

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2019

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Dessaux, juge, et Gabellon, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Jeton Kryeziu, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6s., 16, 17, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], marié et père de trois enfants nés en [...], [...] et [...], sans formation, travaillait à plein temps depuis le 21 mars 2005 pour le compte de T._____ en qualité de découpeur, à raison de quarante-cinq heures par semaine. Le 15 avril 2014, il a été victime d'un accident. Alors qu'il voulait quitter une plateforme pour monter dans une nacelle, il a glissé et est tombé sur le sol (cf. déclaration de sinistre du 23 avril 2014). Selon une note téléphonique au dossier LAA du 25 avril 2014, l'assuré a chuté d'une hauteur de 6,7 mètres et a été hélicoptéré au CHUV, où il a séjourné jusqu'au 25 avril 2014. Le 23 avril 2014, la Dre J._____, médecin-assistante au Département de l'appareil locomoteur (DAL) du CHUV, a diagnostiqué une fracture diaphysaire ouverte de l'humérus gauche traitée par enclouage le 15 avril 2014 ainsi qu'une fracture plurifragmentaire de la rotule droite traitée par cerclage le 15 avril 2014 également.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), assureur LAA, a pris le cas en charge.

Le 20 août 2014, les Drs L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et A._____, médecin-assistant, du DAL, ont constaté que l'évolution à deux mois et demi était satisfaisante, avec un pronostic favorable avec cependant un risque de persistance de gonalgies antérieures. Le patient faisait de la physiothérapie de mobilisation du genou ainsi que de la mobilisation libre de l'épaule avec rééducation des amplitudes, la durée du traitement prévue étant de trois à six mois. Les Drs L._____ et A._____ mentionnaient également une évolution vers une probable arthrose patello-fémorale.

L'assuré a déposé le 4 septembre 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il a indiqué percevoir un salaire de 29 fr. de l'heure, plus un treizième salaire de 6'000 francs. Quant au genre de

l'atteinte, il a fait état d'une fracture ouverte du bras gauche ainsi que d'une fracture de la rotule du genou droit. Il n'avait pas travaillé depuis l'accident.

Selon ses certificats de salaire, il avait perçu les montants suivants :

- 69'410 fr. en 2008,
- 67'887 fr. en 2009,
- 68'451 fr. en 2010,
- 69'113 fr. en 2011,
- 70'516 fr. en 2012.

Quant à l'extrait de son compte individuel, il en ressort qu'il a perçu les revenus suivants :

- 65'487 fr. en 2009,
- 68'451 fr. en 2010,
- 69'112 fr. en 2011,
- 70'516 fr. en 2012,
- 73'345 fr. en 2013.

Selon le rapport employeur du 19 septembre 2014, l'assuré travaillait neuf heures par jour, soit quarante-cinq heures par semaine, pour un salaire horaire de 29 fr., plus un treizième salaire de 6'000 francs. Son salaire AVS était de 70'000 fr. par an depuis janvier 2014.

Le 14 janvier 2015, les Drs C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et D._____, médecin-assistante, du DAL, ont constaté une amyotrophie du muscle deltoïde de l'épaule gauche et des douleurs à la flexion/extension du genou droit, estimant le pronostic réservé à moyen terme. Pour eux, l'activité exercée jusqu'alors, nécessitant une importante force physique, n'était plus exigible. Le patient pourrait travailler à 50 %, quatre heures par jour, dans un travail administratif, depuis janvier 2015. Les médecins

ont souligné que les restrictions pourraient être réduites par de la physiothérapie de tonification musculaire du membre supérieur gauche et du membre inférieur droit, mesures qui auraient pour effet d'augmenter progressivement la possibilité de réalisation des activités physiques.

L'assuré a été examiné le 17 février 2015 par le médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du même jour, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie, a relevé qu'un traitement de physiothérapie se poursuivait au Centre thermal d'[...] à raison de deux séances par semaine. Il a pour le surplus fait l'appréciation suivante de la situation :

“Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai résumés plus haut.

Actuellement, le patient, qui est venu avec sa femme, dit qu'il a de la peine à se remettre. Il n'a pas retrouvé une mobilité complète de l'épaule G [gauche]. Souffrant du genou D [droit] à la marche, il est limité dans ses déplacements.

Objectivement, le genou D présente un discret épanchement qui estompe le relief rotulien. Il n'y a pas d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local. La mobilisation est appréhendée donnant lieu à des douleurs antérieures en fin de course. La mobilité est largement récupérée. Il n'y a pas de signes méniscaux vrais. Les signes rotuliens sont bilatéralement positifs, douloureux à D. Il n'y a pas de laxité pathologique. Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force. L'épaule G est tout à fait souple mais la mobilisation est douloureuse, sans qu'on sache exactement ce qui fait mal chez un patient expressif. Les signes du conflit sont douteux. Tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels. La mobilité active est complète mais il faut beaucoup insister pour que le patient donne toute la mesure de ses possibilités. Le tonus et la force musculaire sont conservés à tous les niveaux. Le patient ne décrit pas de troubles de la sensibilité au MSD [membre supérieur droit].

Sur les RX [radiographies] du 21.10.2014, l'humérus est solide et n'inspire aucune inquiétude particulière. Sur les clichés du genou D à la même date, la rotule initialement complètement éclatée, paraît bien reconstruite et sa surface articulaire ne présente pas d'incongruence majeure. Il est possible, en revanche, que la rotule soit un peu basse.

Il semble qu'on a prévu de faire l'AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] en avril prochain.

Pour ma part, je doute que le matériel d'ostéosynthèse gêne vraiment et j'ai l'impression que son ablation ne changera pas

grand-chose aux plaintes du patient qui m'a paru assez pusillanime et peu enclin à surmonter des douleurs résiduelles.

Après l'intervention prévue, il devrait rapidement être admis à la CRR [Clinique romande de réadaptation] au sens d'un complément de rééducation et d'un bilan global. Néanmoins, quoi qu'on entreprenne, la reprise de l'activité antérieure me semble compromise."

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la rotule droite a eu lieu le 17 avril 2015.

L'assuré a séjourné du 29 avril au 2 juin 2015 à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Dans leur rapport du 12 juin 2015, les Drs I._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en médecine du sport, et K._____, médecin-assistant, ont en particulier relevé ce qui suit :

"Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics) :

Ablation des fils en deux temps sans complication.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous :

- physiothérapie
- psychosomatique
- ateliers professionnels

Le traitement antalgique de Dafalgan 1 gr cpr était suffisant pour le patient.

L'évolution subjective et objective est favorable (cf. rapports et test fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : Positions accroupi, à genoux, port de lourdes charges, monter et descendre les escaliers, ainsi que les échelles et la marche dans les terrains irréguliers.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Proposition d'une poursuite ambulatoire à

visée d'amélioration des fonctions musculaires et proprioceptives du MID [membre inférieur droit], mobilisation de la rotule, travail de la force-endurance, stabilité et mouvements en hauteur du MSG [membre supérieur gauche], antalgie.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 3 mois.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable suite aux facteurs médicaux retenus après l'accident. Cependant, étant donné l'absence de formation certifiante et au vu des contacts déjà entrepris entre la Suva et son employeur, nous estimons qu'une réunion devrait être organisée pour déterminer si un poste adapté pourrait lui être octroyé. Si aucune solution n'est trouvée et en cas d'échec de reprise du travail, un nouveau séjour pour une courte évaluation fonctionnelle, suivi d'une phase ECP est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable.”

Le 24 juin 2015, la CNA a informé l'assuré que sa capacité de travail avait été fixée à 30 % (dans une activité de type magasinier) à compter du 17 août 2015. Toutefois, l'assuré a interrompu cette activité le même jour après deux heures en raison de ses douleurs.

Dans son rapport du 30 octobre 2015, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du DAL, a apporté les réponses suivantes aux questions de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) :

“1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Amélioration de la fonction de l'épaule gauche et du genou droit. Persistance cependant de syndromes douloureux à la marche ou lors d'activités physiques obligeant le patient à s'arrêter après 30 à 40 minutes.

2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

Patient actuellement à l'arrêt de travail. Tentative infructueuse de reprise à pourcentage réduit (30%) en août 2015. Le patient dit avoir eu des douleurs trop importantes pour pouvoir continuer son activité professionnelle le premier jour de sa reprise.

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Capacité de travail à 100% selon l'activité adaptée. Depuis le 17.08.2015.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Aucune limitation fonctionnelle, mobilité complète de son épaule gauche et de son genou droit.

Epaule gauche : douleurs en fin d'élévation et d'abduction, diminution de la force en rotation interne et externe avec test de Jobe légèrement douloureux.

Genou droit : douleurs à la palpation du pourtour rotulien et lors de la mobilisation passive de la rotule. Autres tests sans particularité.

5. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

Patient toujours à l'arrêt de travail à 100%. Pour rappel, tentative de reprise avec travail adapté à pourcentage réduit proposé par la SUVA s'avérant être un échec.

6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Traitement antalgique, renforcement musculaire. Attente de consultation chez le Dr Q. _____ (chirurgie du genou-Ligamentaire, OTR, CHUV)."

L'assuré a tenté une nouvelle reprise d'activité le 22 septembre 2015 mais n'a pas réussi à tenir plus que trois heures, même les activités adaptées lui procurant trop de douleurs.

Le Dr B. _____ a relevé ce qui suit dans son rapport médical final du 27 octobre 2015 après avoir examiné l'assuré :

"Déclarations de l'assuré

Le patient, qui est venu avec sa femme, dit que ça ne va pas. Il souffre toujours de l'épaule G [gauche] et du bras G. Il ne peut rien porter. Il a aussi des douleurs pénibles du genou D [droit] à la marche mais également en position assise. Les douleurs sont diffuses, plutôt antérieures. Le patient est limité dans ses déplacements. Après une demi-heure, il n'en peut plus.

Un traitement de physiothérapie se poursuit au Centre thermal d'[...] à sec et en piscine à raison de 2 séances par semaine. Le traitement n'apporte plus grand-chose. Le patient fait plutôt du fitness. Il a essayé de prendre du Lyrica® et de l'Irfen® mais ces médicaments ne l'aidaient pas et le patient y a renoncé. En août 2015, un arthro-CT de contrôle a été effectué et le patient doit voir le Dr Q. _____ à l'Hôpital orthopédique cette après-midi.

Au plan professionnel, le patient, qui vient d'être licencié ne cherche pas vraiment d'emploi. Il pense que personne ne voudra l'engager dans son état.

Constatations

Il s'agit d'un patient de 31 ans, de constitution plutôt athlétique mais ayant pris passablement d'embonpoint, en état général conservé.

Genou droit :

La démarche, pieds nus, dans la salle d'examen, s'effectue sans boiterie, avec un angle du pas symétrique. En dépit de soupirs, la marche sur la pointe des pieds et sur les talons est tout à fait possible. L'appui monopodal D est bien soutenu. L'accroupissement est à peine ébauché.

En station debout, le patient se tient en charge équivalente des MI [membres inférieurs] qui paraissent normo-axés. On retrouve une amyotrophie modérée de la cuisse D.

En décubitus dorsal, le genou D s'étend complètement. Il est à peine empâté mais il n'y a pas d'épanchement notable, pas de franche tuméfaction. Il n'y a pas d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local. Le patient fait valoir des douleurs dès qu'on bouge un peu son genou mais la flexion atteint facilement 130° par rapport à 140° à G.

Il n'y a pas de signes méniscaux vrais. Les signes rotuliens ne sont pas franchement positifs.

Il n'y a pas de laxité pathologique. Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force.

Epaule gauche :

La ceinture scapulaire est équilibrée. Il n'y a pas d'amyotrophie significative de l'épaule G.

L'épaule G est tout à fait souple mais la mobilisation est toujours douloureuse, sans qu'on sache exactement ce qui fait mal, chez un patient dolent et expressif.

Le Jobe est tenu. La force en rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel. La mobilité active est complète.

En dépit de lâchages antalgiques incessants, le tonus et la force musculaire sont conservés à tous les niveaux.

Le patient ne décrit pas de troubles de la sensibilité au MSG [membre supérieur gauche].

Appréciation

Les antécédents de ce patient sont résumés dans mon rapport d'examen du 17.02.2015 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut.

Actuellement, le patient, qui est venu avec sa femme, dit que ça ne va pas. Il souffre toujours de l'épaule G et du bras G. Il ne peut rien porter. Il a aussi des douleurs pénibles du genou D à la marche mais également en position assise. Les douleurs sont diffuses, plutôt antérieures. Le patient est limité dans ses déplacements. Après une demi-heure, il n'en peut plus.

L'examen clinique est dominé par un comportement douloureux et des autolimitations.

Objectivement, le genou D est à peine empâté mais il n'y a pas d'épanchement notable, pas de franche tuméfaction. Il n'y a pas d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local. Le patient fait valoir des douleurs dès qu'on bouge un peu son genou mais la flexion atteint facilement 130° et l'extension est complète. Il n'y a pas de signes méniscaux vrais. Les signes rotuliens ne sont pas franchement positifs. Il n'y a pas de laxité pathologique. Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force. L'épaule G est tout à fait souple mais la mobilisation est toujours douloureuse, sans qu'on sache exactement ce qui fait mal, chez un patient dolent et expressif. Le Jobe est tenu. La force en rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel. La mobilité active est complète. En dépit de lâchages antalgiques incessants, le tonus et la force musculaire sont conservés à tous les niveaux. Le patient ne décrit pas de troubles de la sensibilité au MSG.

Sur les RX [radiographies] du 21.10.2014, l'humérus était solide et n'inspirait aucune inquiétude particulière. Sur les clichés du genou D à la même date, la rotule initialement complètement éclatée paraissait bien reconstruite et sa surface articulaire ne présentait pas d'incongruence majeure. Le 27.08.2015, on a encore fait un arthro-CT du genou D qui montre des signes d'une chondropathie focale de grade III du versant latéral de la rotule.

Pour ma part, j'estime que les plaintes vont bien au-delà des constatations objectives de l'examen radio-clinique, notamment en ce qui concerne l'épaule G, et je m'en tiendrais là mais j'attends bien sûr avec intérêt les observations et propositions thérapeutiques éventuelles du Dr Q._____ qui verra l'assuré ce jour.

Si rien n'est entrepris, je terminerai le cas sans avoir besoin de revoir le patient à l'agence.”

La Dre G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du DAL, a examiné l'assuré le 27 octobre 2015. Dans son rapport du 2 novembre 2015, elle a en particulier relevé ce qui suit :

“[...] L'évolution post-opératoire reste stagnante, le patient se plaint de la persistance des douleurs antérieures très invalidantes du genou droit à la mobilisation et au repos. Il effectue une multitude de séances de physiothérapie, ainsi qu'un séjour à la CRR [Clinique romande de réadaptation] au mois de juin 2015, sans effet bénéfique sur la capacité de travail. Il nous est alors adressé pour un avis spécialisé.

Actuellement le patient se plaint de douleurs rétro et péri-rotuliennes inférieures droites présentes de manière quotidienne, à la mobilisation, exacerbées par la descente des escaliers ainsi que la marche en terrain irrégulier. Il décrit aussi des douleurs nocturnes qui le réveillent régulièrement plusieurs fois par semaine. Il n'y a pas d'instabilité, pas de blocage et pas d'épanchement.

Anamnèse sociale :

Le patient travaillait comme ouvrier sur les chantiers dans le domaine de démolition. Il est à l'arrêt de travail à 100 % depuis l'accident le 15.4.2014.

Avant l'accident il pratiquait du foot environ 1 fois par semaine.

Status

- Patient en bon état général. La marche s'effectue avec une légère boiterie d'esquive.
- 92 kg, 180 cm, BMI [Body Mass Index] 28.4 kg/m²
- Le genou droit:
 - cicatrice longitudinale antérieure calme
 - il n'y a pas d'épanchement
 - douleurs à la palpation de la région infra-rotulienne
 - le signe du rabot est positif
 - l'ascension contrariée de la rotule est positive
 - les amplitudes articulaires sont activement à 100/0/0, passivement on arrive jusqu'à 120/0/0 mais le patient est algique à la fin de la flexion
 - il n'y a pas de laxité ligamentaire dans le plan sagittal ni dans le plan coronal en extension et à 20° de flexion
 - les tests méniscaux sont négatifs

Examens complémentaires

Radiographies standards :

- morphotype des MI [membres inférieurs]:
 - normo-axé à droite
 - minime varus de 3° à gauche d'origine tibiale
- la fracture de la rotule est consolidée
- status post ablation du matériel d'ostéosynthèse
- pas de rotule basse

Arthro-CT du 27.8.2015:

- confirme la consolidation de la fracture et l'aspect remanié de celle-ci avec présence d'une chondropathie focale de grade III sur la facette latérale de la rotule
- au niveau des deux compartiments fémoro-tibiaux il n'y a pas de signe d'atteinte chondrale, ni méniscale, ni ligamentaire
- il n'y a pas de corps étranger

Problèmes et attitude

Le patient est vu en présence du Dr Q. _____.

En raison de la prédominance de douleurs infra-rotuliennes on propose de compléter le bilan radiologique par une IRM [imagerie par résonance magnétique] du genou à la recherche d'un foyer de tendinite rotulienne ou d'un foyer de fibrose en regard du corps de Hoffa. Le patient sera reconvoqué à la consultation après cet examen pour déterminer la suite du traitement. En attendant l'arrêt de travail est poursuivi à 100 % ainsi que la physiothérapie d'entretien."

La Dre Z._____ du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a estimé par avis du 24 novembre 2015 qu'il y avait lieu d'attendre l'appréciation finale de la CNA.

Le 29 janvier 2016, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du DAL, a fait savoir au médecin d'arrondissement de la CNA qu'il n'y avait pas de sanction chirurgicale, et que le patient serait suivi désormais en antalgie. Il n'y avait pas de prochain rendez-vous auprès du service d'orthopédie.

L'assuré a été convoqué le 1^{er} septembre 2016 par le Dr B._____ pour un examen final. Dans son rapport du même jour, le médecin d'arrondissement de la CNA a fait les constatations et l'appréciation suivantes de la situation :

“Constatations

Il s'agit d'un patient de 32 ans, de constitution plutôt athlétique, mais ayant pris de l'embonpoint, à la thymie maintenue, volontiers souriant, en état général conservé.

Genou droit :

La démarche, pieds nus dans la salle d'examen, s'effectue sans boiterie, avec aisance. Le patient rechigne à marcher sur les talons et sur la pointe des pieds. L'appui monopodal alterné est soutenu. L'accroupissement n'est toujours qu'ébauché, le patient lui préférant une ample flexion antérieure du tronc en station monopodale G [gauche].

En station debout, le patient se tient en charge équivalente des MI [membres inférieurs] qui paraissent normo-axés. On retrouve une amyotrophie modérée de la cuisse D [droite].

En décubitus dorsal, le genou D s'étend complètement. Il ne présente aucun signe réactif manifeste. La rotule est un peu sensible à la mobilisation sur son versant externe, sans plus. La mobilisation s'effectue librement. La flexion atteint 130° par rapport à 140° à G.

Il n'y a pas de laxité anormale.

Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force et sa mise sous tension est manifestement indolore.

Epaule gauche :

La ceinture scapulaire est légèrement basculée vers la G mais il n'y a pas d'amyotrophie significative de l'épaule G.

L'épaule G est tout à fait souple mais la mobilisation resterait douloureuse sans qu'on puisse rapporter les douleurs à une structure anatomique précise.

Le Jobe, d'abord tenu, se heurte rapidement à un lâchage antalgique. La force en rotation externe est parfaitement conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel et il a une force normale.

La mobilité active est complète mais il faut beaucoup insister pour que le patient donne toute la mesure de ses possibilités.

Par rapport au précédent examen, le comportement douloureux est quand même un peu en retrait.

Le tonus et la trophicité musculaires sont conservés à tous les niveaux mais la force développée à G est systématiquement moins bonne qu'à D, bien en aval de l'épaule également, sans qu'il y ait de déficit au testing musculaire (Jamar 22 par rapport à 66 à D).

Le patient ne décrit pas de troubles de la sensibilité au MSG [membre supérieur gauche]

Appréciation

Les antécédents de ce patient sont résumés dans mon rapport d'examen du 17.02.2015 et l'anamnèse intermédiaire est détaillée plus haut.

Le patient, qui est venu avec sa femme, dit qu'il a eu plusieurs séances de cryothérapie avec un bénéfice mitigé. S'il a moins de gonalgies D au repos, elles restent assez vives à la marche. Quant à l'épaule G, elle est toujours douloureuse avec une aggravation depuis 1 semaine, sans que rien de particulier ne se soit passé.

L'examen clinique reste dominé par une autolimitation tandis que le comportement douloureux est quand même un peu en retrait.

Objectivement, le genou D ne présente aucun signe réactif manifeste. La rotule est un peu sensible à la mobilisation sur son versant externe, sans plus. La mobilisation s'effectue librement. L'extension est complète. La flexion est bien récupérée. Il n'y a pas de laxité anormale. Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force et sa mise sous tension est manifestement indolore. Quant à l'épaule G, elle est tout à fait souple mais la mobilisation resterait douloureuse sans qu'on puisse rapporter les douleurs à une structure anatomique précise. Le Jobe, d'abord tenu, se heurte rapidement à un lâchage antalgique. La force en rotation externe est parfaitement conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel et il a une force normale. La mobilité active est complète mais il faut beaucoup insister pour que le patient donne toute la mesure de ses possibilités. Le tonus et la trophicité musculaires sont conservés à tous les niveaux mais la force développée à G est systématiquement moins bonne qu'à D, bien en aval de l'épaule également, sans qu'il y ait de déficit au testing musculaire. Le patient ne décrit pas de troubles de la sensibilité au MSG.

On rappellera que l'arthro-scanner de l'épaule G du 02.06.2016 s'est révélé dans les limites de la norme et que l'AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] du clou n'a pas été jugée utile par le Pr E._____.

Pour ce qui est du genou D, on ne voit pas quelle mesure chirurgicale serait susceptible d'améliorer notablement la situation ou simplement de satisfaire M. P._____ dont les plaintes et le handicap anamnestique vont quand même bien au-delà des constatations objectives de l'examen radio-clinique.

Il paraît donc raisonnable d'en rester là et on se demande la raison pour laquelle une consultation auprès du Dr Q._____ serait encore prévue fin octobre 2016.

Les limitations fonctionnelles sont essentiellement les positions sollicitant fortement les genoux, les charges lourdes, la station debout prolongée, les longs trajets, surtout en terrain accidenté, et les mouvements répétitifs au-dessus de la ligne des épaules.

Dans une activité respectant ces limitations, il ne fait aucun doute que la capacité de travail est entière.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 10% peut être retenu par analogie à une arthrose fémoro-patellaire moyenne à grave, laissant une très bonne fonction au genou D.

A ces 10%, il convient d'ajouter 5% en présence d'une épaule G plus fragile dans le cadre d'un status après fracture médio-diaphysaire de l'humérus G enclouée, AMO non faite, par analogie à une omarthrose toute débutante.

L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 15%.

Pour l'épaule G, elle prend largement en compte les plaintes du patient."

Le 5 septembre 2016, la CNA a fait savoir à l'assuré que la situation était médicalement stabilisée, et qu'il serait mis fin au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2016.

Le même jour, la spécialiste en réinsertion de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible, et a arrêté le préjudice économique à 14,82 %, en retenant pour le surplus les éléments suivants :

"Explication de la réduction : Nous tenons compte de 10% de réduction supplémentaire au vu des LF [limitations fonctionnelles].

LF selon la Suva (09.09.2015) : positions sollicitant fortement les genoux, charges lourdes, station debout prolongée, longs trajets, surtout en terrain accidenté, mouvements répétitifs au-dessus de la ligne des épaules.

Source du RS [revenu sans invalidité] : Horaires variables et gratifications variables.

Nous retenons alors la moyenne des CI (5 années avant l'atteinte à la santé 2009-2013)

Fr 65'487.- + Fr 68'451.- + Fr 69'112.- + Fr 70'516.- + Fr 73'345.- = Fr 346'911 : 5 = Fr 69'382.- en 2013 à indexer à 2016 : Fr 70'778.99.- (proche du salaire annuel indiqué dans rapport employeur pour 2014 : Fr 70'000.-)

Sources médicales : Rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la Suva (02.09.2016).

Exemples d'activités adaptées :

Le bénéficiaire pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger (ex : montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, conditionnement)."

Par décision du 4 novembre 2016, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 16 % à compter du 1^{er} novembre 2016, ainsi qu'à une IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité) de 15 %. Elle s'est fondée pour déterminer le revenu avec invalidité sur cinq DPT (descriptions de postes de travail).

Le 20 décembre 2016, la Division réadaptation de l'OAI a précisé son précédent rapport en indiquant que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger (par exemple : montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, conditionnement).

Il ressort d'une communication interne du 22 décembre 2016 que l'OAI avait décidé de retenir la date du 17 août 2015 pour « l'aptitude REA » en se référant à l'avis du SMR du 24 novembre 2015 se basant sur le rapport du Dr V. _____ du 30 octobre 2015.

Par projet d'acceptation de rente du 1^{er} février 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il allait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} avril au 30 novembre 2015, la rente étant supprimée dès le 1^{er} décembre 2015.

Le 6 mars 2017, l'assuré, désormais représenté par Me Jeton Kryeziu, a contesté cette prise de position, en se prévalant en particulier d'un rapport du 1^{er} février 2017 du Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont on extrait ce qui suit :

“En ce qui concerne l'épaule gauche, il y a eu des progrès avec le traitement de physiothérapie mais il y a aussi eu une situation où on bloque systématiquement en abduction à 90° de l'épaule gauche. Il y a une description de 2 douleurs. L'une devant sous la cicatrice et l'autre de côté.

L'examen échographique permet d'attester que la vis, dont la tête est proéminente, entre en conflit avec l'acromion. Une anesthésie locale permet un changement du ressenti, Xylocalne 2 ml sur la tête de vis sous contrôle échographique.

En ce qui concerne la douleur en élévation complète la question qui se pose c'est un conflit entre la glène et le clou. Il est difficile avec l'échographie d'affirmer ou d'infirmer cette alternative. Il est possible aussi qu'il y ait un conflit avec le long chef du biceps.

Proposition actuelle : je pense qu'il y a une indication à procéder (sic) à l'ablation de l'une des vis.

Cette intervention pourrait se faire en anesthésie locale, probablement en tout cas.

L'option de faire une anesthésie générale pour enlever la vis et dans le même temps opératoire de procéder à une arthroscopie de l'épaule afin d'établir avec conviction la présence ou l'absence d'un conflit de conflit avec le matériel dans l'articulation.

En cas de documentation de ce conflit la proposition d'enlever le matériel devient bien évidemment pertinente.

L'extraction du clou sans validation intra articulaire me paraît comporter un volume d'incertitude, volume qu'il est possible de réduire d'où la proposition ci-dessus.

En ce qui concerne le genou droit : les séquelles de cette fracture pluri fragmentaires sont évidentes sous forme d'une arthrose post-traumatique précoce. Sur le plan biomécanique il y a également un raccourcissement du tendon rotulien de 10 à 15 mm, ce raccourcissement augmente les contraintes de l'appareil extenseur et participe donc très défavorablement à la fonction.

Il y a eu au niveau de ce genou une composante dystrophique, algodystrophique, importante. Cette composante a possiblement été sous-estimée. Les rapports de scanner font état d'une ostéoporose post-traumatique, il est à relever que le patient n'a jamais déchargé ce membre inférieur après l'accident à cause de la lésion traumatique de l'épaule gauche. En conséquence tous les éléments de pathologies structurelles osseuses sont plus à mettre en rapport avec un syndrome dystrophique qu'avec une ostéopénie de décharge puisqu'elle n'a pas eu lieu.

On se trouve donc avec un diagnostic de CRPS [Complex Regional Pain Syndrome] certain.

La discussion d'une intervention chirurgicale au niveau du genou avec l'objectif d'améliorer la biomécanique par une modification de la position de la rotule me paraît devoir être ouverte. Mais il s'agit bien évidemment d'une situation qu'on peut qualifier de « difficile ». Il paraît également important de faire la constatation que le patient a été psychologiquement, légitimement, très éprouvé par la chute qu'il a vécue dans son intégralité qui faisait partie du scénario catastrophe qui avait été évoqué dans le cadre de cette activité professionnelle.

En l'état il paraît indispensable de demander à l'assureur Suva l'acceptation de la poursuite de la prise en charge médicale ce dossier dans la clôture actuelle n'est, selon toute vraisemblance, pas faite dans une situation où le maximum de progrès de la prise en charge est atteint, les répercussions positives sur la capacité de travail sont très probables.

Une amélioration fonctionnelle au niveau du membre supérieur gauche est fort probable, une amélioration fonctionnelle niveau du membre inférieure droite est effectivement plus incertaine. Une réflexion globale incluant le concept de l'avenir professionnel me paraît à conduire dans l'intérêt de tous les partenaires.”

Dans un rapport du 14 février 2017, la Dre N._____, médecin-assistante, du DAL, a relevé après avoir examiné l'assuré le 20 décembre 2016 qu'il présentait toujours des gonalgies droites post-traumatiques sur gonarthrose fémoro-patellaire post-traumatique. A ses yeux, un traitement chirurgical ne permettrait pas d'arriver à un résultat productible. Dans ce contexte, malgré les douleurs invalidantes, la poursuite d'un traitement conservateur était proposée. Elle relevait que dans l'activité professionnelle, les limitations fonctionnelles suivantes devaient être respectées : pas de travail à genoux ni accroupi, maximum un étage d'escaliers, pas de position assise ni debout prolongées, maximum dix kilos de port de charges.

Le 11 avril 2017, le Dr B._____ de la CNA a interpellé le Professeur E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en joignant le rapport du 1^{er} février 2017 du Dr A._____, afin de lui demander de revoir l'assuré et lui donner son avis quant aux observations et propositions thérapeutiques du Dr A._____.

Donnant suite à cette requête, le Professeur E._____, et le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur, ont fait savoir le 19 mai 2017 au Dr B. _____ ce qui suit :

“Nous avons revu le patient aujourd'hui avec le Prof. E. _____. Nous ne pensons pas qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse saura améliorer la situation du patient au niveau de son épaule gauche. Le risque d'une persistance des douleurs reste malgré une éventuelle ablation de matériel d'ostéosynthèse. Pour le moment, nous n'avons pas prévu de revoir le patient. Nous restons à sa disposition au cas où il changera l'avis en ce qui concerne son souhait de se faire enlever ce clou.”

Le 7 juin 2017, la Dre X. _____, médecin-assistante, du DAL, a demandé au Dr B. _____ de revoir l'assuré, en exposant ce qui suit :

“Pour rappel, ce patient a présenté une fracture de la rotule droite suite à une chute de 7 à 10 mètres sur son lieu de travail, ainsi qu'une fracture ouverte Gustilo 2 de l'humérus gauche. Nous le suivons actuellement pour des gonalgies persistantes au niveau de la rotule droite. A ce niveau le patient avait bénéficié dans un 1^{er} temps d'une réduction ouverte et ostéosynthèse le 15.04.2014, suivie d'une ablation du matériel le 17.04.2015, sans véritable diminution des douleurs à ce niveau. Il avait été évalué dans notre team du genou en novembre 2015, puis avait été adressé au service d'Antalgie en raison de l'absence de solution chirurgicale et d'une symptomatologie ne nous semblant pas entièrement explicable par la chondropathie rotulienne de grade III à IV. Cette consultation d'antalgie n'avait non plus apporté de grande amélioration.

Le patient avait aussi consulté le Dr A. _____, qui retenait au niveau du genou un diagnostic de rotule basse sur raccourcissement du tendon rotulien, ainsi qu'une suspicion d'algoneurodystrophie.

Nous revoyons le patient le 2.05.2017 pour un nouvel avis au sujet de son genou.

Anamnèse actuelle

Le patient dit pouvoir marcher une 30aine de minutes, puis apparition d'une douleur et d'une flexion difficile. La douleur est elle aussi présente en position assise si le patient reste immobile, avec nécessité d'effectuer une extension de manière régulière pour éviter l'apparition des douleurs. Il se décrit plus gêné au niveau du genou que de son épaule.

Anamnèse sociale

Au niveau professionnel, le patient travaillait avant son accident dans le domaine de la démolition. Il n'a pas pu reprendre d'activité professionnelle depuis son accident, en raison de ses gonalgies et omalgies. Il avait été dans ce contexte évalué par les médecins de la SUVA, qui avaient retenu une capacité de travail de 100 %, avec adaptation du poste de travail. Le patient n'a malgré cela pas repris de travail en raison de douleurs trop importantes selon lui. Il ne touche non plus pas de rente AI, dans ce contexte.

Examen radiologique

Radiographies genoux droit et gauche: rotules basses mais symétriquement, n'expliquant donc pas la symptomatologie du genou droit.

CT genou droit: TAGT à 15 mm.

Examen clinique

Flexion/extension à 132-0-0, un signe du rabot positif, une douleur à la palpation de la face externe de la rotule droite de manière élective, ainsi qu'une douleur de la face interne de manière moins marquée. Genou stable dans tous les plans.

Discussion

Nous retenons donc le diagnostic d'arthrose fémoropatellaire post-traumatique sur fracture de la rotule.

Au vu de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens radiologiques, nous souhaiterions que vous réalisiez une nouvelle évaluation du patient, avec possible proposition de réorientation professionnelle en raison d'une potentielle évolution avec progression de l'arthrose. Du point de vue purement orthopédique, le cas nous paraît stabilisé, avec des limitations fonctionnelles persistantes. Nous n'avons pas prévu de revoir le patient à notre consultation, au vu de l'absence d'option chirurgicale."

L'assuré a été reconvoqué pour un examen par le médecin d'arrondissement, le 29 juin 2017. Dans son rapport du même jour, le Dr B. _____ a fait l'appréciation suivante :

"Les antécédents de ce patient sont résumés dans mon rapport d'examen du 17.02.2015 et l'anamnèse intermédiaire est détaillée plus haut.

Le patient, qui est venu seul, dit qu'il a contacté le Dr A. _____ à la fin de l'année passée. De la physiothérapie lui a été prescrite pour l'épaule G [gauche] ainsi que du Miacalcic® Spray nasal, le tout sans aucun bénéfice. Le Dr A. _____ préconisait également l'ablation d'une vis, voire du clou, après avoir « regardé » dans l'épaule mais le Pr E. _____ a clairement dit au patient que cela ne servirait à rien.

A la même époque, le patient s'est décidé à consulter un psychiatre, la Dresse O. _____ à [...] qui le suit depuis régulièrement. Le Cymbalta® a été remplacé par du Trittico®. Le patient en prend quotidiennement 150 mg. Cette prise en charge l'aide beaucoup. « Il en avait besoin », notamment après que le Dr Q. _____ lui ait dit que son genou D [droit] n'allait jamais s'améliorer et qu'une prothèse l'attendait à moyen terme, ce qui l'a « anéanti ».

Actuellement, le patient souffre surtout du genou D, un peu moins de l'épaule G. Les douleurs de l'épaule G surviennent lors des mouvements en hauteur et parfois la nuit lorsque le patient se retourne dans son lit. Il ne peut rien porter avec le bras G. Les douleurs du genou D, clairement antérieures, sont beaucoup plus

pénibles. Elles limitent le patient au quotidien, l'empêchant de marcher plus d'une demi-heure, de jouer normalement avec ses enfants. M. P._____ peine à faire les escaliers. Il ne peut ni s'accroupir ni s'agenouiller. Assis trop longtemps, il n'est pas bien non plus. Il conduit sa voiture mais, sur l'autoroute, il enclenche systématiquement le Tempomat pour reposer son pied D. Il a aussi de la peine à s'endormir à cause des douleurs. Il n'y a pas d'autres plaintes.

Le patient ne fait pas grand-chose de ses journées. Il conduit sa fille à l'école. Il sort un peu avec un cousin. Il n'arrive pas à aider sa femme au ménage mais il fait les commissions avec elle. Fan de tennis et de Federer (sic), il regarde souvent la TV, assis sur le canapé, la jambe droite allongée. Il se rend bien compte que cette situation n'est pas normale et il aimerait bien reprendre une certaine activité professionnelle mais il est convaincu qu'il ne peut pas travailler à la journée entière. « L'idéal serait de gagner à la Loterie ! »

M. P._____ ne cherche pas vraiment d'emploi. Il aura peut-être quand même l'opportunité de travailler à mi-temps comme chauffeur-livreur pour une institution qui prépare et livre des repas pour les garderies de la région d'[...]. Il a bon espoir que cela se concrétise car la tournée se fait avec deux aides et lui n'aurait qu'à conduire la camionnette. Il revient longuement sur le fait qu'il allait parfaitement bien avant l'accident, ne manquant jamais le travail, une activité physique de démolition, avec découpe au chalumeau, qu'il investissait manifestement beaucoup.

A l'examen clinique, on retrouve un patient toujours un peu dolent mais plus détendu, qui a moins tendance à s'autolimiter.

Objectivement, le genou D est sec. Le relief rotulien est un peu estompé par un empâtement chronique mais il n'y a pas de franche tuméfaction. Les téguments sont sp [sans particularité], avec des cicatrices un peu larges mais bien coaptées. Il n'y a pas d'allodynie, pas de Tinel.

La température des genoux est parfaitement symétrique. La rotule est un peu sensible à la mobilisation, surtout sur son versant externe, sans plus. La mobilisation s'effectue tout à fait librement. L'extension est complète, la flexion est légèrement limitée. Il n'y a pas de laxité anormale. Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force et sa mise sous tension est totalement indolore. L'épaule G, qui ne présente pas d'amyotrophie significative, est tout à fait souple, douloureuse à la mobilisation, mais de manière atypique, sans signes clairs du conflit ou d'atteinte de l'articulation acromio-claviculaire. Tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont parfaitement fonctionnels avec, tout au plus, de légères douleurs inconstantes lors de la mise sous tension du sus-épineux. La mobilité active est complète et la mobilisation s'effectue beaucoup plus spontanée que précédemment. Le tonus et la trophicité musculaires sont conservés à tous les niveaux mais la force développée à G reste moins bonne qu'à D, bien en aval de l'épaule également, sans qu'il y ait de déficit au testing musculaire. Le patient ne décrit pas de troubles de la sensibilité au MSG [membre supérieur gauche].

S'agissant de l'épaule G, pour ma part, je n'ai jamais eu d'explication satisfaisante aux douleurs alléguées et l'hypothèse d'un conflit avec le matériel d'ostéosynthèse, avancée par le Dr A._____, n'est manifestement pas retenue par le Pr E._____.

Pour ce qui est du genou D, tout le monde s'accorde pour dire que M. P._____ présente une arthrose fémoro-patellaire, surtout externe, dans les suites d'une fracture grave de la rotule, laquelle au demeurant est bien reconstruite, avec un interligne articulaire globalement conservé sur les RX [radiographies] du 02.05.2017. Il n'y pas de rotule basse. Il n'a pas non plus de SDRC [Syndrome douloureux régional complexe], comme l'affirme le Dr A._____, qui aurait échappé à tous les intervenants thérapeutiques.

Le Dr A._____ semble fonder ce diagnostic sur l'importance des douleurs rapportées par le patient et sur une « ostéoporose post-traumatique », relevée sur un scanner, ne pouvant pas être attribuée, selon lui, à une marche en décharge puisque le patient souffrait de l'épaule G et qu'il n'a jamais pu marcher avec des cannes (?).

Il y a effectivement au dossier un arthro-CT du 27.08.2015 qui montre surtout une chondropathie focale de grade III du versant latéral de la rotule. Des signes d'ostéopénie sont effectivement mentionnés au niveau du condyle fémoral. L'image n'est pas du tout typique d'un SDRC. Il s'agit de constatations tout à fait banales après un traumatisme grave, témoignant d'une certaine sous-utilisation du MID [membre inférieur droit], sans qu'il soit besoin que le patient marche en décharge prolongée.

Il convient surtout de rappeler que le diagnostic de SDRC est essentiellement clinique et qu'un certain nombre de critères doivent être remplis pour qu'il puisse être retenu (critères de Budapest).

Des douleurs disproportionnées par rapport à l'atteinte organique ne sont pas suffisantes.

Il faut que le patient présente un certain nombre d'autres symptômes dans différentes catégories, répertoriées, tels qu'hyperesthésie, changement de couleur de la peau, asymétrie de température ou de sudation, œdème, altérations trophiques, changement de la pilosité, etc. mais aussi que des signes cliniques correspondant soient objectivés.

M. P._____ ne mentionne que des douleurs et l'examen clinique ne retrouve qu'un empâtement péri-rotulien, congruent avec l'arthrose fémoro-patellaire dont il souffre.

Le diagnostic de SDRC ne saurait donc être retenu.

Sur le plan psychologique, il ne fait aucun doute que le patient a été ébranlé par l'accident et ses suites, notamment parce qu'il ne peut pas poursuivre une activité de « démolisseur » qui le valorisait, mais rien n'indique qu'il présente pour autant une psychopathologie atteignant le seuil diagnostique, encore moins qu'elle soit responsable d'une incapacité de travail.

Il appartient de toute manière à notre service administratif de savoir s'il veut examiner plus avant cet aspect des choses.

La situation médicale du patient était-elle stabilisée au 01.11.2016 lors du passage à la rente ? On ne peut que répondre par l'affirmative.

Le patient a certes été revu par le Dr Q._____, une IRM [imagerie par résonance magnétique] de contrôle effectuée, mais cet examen n'a fait que confirmer l'absence d'évolution des lésions et aucun traitement complémentaire n'a été entrepris. Par la suite, les réflexions du Dr A._____ ont conduit à de nouvelles investigations qui ont permis d'infirmier une rotule basse au genou D ou un conflit avec le matériel d'ostéosynthèse à l'épaule G.

De l'aveu même du patient, la physiothérapie prescrite par le Dr A._____ pour l'épaule G et le traitement de Miacalcic®, en vue de traiter une prétendue algodystrophie du genou D, dont le patient ne présente finalement pas de signes, n'ont servi à rien.

La situation médicale était donc bien stabilisée au 01.11.2016.

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles pour le genou D, je peux me rallier à l'avis du Dr Q._____ qui proscrit le port de charges de plus de 10 kg et la station assise prolongée et ajouter ces limitations à celles déjà retenues mais il n'en reste pas moins que M. P._____ peut travailler en plein dans une activité adaptée.”

L'assuré a été examiné le 29 novembre 2017 par le Dr S._____, psychiatre-conseil auprès de la CNA. Dans son rapport du 21 décembre 2017, ce spécialiste a retenu ce qui suit :

“Capacité de travail :

Subjectivement, l'assuré ne se voit pas travailler d'avantage que 50% à cause de ses douleurs, mais aussi à cause de la baisse du moral.

De l'évaluation objective détaillée qui fait recours à une grille d'évaluation standardisée (Mini-ICF-APP) résulte le tableau bien plus nuancé et bien moins sévère, montrant des limitations modérées uniquement dans 3 des 13 capacités examinées, dont 2 directement liées à l'exercice de l'activité professionnelle, soit la planification et la structuration des tâches ainsi que la capacité à formuler des jugements et à prendre des décisions, les deux atteintes par les symptômes de type dépressif. 4 des capacités reçoivent une diminution légère. Par définition, seulement les limitations à partir du degré modéré sont reconnues comme provoquant une atteinte à la capacité de travail.

Il paraît raisonnable de traduire les limitations retrouvées au niveau des capacités psychiques en établissant, toujours sous condition d'une activité adaptée du point de vue somatique, une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 20 % avec une capacité de travail

entière du point de vue horaire et sans nécessité d'une activité adaptée du point de vue psychiatrique."

Dans son courrier à l'assuré du 9 février 2018, l'OAI lui a fait savoir que ses objections au projet de décision du 1^{er} février 2017 n'étaient pas de nature à remettre celui-ci en cause. Il s'est notamment référé à l'appréciation du Dr B. _____ du 29 juin 2017, et a retenu que l'assuré présentait bien une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ajoutant aux limitations fonctionnelles retenues le port de charges de dix kilos et la station assise prolongée.

Le 23 février 2018, la CNA a annulé sa décision du 4 novembre 2016, et reconnu à l'assuré le droit à une rente fondée sur une incapacité de gain de 29 % à compter du 1^{er} novembre 2016.

Le 26 février 2018, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} avril au 30 novembre 2015. L'OAI a en particulier retenu que l'activité habituelle n'était plus adaptée, mais que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière à compter du 17 août 2015. Il a arrêté le revenu sans invalidité à 70'216 fr. 80 dans l'activité habituelle en 2015, et le revenu d'invalidité à 60'047 fr. 04 sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), avec un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Il en résultait un degré d'invalidité de 14.48 %, arrondi à 15 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Par décision sur opposition du 5 avril 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré s'agissant du droit à la rente d'invalidité. Elle l'a par contre admise, s'agissant du droit à une IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité) fondée sur un taux de 15 %, dans la mesure où dans la décision du 4 novembre 2016, elle n'avait pas tenu compte d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'épaule gauche qui avait finalement eu lieu le 14 mars 2018. L'assuré a recouru le 7 mai 2018 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de la CNA précitée (qui a fait l'objet d'une instruction parallèle sous la référence AA 86/18).

Par rapport du 13 avril 2018 à l'OAI, le Dr Q._____, du DAL, lui a fait savoir que l'assuré avait repris contact avec lui en raison de la péjoration de douleurs au niveau de son genou droit. Il l'avait revu en consultation le 30 janvier 2018. Le patient décrivait une aggravation de la symptomatologie depuis deux mois, avec des douleurs constantes jour et nuit, prédominant surtout à la marche et en station debout prolongée. Il parvenait à marcher trente minutes ; le genou ne gonflait pas. Pour le Dr Q._____, le diagnostic retenu était celui d'une arthrose fémoro-patellaire, actuellement décompensée, post-traumatique, de la fracture de sa rotule, pour lequel le patient gardait une symptomatologie très invalidante qui semblait actuellement s'être stabilisée. Le Dr Q._____ remerciait l'OAI de réévaluer la capacité de travail de l'assuré, « concernant sa situation socio-professionnelle ».

Par décision du 29 mai 2018, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} avril au 30 novembre 2015, en retenant ce qui suit :

“Exerçant une activité de découpeur-démonteur-manutentionnaire, vous êtes en incapacité de travail continue depuis le 16 avril 2014.

Suite à l'instruction de votre dossier, il ressort que votre activité habituelle n'est plus adaptée à votre état de santé. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est entière dès le 17 août 2015. Vous pouvez exercer par exemple une activité dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger (ex : montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, conditionnement).

A l'échéance du délai de carence d'une année, votre incapacité de travail et de gain est estimée à 100 %. Dès le 17 août 2015, soit dès votre capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée votre préjudice passe à 15 % selon le calcul ci-dessous :

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, CHF 5'312.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014. TA1; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7

heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'537.76 (CHF 5'312.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 66'453.12.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (+ 0.40 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 66'718.93 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 60'047.04.

Dans votre activité de découpeur-démonteur-manutentionnaire et sans atteinte à la santé, vous auriez perçu en 2015 un revenu annuel de CHF 70'216.80.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF	70'216.80
Revenu avec atteinte à la santé	CHF	60'047.04
Perte de revenu	CHF	10'169.76
Degré d'invalidité		14.48 %"

B. Par acte du 29 juin 2018, P._____, représenté par Me Jeton Kryeziu, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2015, avec intérêt à 5 % l'an dès cette date, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. En substance, il fait valoir qu'il ressent toujours des douleurs, tant à l'effort qu'au repos, et qu'il a subi une nouvelle intervention en mars 2018, si bien que son état n'est pas stabilisé. A ses yeux, l'existence de douleurs pas objectivement explicables justifie de se poser la question de l'existence de troubles somatoformes, se référant à cet égard au rapport du Dr A. _____ du 1^{er} février 2017 qui a posé le diagnostic de SDRC (Syndrome douloureux régional complexe), ce point devant être investigué par un expert neutre. Dans un autre moyen, il explique ne plus avoir été en mesure de travailler depuis son accident, ayant perdu toute capacité de travail, et contestant disposer d'une capacité de travail résiduelle, et ce même dans une activité adaptée, le marché du travail ne disposant d'aucune activité qui serait compatible avec ses limitations fonctionnelles, « ce d'autant plus dans le domaine de la construction », seul domaine qu'il connaisse, faute pour lui de pouvoir trouver une activité dans un autre domaine dès lors qu'il ne possède aucune formation. Il se fonde à cet

égard en particulier sur le rapport du Dr Q._____ du 13 avril 2018. Il conteste ensuite le revenu sans invalidité de 70'216 fr. 80 pris en compte par l'OAI, estimant que c'est le montant de 80'370 fr. qui doit être retenu. Il relève les différences de calcul des taux d'invalidité entre les calculs de la CNA et ceux de l'OAI, estimant que c'est un abattement de 25 % qui devrait quoi qu'il en soit être opéré sur le revenu d'invalidé dans l'éventualité où il était retenu qu'il présente une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise physique et psychiatrique, portant notamment sur la question de l'existence d'éventuels troubles somatoformes douloureux à caractère invalidant. Avec son recours, il a notamment produit les pièces suivantes :

- un certificat d'incapacité de travail du Dr U._____, médecin assistant, du DAL, faisant état d'un arrêt à 100 % du 14 mars au 17 juin 2018 ;
- la décision de la CNA du 23 février 2018 arrêtant l'incapacité de gain à 29 % à compter du 1^{er} novembre 2016,
- la décision sur opposition de la CNA du 5 avril 2018, confirmant que le gain présumable perdu se monte à 73'860 fr. (29 fr. x 45 heures x 52 semaines + 6'000 francs).

Dans sa réponse du 8 août 2018, l'OAI propose le rejet du recours.

En réplique, le 11 octobre 2018, le recourant plaide que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de mars 2018 n'a non seulement pas amélioré son état, mais l'a péjoré. Il soutient ainsi que si la baisse de sa capacité de gain était de 14,48 % avant ladite intervention, celle-ci l'a encore réduite davantage. A ses yeux, en ne tenant pas compte de cette intervention dans la décision attaquée, l'OAI ne l'a pas rendue en se fondant sur l'ensemble des circonstances, dans la mesure où la décision se base sur un état de fait antérieur à mars 2018 « incomplet et, par conséquent, erroné ». Il se prévaut à cet égard du fait qu'il suit des séances de physiothérapie, et qu'il devra « prochainement » subir des

injections pour tenter de rétablir le cartilage dans son genou droit. Pour lui, la situation n'est donc pas stabilisée. Dans un autre moyen, il plaide derechef qu'il existe des divergences entre les médecins qui l'ont examiné s'agissant de l'existence de troubles somatoformes douloureux, respectivement d'un syndrome douloureux régional complexe, estimant qu'une expertise pluridisciplinaire doit être mise en œuvre. Quant au calcul de sa perte de gain, il explique que le revenu sans atteinte à la santé a été calculé à tort sur une moyenne des cinq dernières années. Dans la mesure où il touchait 29 fr. de l'heure, travaillait quarante-cinq heures par semaine et touchait un treizième salaire de 6'000 fr., son revenu sans atteinte à la santé aurait dû être fixé au minimum à 73'860 fr. (29 fr. x 45 h x 52 semaines + 6'000 francs). Il soutient enfin qu'il est choquant qu'il y ait un tel écart entre l'évaluation de l'assureur-accidents et celle de l'OAI, qui se base sur le même état de fait. A son sens, il serait même possible que la capacité de travail soit considérée comme entière par l'une des deux assurances, et nulle par l'autre. Il s'est enfin étonné que l'OAI ne lui ait pas proposé des mesures de réinsertion.

L'OAI a maintenu sa position dans son écriture du 30 octobre 2018.

Le 13 novembre 2018, les pièces référencées sous n° 268, 272, 299 et 303 du dossier de la CNA ont été transmises aux parties. Elles ont en particulier la teneur suivante :

- un rapport du 13 octobre 2017 à la CNA de la Dre O._____, psychiatre traitante depuis janvier 2017, dans lequel celle-ci a indiqué suivre l'assuré en raison d'un trouble de l'adaptation (« autre trouble lié à des traumatismes ou facteurs de stress, spécifié », code 309.89 ou F43.8), suite à un accident de travail, et relevant une certaine amélioration par traitement de Trittico® 150 mg le soir ;
- l'examen psychiatrique du 29 novembre 2017 du Dr S._____ de la CNA ;
- une prescription de neuf séances de physiothérapie ;

- un rapport du Dr Q._____, du DAL, à la CNA, du 18 mai 2018, faisant suite à une consultation du 8 mai 2018, à la teneur suivante :

“Au niveau du genou droit, la situation est stable, avec des douleurs antérieures lors de la descente des escaliers, lors de la marche et lors de la position assise prolongée. Les deux visco-supplémentaires effectuées en médecine du sport le 07.02.2018 et le 28.02.2018 n’ont pas apporté d’amélioration notable au niveau de la symptomatologie. Concernant le bras gauche, une AMO du clou huméral a été effectuée le 14.03.2018, compliquée d’une embolie pulmonaire le 22.03.2018, sous traitement de Xarelto pour une durée de 3 mois.

A l’examen clinique, le genou droit est calme, sec et stable dans les deux plans. Le signe du Rabot est positif. La palpation est douloureuse en péri-rotulienne. La flexion-extension atteint 130-0-0°.

A ce stade, nous ne retenons pas d’indication à une prise en charge chirurgicale.

La reprise du travail dans son ancienne activité est fortement compromise en raison des restrictions suivantes :

- port de charge inférieur à 10 kg
- pas de montée et descente d’escaliers
- marche inférieure à 30 min
- pas de position accroupie
- position assise et debout inférieures à 30 min.

Nous ne prévoyons pas d’autre rendez-vous à notre consultation pour le moment.”

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 ; BLV 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 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2015, singulièrement au-delà du 30 novembre 2015.

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 (cf. 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 (cf. 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.

Selon 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif – comme c'est le cas en l'espèce –, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI ([règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 131 V 164 consid. 2.2, 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_344/2010 du 1^{er} février 2011 consid. 4.2 et 9C_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). Cette dernière disposition prévoit si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, que ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (al. 2).

c) 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 (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans

quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

4. En l'espèce, le recourant a été victime le 15 avril 2014 d'un accident dans le cadre de son travail, lorsqu'il a glissé d'une nacelle. Il a subi une fracture ouverte de l'humérus gauche, traitée par enclouage le même jour, ainsi qu'une fracture plurifragmentaire de la rotule droite, également traitée le jour de l'accident, par cerclage. Il n'est pas contesté que l'activité habituelle de découpeur n'est plus adaptée. Se pose

toutefois la question de savoir si le recourant conserve une capacité de travail dans une activité adaptée, et dans l'affirmative de quel degré et à compter de quelle date.

Dans les suites de l'événement accidentel, les médecins du DAL ont d'abord fait état d'une évolution satisfaisante, estimant cependant une évolution à terme vers une probable arthrose fémoro-patellaire (cf. rapport du 20 août 2014 des Drs L._____ et A._____). Compte tenu du fait que l'activité habituelle nécessitait une importante force physique, elle n'était plus exigible, vu l'amyotrophie du muscle deltoïde de l'épaule gauche et des douleurs à la flexion/extension du genou droit (cf. rapport du 14 janvier 2015 des Drs C._____ et D._____ du DAL). Le Dr B._____ a lui aussi relevé lors de son examen du recourant le 17 février 2015 que la reprise de l'activité antérieure lui semblait compromise. Il a pour le surplus observé que l'humérus était solide et n'inspirait aucune inquiétude particulière, en se fondant sur les radiographies du 21 octobre 2014. Quant aux clichés du genou droit à la même date, ils mettaient en évidence une rotule paraissant bien reconstruite, toutefois un peu basse. Le Dr B._____ a suggéré un séjour à la CRR, où l'assuré s'est rendu du 29 avril au 2 juin 2015. C'est à cette occasion que les Drs I._____ et K._____ ont estimé que la situation n'était pas stabilisée, mais le serait dans un délai de trois mois, soit en août 2015. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : positions accroupi, à genoux, port de lourdes charges, monter et descendre les escaliers, ainsi que les échelles et la marche dans les terrains irréguliers.

Rejoignant l'appréciation des médecins de la CRR, le Dr V._____ du DAL a estimé dans son rapport du 30 octobre 2015 que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée à compter du 17 août 2015. Lorsqu'il a revu l'assuré le 27 octobre 2015, le Dr B._____ a constaté que l'épaule gauche était tout à fait souple ; une arthro-CT du genou droit montrait des signes de chondropathie focale de grade III, mais pour le Dr B._____, les plaintes allaient bien au-delà des constatations objectives, notamment en ce qui concerne l'épaule. Lors de son nouvel

examen du 1^{er} septembre 2016, le Dr B._____ a relevé que l'arthroscanner de l'épaule gauche du 2 juin 2016 s'était révélé dans la norme. Cette épaule était souple, la mobilité active complète, et le tonus et la trophicité musculaires conservés. Quant au genou droit, il ne présentait aucun signe réactif manifeste, la rotule étant cependant un peu sensible à la mobilisation sur son versant externe. L'extension était complète et la flexion bien récupérée ; il n'y avait pas de laxité anormale. De l'avis du Dr B._____, pour ce genou droit, on ne voyait pas quelle mesure chirurgicale serait susceptible d'améliorer notablement la situation « ou simplement de satisfaire M. P._____ dont les plaintes et le handicap anamnestique vont quand même bien au-delà des constatations objectives de l'examen radio-clinique ». Les limitations fonctionnelles étaient dès lors les suivantes : les positions sollicitant fortement les genoux, les charges lourdes, la station debout prolongée, les longs trajets, surtout en terrain accidenté, et les mouvements répétitifs au-dessus de la ligne des épaules. Pour le Dr B._____, dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, il ne faisait « aucun doute » que la capacité de travail était entière. Cette appréciation n'est pas sérieusement contredite. En outre, s'il est exact que la CNA a estimé que la situation était médicalement stabilisée désormais et a mis fin à l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2016, il n'en demeure pas moins qu'il ne peut être fait grief à l'OAI d'avoir estimé que l'état était en réalité stabilisé en août 2015 : le Dr B._____ n'a en particulier pas fait état dans son rapport du 27 octobre 2015 d'éléments de nature à faire douter qu'une stabilisation serait intervenue en août 2015. Lorsqu'il a vu le patient en octobre 2015, celui-ci se plaignait déjà des mêmes douleurs, dont il a également fait état au DAL ; c'est ainsi que le 2 novembre 2015, la Dre G._____ a proposé de compléter le bilan par une IRM du genou à la recherche d'un foyer de tendinite rotulienne ou d'un foyer de fibrose en regard du corps de Hoffa. Toutefois, le 29 janvier 2016, le Dr H._____ du DAL a fait savoir au médecin d'arrondissement de la CNA qu'il n'y avait pas de sanction chirurgicale, et que le patient serait désormais suivi en antalgie. Dans ces conditions, l'OAI n'a pas procédé à une mauvaise appréciation de la situation médicale en considérant que l'état de l'assuré était stabilisé à compter du mois d'août 2015. Il n'est pour le surplus pas contesté que le

recourant présente une arthrose fémoro-patellaire post-traumatique au niveau du genou droit (cf. rapports du 14 février 2017 de la Dre N._____, du 7 juin 2017 de la Dre X._____, et du 29 juin 2017 du Dr B._____, du 13 avril 2018 du Dr Q._____), dont il a été tenu compte dans les limitations fonctionnelles retenues.

Le recourant plaide que son état n'était pas stabilisé, et que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de mars 2018 n'a non seulement pas amélioré son état, mais l'a péjoré. Il soutient ainsi que si la baisse de sa capacité de gain était de 14,48 % avant ladite intervention, celle-ci l'a encore réduite davantage. A ses yeux, en ne tenant pas compte de cette intervention dans la décision attaquée, l'OAI ne l'a pas rendue en se fondant sur l'ensemble des circonstances, dans la mesure où la décision se fonde sur un état de fait antérieur à mars 2018 « incomplet et, par conséquent, erroné ». Il se prévaut à cet égard du fait qu'il suit des séances de physiothérapie, et qu'il devra « prochainement » subir des injections pour tenter de rétablir le cartilage dans son genou droit. Or l'ensemble des médecins s'accorde à dire qu'il n'existait plus de traitement médical susceptible d'améliorer la symptomatologie du recourant sur le plan somatique à compter d'août 2015. Ainsi lors du séjour à la CRR au printemps 2015 déjà, les médecins ont relevé qu'aucune nouvelle intervention n'était proposée. Le 30 octobre 2015, le Dr V._____ du DAL a mentionné un traitement antalgique ainsi qu'un renforcement musculaire. Le 29 janvier 2016, le Dr H._____ du DAL a indiqué qu'il n'y avait pas de sanction chirurgicale. Le 1^{er} septembre 2016, le Dr B._____ a exposé ne pas voir quelle mesure chirurgicale au niveau du genou droit serait susceptible d'améliorer notablement la situation, estimant raisonnable « d'en rester là ». De même le 14 février 2017, la Dre N._____ du DAL a estimé qu'un traitement chirurgical ne permettrait pas d'arriver à un résultat productible, proposant la poursuite d'un traitement conservateur. Quant au Professeur E._____, il a confirmé le 19 mai 2017 au Dr B._____ qu'à son sens, une ablation du matériel d'ostéosynthèse ne saurait améliorer la situation du patient au niveau de son épaule gauche. Le 7 juin 2017, la Dre X._____ du DAL a constaté que du point de vue orthopédique, le cas paraissait stabilisé, avec des

limitations fonctionnelles persistantes, et constaté l'absence d'option chirurgicale. Ainsi la seule ablation du matériel d'ostéosynthèse intervenue en mars 2018 n'est pas de nature à remettre en cause la stabilisation retenue par l'intimé en août 2015. Le rapport du Dr Q. _____ du 18 mai 2018 ne fait pas non plus état d'une situation péjorée, mais bien d'une situation stable au niveau du genou droit. Dans ce rapport, le Dr Q. _____ retient ainsi une mobilité avec flexion-extension à 130-0-0°, un signe du Rabot positif, une douleur à la palpation péri-rotulienne, le genou étant toutefois calme, sec et stable dans les deux plans. Or en juin 2017, la Dre X. _____ du DAL faisait des constatations analogues (flexion/extension à 132-0-0°, un signe du Rabot positif, une douleur à la palpation de la face externe de la rotule droite de manière élective, ainsi qu'une douleur de la face interne de manière moins marquée, le genou étant stable dans tous les plans), et retenait en outre le diagnostic non contesté d'arthrose fémoro-patellaire post-traumatique sur fracture de la rotule. Force est dès lors de constater que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de mars 2018 n'a pas péjoré la situation du recourant ainsi qu'il allègue. Quoi qu'il en soit, et même à admettre que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de mars 2018 ait conduit à une péjoration de la situation (ce qui n'est pas exclu au regard du rapport précité du 18 mai 2018 du Dr Q. _____ qui mentionne que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été compliquée d'une embolie pulmonaire le 22 mars 2018), les effets de cette éventuelle aggravation n'avaient pas duré trois mois à la date de la décision litigieuse, qui a été rendue le 29 mai 2018. Ainsi cette éventuelle péjoration devra faire l'objet le cas échéant d'un nouvel examen, en collaboration avec la CNA.

Quant aux séances de physiothérapie que le recourant allègue suivre, elles ne sont pas non plus de nature à nier la stabilisation de son état.

Dans un autre moyen, le recourant plaide qu'il existe des divergences entre les médecins qui l'ont examiné s'agissant de l'existence de troubles somatoformes douloureux, respectivement d'un syndrome douloureux régional complexe. Or il ne peut être suivi : seul un médecin,

le Dr A._____, a fait état, le 1^{er} février 2017, d'un « CRPS [réd. : SDRC en français] certain ». Ce médecin n'a cependant pas indiqué les critères qui lui font retenir un tel diagnostic (cf. à ce sujet CASSO AA 69/16 - 62/2019 du 9 mai 2019 consid. 5a). De même, comme le relève le Dr B._____ dans son rapport d'examen du 29 juin 2017, pour ce qui est du genou droit, « tout le monde s'accorde pour dire que M. P._____ présente une arthrose fémoro-patellaire, surtout externe, dans les suites d'une fracture grave de la rotule, laquelle au demeurant est bien reconstruite ». Toutefois, le Dr B._____ observe qu'il n'y a pas de SDRC qui aurait échappé à tous les intervenants thérapeutiques, en relevant en particulier que l'assuré ne mentionne que des douleurs, alors que des douleurs disproportionnées par rapport à l'atteinte organique ne sont pas suffisantes pour retenir un SDRC. A cela s'ajoute que l'examen clinique ne retrouve qu'un empâtement péri-rotulien, congruent avec l'arthrose fémoro-patellaire dont il souffre. Ainsi, le diagnostic de SDRC peut être écarté, sans qu'il n'y ait lieu de compléter l'instruction sur ce point comme le requiert le recourant. L'analyse détaillée et motivée du Dr B._____, faite en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse, doit en effet se voir reconnaître pleine valeur probante, à l'inverse des conclusions isolées et peu motivées du Dr A._____.

Au plan psychiatrique, la CNA a procédé à un examen par son psychiatre-conseil, le Dr S._____, le 29 novembre 2017. Dans son rapport du 21 décembre 2017, ce médecin a estimé qu'il paraissait raisonnable de traduire les limitations retrouvées au niveau des capacités psychiques du recourant en établissant, toujours sous condition d'une activité adaptée du point de vue somatique, une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 20 % avec une capacité de travail entière du point de vue horaire et sans nécessité d'une activité adaptée du point de vue psychiatrique. Or l'appréciation du Dr S._____ n'est pas contredite, et la CNA a du reste tenu compte de cette baisse de rendement dans son calcul du droit aux prestations. Ainsi même si le recourant n'a pas formellement fait état de cette problématique dans le cadre de la présente cause, il y a lieu de retenir d'office une baisse de rendement moyenne de 15 % dans le cadre d'une activité adaptée. Ainsi qu'on le verra cependant, une telle

baisse de rendement n'est toutefois pas propre à ouvrir le droit à la rente (cf. consid. 5 ci-dessous).

Le recourant présente dès lors une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (positions sollicitant fortement les genoux, charges lourdes, station debout prolongée, longs trajets, surtout en terrain accidenté, mouvements répétitifs au-dessus de la ligne des épaules), avec une baisse de rendement de 15 %, et ce depuis août 2015. Le fait que le recourant plaide ne pas avoir travaillé depuis l'accident ne lui est enfin d'aucun secours : c'est en effet une capacité de travail médico-théorique qui est déterminante. Or des activités simples et répétitives sont accessibles au recourant, et adaptées à ses limitations fonctionnelles, notamment dans le domaine industriel léger. Ainsi compte tenu du large éventail d'activités de cet ordre que recouvre le marché du travail en général, et le marché du travail équilibré en particulier, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il plaide qu'il ne trouvera aucune activité dans un autre domaine que celui de la construction.

5. S'agissant du calcul de sa perte de gain, le recourant fait valoir que le revenu sans atteinte à la santé a été calculé à tort sur une moyenne des cinq dernières années. Dans la mesure où il touchait 29 fr. de l'heure, travaillait quarante-cinq heures par semaine et touchait un treizième salaire de 6'000 fr., son revenu sans atteinte à la santé aurait dû être fixé au minimum à 73'860 fr. (29 fr. x 45 h. x 52 semaines + 6'000 francs).

Il soutient également dans ce cadre qu'il est choquant qu'il y ait un tel écart entre l'évaluation de l'assureur-accidents et celle de l'OAI, qui se base sur le même état de fait. A son sens, il serait même possible que la capacité de travail soit considérée comme entière par l'une des deux assurances, et nulle par l'autre.

a) 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. 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 130 V 343 consid. 3.4 ; 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 129 V 222 consid. 4.1 ; 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 se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. 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 ; TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 7.2 ; TF 9C_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.2). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2 ; TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb).

Le pouvoir d'examen du juge des assurances sociales quant à l'étendue de l'abattement du salaire statistique n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« Angemessenheitskontrolle »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; TF

9C_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.2 ; TF 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2).

b) En l'occurrence, il ressort du rapport employeur du 19 septembre 2014 que l'assuré travaillait neuf heures par jour, soit quarante-cinq heures par semaine, pour un salaire horaire de 29 fr., plus un treizième salaire de 6'000 francs. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir, comme l'a fait du reste la CNA, qu'en 2015, année de l'ouverture du droit à la rente, l'assuré aurait pu réaliser un revenu annuel de 73'860 fr. sans atteinte à la santé. Il a du reste réalisé en 2013 un revenu de 73'345 fr. selon l'extrait de son compte individuel, ce qui va dans le sens des informations transmises par l'employeur.

Quant à l'écart qualifié de « choquant » entre l'évaluation de la CNA et celle de l'OAI, on rappellera que selon la jurisprudence, l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549). Les organes de l'assurance-invalidité sont par conséquent en droit de procéder de manière indépendante à l'évaluation du taux d'invalidité.

Cela étant, le recourant plaide que c'est un abattement de 25 % qui aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidité. Il n'explique cependant pas ce qui devrait fonder un abattement de cette ampleur. Un abattement de 10 % est justifié pour tenir compte des limitations fonctionnelles, comme l'a relevé l'intimé, sans qu'il n'y ait lieu d'en revoir l'étendue. Cela étant, et même si le recourant n'a pas formellement fait état de cette problématique dans le cadre de la présente cause, il y a lieu de retenir d'office une baisse de rendement moyenne de 15 % afin de tenir compte des limitations psychiatriques de l'assuré (cf. consid. 4). Le revenu avec invalidité arrêté à 60'047 fr. 04 par l'OAI doit dès lors être réduit de 15 %, et se monte à 51'039 fr. 984. Ainsi, en comparant les revenus sans (73'860 fr.) et avec invalidité (51'039 fr. 984) précités, il en résulte un degré d'invalidité de 30.89 %, arrondi à 31 %, lequel n'est toutefois pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. On relèvera à toutes fins utiles qu'il en irait de même dans l'éventualité où

c'est une baisse de rendement de 20 % qui avait été retenue en lieu et place d'une baisse de 15 % (le degré d'invalidité s'élèverait alors à 35%, soit là encore un taux ne permettant pas l'ouverture du droit à la rente de l'assurance-invalidité).

6. Le recourant s'est étonné en réplique que l'OAI ne lui ait pas proposé des mesures de réinsertion. Or dès lors qu'il est en mesure d'exercer une activité simple et répétitive, certes avec une baisse de rendement de 15 %, on retiendra que ce type d'emploi ne demande pas de formation particulière (TFA I 138/04 du 20 janvier 2005 consid. 5.3), si bien que le droit à des mesures de réinsertion n'est pas ouvert.

7. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire aux plans somatique et psychiatrique.

8. a) Le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; 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 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice

doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision de la juge instructrice du 4 juillet 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 juin 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jeton Kryeziu. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 3 décembre 2018. Les opérations y figurant ne peuvent toutes être prises en charge, dans la mesure notamment où celles effectuées en 2017 ont trait à la procédure administrative menée devant l'OAI, lesquelles auraient dû le cas échéant faire l'objet d'une demande d'assistance judiciaire devant cet office. C'est ainsi seulement à compter de la réception de la décision dont est recours que les opérations peuvent être prises en considération. Il s'agit en l'occurrence de trois heures et quarante-cinq minutes d'avocat à 180 fr. de l'heure, soit 675 fr., et de six heures et dix minutes d'avocat-stagiaire à 110 fr. de l'heure, soit 678 fr. 35, soit au total 1'353 fr. 35, montant auquel il convient d'ajouter un montant forfaitaire de débours par 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit 67 fr. 65. Au final, le montant de l'indemnité de Me Kryeziu est arrêté à 1'530 fr. 40 (1'353 fr. 35 + 67 fr. 65 + 109 fr. 40 [1'421 fr. x 7.7 %]), débours et TVA compris.

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 29 mai 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Jeton Kryeziu est arrêtée à 1'530 fr. 40 (mille cinq cent trente francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jeton Kryeziu (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :