

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 juillet 2020

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 43 al. 1 LPGA**

**E n f a i t e t e n d r o i t :**

**Vu** la demande de prestations déposée par M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) le 26 septembre 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé),

vu la décision rendue le 27 mars 2015 par l'OAI octroyant à l'assurée une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 31 août 2013, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %,

Vu le rapport d'expertise du 7 juillet 2015 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, posant les diagnostics d'atteinte du nerf saphène avec hypoesthésie distale et dysesthésie sévère de la branche infra-patellaire de ce nerf, à gauche, secondaire au processus de cicatrisation après intervention de plastie ligamentaire en 2011 (pour rupture traumatique du ligament croisé antérieur) et dont il résulte en particulier ce qui suit :

« Status neurologique

[...] Aux membres inférieurs, présence d'une nette amyotrophie du quadriceps à gauche, sans fasciculation, la patiente exprimant une certaine difficulté à fléchir la cuisse, mais sans atteinte de la force lors du testing spécifique de l'iliopsoas de ce côté. De même, la force du quadriceps ne peut être vaincue la jambe tendue. Hypoesthésie dans le territoire distale de la saphène, au niveau interne du pied et de la cheville, avec une dysesthésie infra-patellaire gauche sévère, le moindre attouchement entraînant des sursauts, surtout au niveau de la cicatrice.

[...]

La dysesthésie de la branche infra-patellaire du nerf saphène est clairement en relation avec le processus de cicatrisation de l'opération pour le ligament croisé antérieur, et non avec la conséquence traumatique directe de l'accident lui-même. Ces plaintes dysesthésiques sont bien connues après ce type d'opération, parfois sévère, et dans le cas présent, nous ne pouvons émettre de doute quant à leur réalité, étant parfaitement en correspondance avec le territoire du nerf incriminé, en notant que le sacrifice opératoire du nerf saphène lors de la deuxième neurolyse s'est soldé en outre par une hypoesthésie distale du nerf saphène, heureusement sans extension du phénomène dysesthésique. Il n'y a aucun doute à avoir sur la réalité ou

l'intensité décrite des dysesthésies comme on le trouve classiquement dans la littérature (John Stewart : Focal Peripheral Neuropathies, Lippincott Williams & Wilkins pages 406 à 408).

Dans ce type d'atteinte, il n'est pas possible, par un effort de volonté, de surmonter les douleurs, notamment paroxystiques, mais il est néanmoins possible d'obtenir une certaine capacité de travail, malgré la présence des douleurs inchangées.

[...]

7. Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte pour l'exercice d'une activité professionnelle ?

Il faut éviter toute stimulation cutanée de la région du nerf saphène, notamment au niveau infra-patellaire, que ce soit par l'attouchement, les courants d'air, le fait de s'agenouiller ou de s'accroupir, la marche au-delà de quelques mètres, le port de charge de plus de 5 kg, en préservant la possibilité de ne pas être constamment immobile dans l'activité. Tout phénomène dysesthésique avec douleur paroxystique est en effet à même de compromettre n'importe quelle activité en cours, que celle-ci soit professionnelle ou non.

8. Existe-t-il une capacité de travail à la suite de l'accident dans sa profession en tant qu'employée de commerce ? Si oui, depuis quand ? Si non, pourquoi ?

Oui, au plan neurologique, une activité légèrement supérieur à un mi-temps est envisageable, que nous chiffrons à 60 %. Ceci paraît valable depuis mi-2014. »,

vu l'arrêt de la Cour de céans du 17 août 2016 (AI 126/15 - 222/2016) admettant le recours interjeté contre cette décision et renvoyant la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision,

vu l'expertise pluridisciplinaire réalisée auprès de la Z. \_\_\_\_\_ et le rapport établi le 20 juin 2017 par les Dres C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, spécialistes en médecine interne générale, et le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, concluant à l'existence d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle à partir du 1<sup>er</sup> juin 2013, et retenant les diagnostics suivants :

« **Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail**

- Gonalgies chroniques du genou gauche M25.5

- Status post entorse du genou gauche avec rupture du LCA [ligament croisé antérieur] le 10.03.2010 S 83.5
- Status post méniscectomie partielle sous arthroscopie le 29.04.2010
- Status post plastie du LCA sous arthroscopie le 28.06.2011

### **Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail**

- Neuropathie patellaire gauche après arthroscopie possible
- Dysthymie F 34.1
- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0
- Lombalgies chroniques non spécifiques »,

vu en particulier la consultation du 19 mai 2017 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dont il ressort en substance ce qui suit :

#### **« Diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail :**

- *Aucun sur le plan neurologique.*

#### **Diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail :**

- *Neuropathie patellaire gauche après arthroscopie possible.*

#### **Appréciation**

[...] « Au status neurologique on retrouve une amyotrophie assez diffuse du segment crural gauche, mais qui ne peut être taxée de sévère, avec une différence de diamètre de 3 cm. Il ne s'agit pas d'une atrophie segmentaire, mais qui est vraisemblablement liée à une hypo-utilisation du membre inférieur gauche, chez cette assurée qui déambule avec deux cannes anglaises. De plus, l'examen segmentaire de la force est rigoureusement normal, et le réflexe rotulien est bien préservé. Il n'y a donc pas d'argument en faveur d'une atrophie neurogène ni myogène. L'examen de la sensibilité fait apparaître des éléments atypiques. D'une part, l'altération de la sensibilité tactile dépasse le territoire du nerf saphène interne, en s'étendant sur la plante du pied gauche. Quant à la sensibilité à l'aiguille, elle est décrite comme une hyperalgésie, mais qui concerne l'ensemble du membre inférieur gauche, sans autre systématisation. A cela s'ajoutent d'autres incohérences. En particulier, bien que la force soit bien préservée, l'assurée ne peut ébaucher qu'une légère flexion du genou gauche lorsqu'on lui demande d'effectuer l'épreuve talon-genou. On ne retrouve pas le caractère allodymique tel que décrit qu'auparavant, mais les douleurs sont plutôt reproductibles à la palpation un peu appuyée de la zone douloureuse. Enfin, même si on devait admettre une neuropathie douloureuse sous-jacente à l'origine des plaintes de cette assurée, on peine à expliquer l'utilisation des cannes anglaises.

L'examen électro-physiologique effectué ce jour se révèle normal au membre inférieur gauche. Cet examen permet ainsi de confirmer l'absence de caractère neurogène à l'atrophie de la cuisse gauche. Il n'y a pas d'autre neuropathie objectivée, ni d'élément en faveur d'un syndrome radiculaire L3 ou L4.

Au total, on rejoint l'avis du Docteur R.\_\_\_\_\_, qui mentionne que le tableau présenté par cette assurée dépasse de beaucoup la neuropathie patellaire classique que l'on rencontre parfois après arthroscopie. Tant l'intensité des plaintes, leurs répercussions à la marche, le tableau clinique objectif, ne peuvent être soutenus par une systématisation neurologique et traduisent dès lors un tableau essentiellement fonctionnel.

Une véritable neuropathie patellaire sous-jacente, ou syndrome de Wartenberg, ne peut être exclu, mais en aucun cas ne permet d'expliquer l'ensemble des doléances et des répercussions. »

vu le projet de décision du 13 juillet 2017, par lequel l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet 2013 et une rente entière du 1<sup>er</sup> au 31 août 2013,

vu les objections présentées par l'assurée, qui a notamment produit un rapport médical de sa psychiatre traitante, la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, selon lequel elle souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.3) qui réduisait sa capacité de travail à 40-50 %, ainsi que d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et d'autres troubles de l'alimentation (F50.8), sans influence essentielle sur la capacité de travail,

vu le rapport du 19 octobre 2017 du Dr L.\_\_\_\_\_ qui relève les constatations suivantes :

En conclusion, on est face à un tableau quasiment identique à celui observé lors de mon expertise de 2015, avec notamment une atteinte identique de la branche infra-patellaire du nerf saphène interne gauche, dans un territoire tout à fait cohérent, associée à une hypodysesthésie et des douleurs névralgiques fluctuantes, et qui ne survient pas dans un contexte « multidouleurs » y compris au membre inférieur gauche lui-même. Ce qui est légèrement accentué par rapport à 2015 est la parésie fonctionnelle de la flexion du genou et de la hanche gauche, chez une patiente qui reste craintive du mouvement en relation avec la peur du déclenchement de la douleur. Ceci correspond aussi à l'amyotrophie de non utilisation, et

comme le Dr G.\_\_\_\_\_ l'a relevé dans son examen électrophysiologique, il n'y a pas de signe associé évoquant une dénervation dans les groupes moteurs, d'origine lombo-radulaire ou autre. Nous pouvons donc ici confirmer qu'il n'y a pas d'atteinte sensitivomotrice qui dépasse actuellement le diagnostic que nous avons posé en 2015, qui concerne uniquement, sur le plan organique, l'atteinte de la branche infra-patellaire du nerf saphène interne gauche.

A ce sujet, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, nous sommes surpris de trouver dans certains rapports une contestation de l'atteinte de ce nerf, puisque l'évolution chronologique des événements médicaux montre qu'en sus du processus de cicatrisation lié à l'opération post-traumatique du genou, il y a eu diverses interventions sur ce nerf, avec 2 neurolyses, puis une dissection du nerf, puis finalement une section complète de celui-ci, ce qu'il n'est pas possible de contester lorsqu'on parle d'une atteinte clinique du nerf lui-même, s'exprimant de façon logique par une hypesthésie ainsi qu'une hypodysesthésie avec phénomènes névralgiformes. (...)

La branche Infra-patellaire du nerf saphène interne a été lésée chez cette patiente au cours des divers processus susmentionnés, et il est donc non avvenu de le nier ou de ne pas le faire figurer dans les diagnostics « organiques ».

Ceci n'est pas pour dire qu'il n'existe pas de phénomène fonctionnel chez cette patiente, où le psychiatre de la Z.\_\_\_\_\_ a jugé qu'il y avait une péjoration d'origine psychologique de symptômes physiques. Comme je l'ai moi-même mentionné à l'époque (et je le retrouve actuellement), il existe une parésie fonctionnelle de la flexion du membre inférieur gauche qui s'inscrit dans cette situation. Cependant, la présence de phénomènes fonctionnels n'implique pas l'Inexistence de cause organique sous-jacente, raison pour laquelle Il convient d'insister sur la réalité de l'atteinte organique séquellaire au niveau de la branche infra-patellaire du nerf saphène interne, en relation avec le tableau douloureux et l'hypodysesthésique local.»

vu le complément d'expertise avec les rapports établis les 3 mai 2018 et 31 janvier 2019 par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ainsi que le rapport complémentaire du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 12 février 2019,

vu en particulier le rapport du 3 mai 2018 du Dr G.\_\_\_\_\_ qui relève que l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_ et la sienne ne sont guère divergentes, tous deux reconnaissant la présence d'une neuropathie du nerf saphène interne, qui a été sectionné, associée à une composante fonctionnelle, que le diagnostic n'a guère d'influence pour déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles et que les experts de la

Z.\_\_\_\_\_ ont fixé la capacité de travail de l'assurée en tenant compte de l'ensemble des éléments contextuels, somatiques et psychiques ainsi que des nouveaux indicateurs jurisprudentiels,

vu le rapport du 28 juin 2018, par lequel le Dr L.\_\_\_\_\_ relève que le Dr G.\_\_\_\_\_ n'a pas pris directement position sur la capacité de travail de l'assurée pour son domaine de compétence et que son évaluation d'une incapacité de l'ordre de 40 % à terme « vu le caractère irréversible de la neuropathie infra-patellaire » lui semble raisonnable,

vu la décision du 28 juin 2019, annulant et remplaçant la précédente, par laquelle l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> au 31 août 2013,

vu le recours interjeté le 2 septembre 2019 contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que l'assurée a droit à une rente d'invalidité dont le taux, le montant et le point de départ seront déterminés par l'OAI, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision,

vu la réponse de l'OAI du 23 octobre 2019 et l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 10 octobre 2019,

vu les écritures de la recourante des 15 novembre 2019 et 11 février 2020, auxquelles étaient joints un rapport du 6 janvier 2020 de la Dre K.\_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport médical établi le 27 septembre 2019 par les Dres N.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, du Département de psychiatrie du J.\_\_\_\_\_ (ci-après : J.\_\_\_\_\_), qui concluaient à l'existence d'un trouble mixte de la personnalité (F61.0) et d'une anorexie mentale atypique (F50.1),

vu les déterminations de l'OAI des 5 décembre 2019 et 2 mars 2020 ainsi que les prises de position du SMR des 25 novembre 2019 et 25 février 2020,

vu le courrier de la recourante du 6 mai 2020, accompagné d'un nouveau rapport de la Dre K. \_\_\_\_\_ du 15 avril 2020, indiquant que l'assurée était suivie par les médecins de la section « [...] » du Département de psychiatrie du J. \_\_\_\_\_, lesquels avaient confirmé les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité (F61), de trouble dépressif récurrent (F33), de trouble panique (F41.0) et de trouble du comportement alimentaire de type anorexie (F50) et évaluaient sa capacité de travail à 40 %,

vu la détermination de l'OAI du 19 mai 2020 et l'avis médical du SMR du 13 mai 2020, estimant qu'il serait opportun de requérir un rapport sur l'assurée à la section « [...] » du Département de psychiatrie du J. \_\_\_\_\_, spécialisée dans les troubles de la personnalité,

vu le courrier de la recourante du 11 juin 2020,

vu les pièces au dossier ;

**attendu** que le recours a été formé auprès de l'autorité compétente en temps utile compte tenu des fêtes estivales et remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 38 al. 4, 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] ; art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2) ;

attendu que dans ses déterminations du 19 mai 2020, l'OAI a convenu, sur la base de l'avis du SMR du 13 mai 2020, de la nécessité de compléter l'instruction en interrogeant les médecins de la section « [...] » du Département de psychiatrie du J.\_\_\_\_\_,

qu'il faut en effet constater que des incertitudes demeurent quant aux diagnostics psychiques présentés par la recourante et à leur influence sur sa capacité de travail ;

attendu que le rapport du 19 mai 2017 du Dr G.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de neuropathie patellaire gauche après arthroscopie possible,

qu'à la suite des déterminations du 19 octobre 2017 du Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr G.\_\_\_\_\_ reconnaît la présence d'une neuropathie du nerf saphène interne qui aurait été sectionné,

qu'il soutient toutefois qu'une neuropathie patellaire ne permet pas d'expliquer l'ensemble des doléances et des répercussions que fait valoir la recourante,

qu'en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, il se limite à se référer à l'appréciation des autres experts de la Z.\_\_\_\_\_, motifs pris que ceux-ci ont tenu compte de la présence d'éléments contextuels, somatiques et psychiques et se sont basés sur les indicateurs développés par la jurisprudence fédérale en matière d'évaluation du droit à une rente en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées,

qu'il lui appartenait toutefois de déterminer, compte tenu de la réalité de l'atteinte organique et de ses conséquences, la capacité de travail de la recourante dans son domaine de compétences, dans la mesure où si la lésion patellaire ne pouvait expliquer l'ensemble des

limitations fonctionnelles de la recourante, elle pouvait en justifier une partie,

qu'il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur le plan neurologique également,

que les faits pertinents n'ont ainsi manifestement pas été constatés de manière complète (cf. art. 98 let. b LPA-VD) ;

attendu que le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire,

qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

que selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient en effet au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 43 al. 1 LPGA, art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) ;

attendu qu'en l'occurrence, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause,

qu'il convient par conséquent d'annuler la décision querellée et de renvoyer la cause à l'OAI, afin qu'il en complète l'instruction sur le plan psychiatrique et neurologique et statue à nouveau ;

attendu qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI),

qu'en l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe,

que la recourante obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, de sorte qu'elle peut prétendre à une indemnité de dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 28 juin 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à M. \_\_\_\_\_, à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :