bien motivées. Ce rapport remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

**c)** Quant aux documents produits par le recourant à l'appui de son écriture, ils ne sont pas suffisamment étayés pour remettre en cause les conclusions circonstanciées du Dr P.\_\_\_\_\_. Le rapport du 18 mars 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_ est listé parmi les pièces qui ont été remises à l'expert dans le cadre de son examen. Son contenu a dès lors été pris en considération dans l'analyse de la situation. Les certificats médicaux des 3 et 31 mars 2014 du Dr K.\_\_\_\_\_ n'apportent pas non plus d'éléments justifiant de s'écarter de l'expertise du 13 avril 2017. Quant à la fiche d'incapacité de travail relative à la déclaration d'accident adressée à la W.\_\_\_\_\_ SA par le Dr T.\_\_\_\_\_, elle n'expose pas en quoi l'expertise serait critiquable.

A cet égard, on constate que les périodes d'incapacité retenues par l'expertise, soit du 29 mars 2012 au 31 décembre 2012 (trois mois après l'arthroscopie du genou), puis du 7 mars 2013 (date de la mise en place de la prothèse) jusqu'au 26 septembre 2013 (six mois après la

mise en place de la prothèse), ne sont pas non plus discutables, malgré les allégations du recourant fondées sur les certificats d'incapacité de travail remplis par le Dr T.\_\_\_\_\_ à l'attention de la W.\_\_\_\_\_ SA, lequel attestait d'une incapacité de travail de 100 % du 29 mars 2012 au 27 septembre 2013, de 90 % du 28 septembre 2013 au 31 mars 2014, puis de 50 % du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2014. Comme relevé, ces documents n'exposent pas en quoi les conclusions de l'expertise seraient erronées et les raisons pour lesquelles il y aurait lieu de s'en écarter.

**e)** Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des constatations du Dr P.\_\_\_\_\_ résultant de son expertise du 13 avril 2017 retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée six mois après la mise en place de la prothèse totale.

**7. a)** Sur le plan économique, l'intimé a retenu que le recourant avait la possibilité de trouver une activité à 100 % dans une autre entreprise en lien avec la mécanique (analyse des dommages, devis, facturation, relation avec les clients par exemple). A ce titre, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir calculé le revenu réalisable, ni le revenu exigible pour déterminer la diminution de la capacité de gain éventuelle.

**b/aa)** Concernant le revenu sans atteinte à la santé, il ressort des pièces au dossier que l'intimé a retenu un montant de 86'746 fr. 87, selon les données statistiques résultant de l'ESS, soit le salaire exigible pour un homme dans le commerce et la réparation d'automobiles, commerce de gros, avec un niveau de compétence 3 pour l'année 2012, indexé à 2013. L'intimé s'est référé à l'ESS vu l'enquête économique du 4 février 2013, concluant à la nécessité de fixer un revenu hypothétique sans atteinte à la santé en se fondant sur les perspectives de gain d'un salarié avec le même profil que le recourant. Les revenus effectifs indiqués ne correspondaient en effet pas à sa capacité de gain optimum. Selon l'enquête, les revenus réalisés depuis le début de l'activité indépendante en février 2001 oscillaient entre 8'698 fr. et 54'000 fr. au vu des chiffres inscrits au compte individuel AVS du recourant. La moyenne des revenus

des quatre dernières années (2009 à 2012) se montait à 24'800 fr., toujours selon l'extrait du compte individuel.

**bb)** Compte tenu de l'enquête économique précitée, l'intimé a examiné à juste titre la question du revenu sans invalidité déterminant en se référant à l'ESS. Les importants écarts entre les montants inscrits au compte individuel AVS d'une année à l'autre, sans possibilité de les expliquer, ne permettent en effet pas de déterminer de manière précise les gains du recourant avant l'atteinte à la santé. Ces montants peuvent tout au plus donner un ordre de grandeur quant aux dits revenus. Partant, il se justifiait de fixer le revenu sans invalidité du recourant au moyen de l'ESS (consid. 3f *supra*). Cela étant, il y a lieu d'examiner plus en avant le montant retenu par l'intimé.

**cc)** Dans son activité habituelle de carrossier-tôlier, le recourant était spécialisé dans la remise en état de véhicules anciens, mais s'occupait aussi de la vente de pièces détachées, du montage et du démontage de pneus, ainsi que des changements de pneus d'été et d'hiver. Il se chargeait également de l'administratif lié à son entreprise. A la lecture de la description des niveaux de compétences, on constate que ces tâches correspondent à un niveau de compétences 2 et non 3 (tâches complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé), comme le retient à tort l'intimé. Quand bien même le recourant dispose d'un brevet de tôlier en carrosserie, le niveau de compétences 2 est plus représentatif de ses activités quotidiennes et il y a lieu de s'y référer. Si l'on se fonde sur les données de l'ESS, le revenu du recourant dans l'activité de commerce et réparation d'automobiles (branches 45 à 47) aurait été de 66'354 fr. 25 (ESS 2012, TA1, niveau de compétences 2, 5'262 fr. x 12 x 41.7/40 [pour l'adapter à un horaire hebdomadaire moyen de 41,7 heures] majoré de 0.8 % [pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013]).

**dd)** Le montant du revenu sans invalidité doit ainsi être arrêté à 66'354 fr. 25.

A toutes fins utiles, il est précisé que ce chiffre n'est pas très éloigné du revenu le plus haut réalisé selon le compte individuel, qui était de 54'000 fr., contrairement au total de 86'746 fr. 87 retenu par l'intimé.

**c)** S'agissant du revenu avec invalidité, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr P. \_\_\_\_\_ ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Le recourant ne remet du reste pas en cause le fait qu'il existe sur le marché du travail des activités exigibles, notamment celles décrites par l'intimé, soit un emploi auprès d'une entreprise en lien avec la mécanique (analyse des dommages, devis, facturation, relation avec les clients par exemple).

En l'occurrence, les ESS 2012 indiquent un salaire de référence de 5'210 fr. par mois, part au treizième salaire comprise, réalisable par un homme sans formation professionnelle dans toutes activités des secteurs de la production et des services (ESS 2012, TA1, montant total, niveau de qualification 1). Compte tenu de l'indexation à l'année 2013 (0,8 %), année déterminante pour la comparaison des revenus (art. 28 al. 1 LAI), et de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2012 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 5'474 fr. 87, correspondant à un salaire annuel de 65'698 fr. 50.

Il peut être tenu compte au maximum d'un abattement de 10 % vu l'âge du recourant. Il est en effet né en Suisse et l'activité adaptée tient déjà compte de ses limitations fonctionnelles. Sa capacité de travail est entière, de sorte qu'il ne peut compter, en tant qu'homme, de désavantage salarial en raison de son taux d'activité. De plus, il peut difficilement se prévaloir d'une perte d'avantages liée à son ancienneté dans la mesure où il a travaillé en tant qu'indépendant. Dès lors, seul le critère de l'âge peut justifier un abattement sur le revenu d'invalidité.

Par conséquent, le revenu déterminant d'invalidité peut être arrêté à 59'128 fr. 65.

**d)** Après comparaison du revenu d'invalidité de 59'128 fr. 65 au revenu sans invalidité de 66'354 fr. 25, le taux d'invalidité de l'assurée se monte à 10,89 %,  $([66'354,25 - 59'128,65] \times 100 / 66'354,25)$ , ce qui exclut à l'évidence le droit à des prestations AI sous forme de rente.

Si le revenu avec invalidité pris en compte avait été fixé sur la base d'un poste dans le commerce, la réparation d'automobiles selon l'ESS, soit en considérant que le recourant retrouve un emploi auprès d'une entreprise où il puisse effectuer des tâches telles que décrites par l'intimé (analyse des dommages, devis, facturation, relation avec les clients), le taux d'invalidité du recourant serait de 10 %, soit le taux de l'abattement vu que les revenus comparés sans et avec invalidité seraient identiques, à l'exception dudit abattement  $([66'354,25 - 59'718,80] \times 100 / 66'354,25)$ . Ce taux ne permettrait pas non plus d'ouvrir le droit à la rente.

Au vu de ce qui précède, le recourant ne peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité.

**8. a)** Le recourant soutient encore que l'OAI ne lui a pas proposé de mesures de réadaptation.

**b)** Pour bénéficier des mesures de réadaptation AI, l'assuré doit être invalide ou menacé d'une invalidité (art. 8 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 1<sup>novies</sup> RAI, il y a menace d'invalidité lorsqu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré perdra sa capacité de gain. La réadaptation prise en charge par l'assurance-invalidité doit être nécessaire et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer, soit la capacité de gain de l'assuré, soit sa capacité d'accomplir les travaux habituels. Selon l'art. 7 al. 1 LAI, il incombe cependant à l'assuré d'entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la

survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Concrètement, l'assuré doit avoir un rôle actif pour garder son emploi ou pour se réadapter dans un autre. Il doit accepter les mesures d'intervention précoce, participer activement à la réadaptation (art. 7 al. 2 LAI). L'orientation professionnelle est destinée à aider l'assuré à qui l'invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure (art. 15 LAI).

**c)** En l'espèce, le recourant peut exercer une activité adaptée ne nécessitant aucune formation. Sa capacité de gain reste intacte dans une activité telle que décrite plus haut (consid. 7c *supra*). De plus, en exposant ses réticences lors de l'entretien du 12 juin 2014 qu'il a eu avec un responsable de l'office intimé, le recourant a exprimé une absence totale de motivation. En rejetant l'idée même d'une mesure d'orientation professionnelle, dont le but était précisément de cerner les possibilités effectives de réadaptation, il a clairement démontré une absence de disposition subjective à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel proposées par courrier du 13 mai 2014. On ne saurait dès lors faire grief à l'intimé d'avoir mis un terme aux démarches visant à favoriser la réintégration professionnelle du recourant. Sur le vu de ce qui précède, ce dernier est malvenu de reprocher à l'intimé de ne pas lui avoir proposé de mesures. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de la décision litigieuse à ce titre.

Il est encore précisé qu'un reclassement professionnel n'entre pas en ligne de compte dès lors que le seuil minimum de 20 % requis pour la diminution de gain s'agissant de cette mesure n'est pas atteint dans le cas d'espèce (art. 17 LAI ; ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

**9. a)** Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 juin 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 M. \_\_\_\_\_.
- 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 à :

- Me Joëlle Vuadens (pour M. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :