

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mai 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Jomini et Merz
Greffier : M. Bohrer

* * * * *

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant, représenté par DAS Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1, 36 al. 1, 44, 61 let. a LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 69 al. 1bis LAI ; 88a al. 2 RAI ; 29 CST ; 10 PA

E n f a i t :

A. Le 20 octobre 2008, U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1951, dessinateur sur ordinateur, a déposé une demande de prestations AI, faisant état de problèmes au genoux ainsi qu'au dos (colonne cervicale et lombaire). Dans un questionnaire pour l'employeur, K._____ SA indique que l'assuré a travaillé du 1^{er} avril 1997 au 30 avril 2008 dans cette entreprise où il effectuait des dessins de fabrication. Son salaire s'élevait depuis 2004 à 88'340 fr. par an, l'entreprise prenant en outre en charge les primes de l'assurance maladie à savoir 544 fr. 50 par mois en 2008.

Le 11 août 1980, l'assuré alors au service de la société N._____ SA comme fraiseur, a fait une chute vers 19 heures. L'assureur LAA de cette société était la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) qui a pris le cas en charge.

Le 30 septembre 1981, l'assuré a subi une intervention chirurgicale à savoir la plastie selon Helfet après insuffisance du ligament latéral interne malgré un plissement exécuté trois mois auparavant.

Le 5 novembre 1985, N._____ SA a annoncé à la CNA que l'assuré avait effectué un faux mouvement le 25 octobre 1985 et que la partie du corps atteinte était le genou droit victime d'une distorsion.

Dans un rapport d'examen médical final du 13 décembre 1990, le Dr D._____, médecin d'arrondissement de la CNA, mentionne notamment ce qui suit :

"APPRECIATION :

La situation est relativement satisfaisante à la suite de cette très longue aventure qui dure depuis presque 10 ans. A l'heure actuelle, à part une laxité interne considérable, l'articulation est stable. Il n'y a pas d'hydrops ou de phénomène réactif. Le patient signale des douleurs tout à fait sporadiques qui semblent évoluer en fonction des changements atmosphériques ou de contribution plus

importante. Par ailleurs, on sent à la fois la grande inquiétude du patient d'obtenir une situation stable lui permettant de retrouver sa tranquillité d'esprit et une certaine surcharge conditionnée pour la plus grande part par son sentiment d'inquiétude.

En ce qui concerne sa profession, le patient admet volontiers pouvoir effectuer un travail à plein temps sans notable difficulté bien que, parfois, les douleurs de son genou droit soient importantes et le gênent considérablement. De plus, il est très satisfait de cette formation complémentaire qu'il a reçue et constate qu'à l'heure actuelle, il doit encore demander des renseignements ce qui semble ne pas être du goût de son chef. Compte tenu de l'enthousiasme qu'il y met, il semble qu'un peu de patience permettrait à M. U. _____ d'être tout à fait à la hauteur des exigences de son poste. Il est bien évident que ce n'est pas l'examen médical qui permet d'en juger.

Ainsi, on peut considérer pour l'heure le traitement comme terminé. Le patient se réannoncera en cas de nécessité.

La CNA verra la manière dont elle entend conclure."

Par décision du 14 mars 1991, la CNA a alloué à l'assuré dès le 1^{er} juillet 1990 une rente fondée sur un taux d'incapacité de gain de 25% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 15%.

Le 21 septembre 1994, le Dr G. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté à l'examen clinique qu'il ne retrouvait aucune limitation fonctionnelle notable. Il décrivait un genou gauche calme, sec et stable, normalement mobile, sans signes méniscaux.

La CNA a supprimé la rente par décision du 30 mars 1995, confirmée sur opposition le 2 novembre 1995, à partir du 1^{er} avril 1995 dès lors que l'assuré travaillait depuis de nombreux mois dans une activité adaptée à son état physique et réalisait un salaire supérieur à celui qu'il aurait obtenu sans l'accident dans la profession qu'il avait dû abandonner.

Le 26 août 2003, alors que l'assuré travaillait depuis le 1^{er} avril 1997 en qualité de dessinateur au service de K. _____ SA, cet employeur a annoncé une rechute de l'accident du 25 octobre 1985 depuis le 15 juillet 2003, le travail ayant été repris le 25 août 2003.

Dans un rapport médical intermédiaire du 30 mai 2005, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pose le diagnostic de gonarthrose post-traumatique droite. Il mentionne la persistance des douleurs malgré la physiothérapie et une prothèse totale du genou gauche. Dans un rapport du 3 octobre 2005, ce praticien indique une reprise de travail à 100% depuis le 2 mai 2005 tout en prévoyant dans un avenir plus ou moins rapproché une prothèse totale du genou droit. Il résulte du protocole opératoire du 6 décembre 2005 que le Dr X._____ a pratiqué une intervention sur le genou droit de l'assuré, une prothèse totale étant posée. Le cas a été pris en charge par la CNA. Dans son rapport médical intermédiaire du 13 mars 2006, le Dr X._____ mentionne une évolution difficile en raison des douleurs au genou droit et une reprise du travail à 50% depuis le 21 février 2006. Le 8 mai 2006, ce praticien indique une reprise du travail à 100% depuis le 1^{er} mai 2006. Dans un rapport médical intermédiaire du 8 septembre 2006 qui mentionne une évolution difficile avec persistance de douleurs au genou droit et d'une tuméfaction du genou sans épanchement, le Dr X._____ a indiqué qu'il était prévu une arthroscopie du genou droit, "éventuellement une libération d'adhérences au récessus sus-rotulien aux récessi latéraux et ablation des vis à la tubérosité antérieure du tibia (status après ostéotomie de la tubérosité antérieure du tibia)". Le 2 octobre 2006, ce médecin a effectué une arthroscopie, une résection de quelques adhérences dans le récessus sous-rotulien, et le retrait de 3 vis corticales de la tubérosité antérieure du tibia.

Le Dr X._____ indique les 27 octobre 2006 et 15 janvier 2007 une évolution difficile avec une persistance des douleurs, l'assuré ayant repris le travail à 100% depuis le 20 octobre 2006. Le 13 novembre 2007, il indique également une évolution difficile avec une persistance des douleurs, les radiographies effectuées en août étant sans particularité.

Dans un certificat médical du 28 avril 2008, le Dr X._____ pose les diagnostics de hernies inguinales bilatérales, varice de la saphène interne droite douloureuse, sacralgies gauches avec irradiations douloureuses au membre inférieur gauche, sur troubles statiques et

dégénératifs, exagération de la lordose lombaire, scoliose dextro-convexe, bascule du bassin, rétrolisthesis de toutes les vertèbres lombaires, ostéochondrose, spondylose lombaire, canal lombaire étroit secondaire en L2-L3, L3-L4 et surtout L4-L5, sténose bilatérale des récessi latéraux en L5 surtout à gauche, irritant la racine L5 gauche. Il estime l'incapacité de travail totale depuis le 14 décembre 2007.

Dans un certificat médical intermédiaire du 28 juillet 2008, le Dr X. _____ mentionne une exacerbation des douleurs, non seulement au pied et au genou à droite et à la colonne lombaire, mais aussi à la colonne cervicale, sur discopathie ostéophytaire C5-C6 avec compression des racines C6, discopathie C6-C7 avec compression de la racine C7 gauche, sténose des trous de conjugaison C7-D1 avec compression des racines C8, sténose du trou de conjugaison C3-C4 gauche avec compression de la racine C4 gauche. Il mentionne que l'incapacité de travail est totale depuis le 14 décembre 2007, une reprise de l'activité professionnelle étant prévisible mais pas actuellement. Il estime également qu'un autre emploi est envisageable mais pas actuellement. Il relève que l'assuré entreprend lui-même tout ce qu'il peut pour améliorer sa situation. Il ne peut évaluer un pronostic déterminé à long terme.

Dans un rapport du 20 novembre 2008, le Dr X. _____ pose les diagnostics suivants :

"Enraidissement douloureux du genou droit, après prothèse totale sur gonarthrose post-traumatique.

Cervicalgies sur lésion dégénérative, discopathies C5-C7, hernie disco-ostéophytaire C5-C6 bilatérale, C6-C7 surtout gauche, sténose des trous de conjugaison C7-D1 bilatérale, du trou de conjugaison C3-C4 gauche, sténose canalaire C5-C6, C6-C7 avec brachialgies bilatérales

Lombo-sciatalgies bilatérales sur canal lombaire étroit L2-L3, L3-L4 et surtout L4-L5, sténose des récessi latéraux en L5, protrusions discales plurisegmentaires

Prothèse totale du genou gauche sur gonarthrose.

Douleurs et limitation fonctionnelle de l'extension du 1^{er} et du 2^e orteil à droite sur plaie avec lésions tendineuses et nerveuses.

Intervention chirurgicale sur hernies inguinales bilatérales et sur insuffisance veineuse du membre inférieur droit le 20.12.07"

Dans ce rapport, ce praticien indique que le pronostic est très réservé principalement en raison des lésions dégénératives cervicales et lombaires l'assuré étant actuellement dans l'impossibilité de rester en position assise, debout, de marcher et de porter quelque chose. Il estime que l'activité actuellement exercée n'est plus exigible et que l'on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

Dans un rapport médical du 14 janvier 2009, le Dr F._____, spécialiste en médecine générale, mentionne notamment ce qui suit :

"Il s'agit d'un patient très dynamique, volontaire, et qui s'est toujours montré extrêmement compliant en ce qui concerne les différents traitements et suivis proposés pour ses nombreuses pathologies, tant liées à des problèmes d'accident que de maladie, particulièrement invalidantes, et touchant différentes parties de l'organisme, ce qui rend toute activité physique particulièrement pénible.

On relève notamment des cervicalgies associées à des brachialgies bilatérales sur troubles dégénératifs et hernies discales multiples. Le rachis est encore sensible dans la région lombaire, avec lombalgies persistantes récidivantes associées à des sciatalgies également. Les troubles dégénératifs de son genou et le traitement à droite notamment laisse des douleurs avec limitation de la flexion plus importante à droite qu'à gauche, alors que l'extension est par contre tout à fait bonne.

Suite à un accident avec plaie du dos du pied droit, persiste une anesthésie avec dysesthésies sur la face dorsale du gros orteil droit ainsi que du deuxième essentiellement, et de manière plus modérée au niveau des troisième et quatrième orteils. On relève parallèlement une limitation de l'extension de ce gros orteil droit.

L'évolution malgré un traitement très intensif ne montre malheureusement que peu d'amélioration avec un patient qui continue à se montrer gêné même dans la vie de tous les jours avec grosses douleurs et impossibilité aux efforts. Une prise en charge pluridisciplinaire est par ailleurs obligatoire chez lui, associant neurochirurgien, orthopédiste et moi-même.

Le pronostic est donc chez lui très réservé, essentiellement en raison des problèmes du rachis, mais également avec gêne importante au niveau du genou droit".

Mandaté par la Compagnie d'assurances X._____, assureur perte de gains, le Dr H._____ du Centre [...], à [...], et spécialiste en

rhumatologie, a établi un rapport d'expertise le 30 mars 2009. Il mentionne notamment ce qui suit (pp. 11 ss de l'expertise) :

"Antécédents somatiques personnels :

Maladies d'enfance habituelles sans séquelle.

Accident de travail en 1985 : à son poste de travail, perd l'équilibre devant sa machine et tombe en rotation du MID. Entorse grave du genou ayant justifié plusieurs interventions et finalement se solde par l'obligation de changer de profession (doit rester assis). Refait un CFC de dessinateur en machines. Le genou gêne mais fait avec.

Gonarthrose destructrice rapide gauche justifiant une PTG à gauche en 2004 (14.12). Pas de problème par la suite.

PTG à droite en 2005 (6.12) avec succès mitigé (douleur chronique ; repos et en charge ; raideur au dérouillage (15 à 20 minutes) ; périmètre de marche environ 20 minutes.

2006 reçoit une vitre sur le pied droit avec lésions tendineuses et nerveuse périphérique. En traitement physiothérapie (US + mobilisation) Compagnie d'assurances X. _____ (assureur de K. _____ SA).

Hernies inguinales gauche et droite en 2007 (20.12) avec bon succès mais tendance à récurrence sous la forme de douleur du carrefour pubien.

(...)

5. Synthèse et discussion

Rappel de l'histoire médicale :

M. U. _____ est un assuré de 58 ans au passé chirurgical de l'appareil locomoteur chargé qui, à la suite d'un accident de travail à l'âge de 34 ans, a dû subir plusieurs interventions sur son genou droit et changer de profession (mécanicien de précision versus dessinateur en machines). Qui plus est, victime d'une arthrose destructrice rapide du genou gauche, il doit subir une prothèse totale de cette articulation à 53 ans, alors qu'il souffrait toujours du genou droit. Dès lors, il vit avec des douleurs chroniques aux deux membres inférieurs et avec, comme limitation fonctionnelle, un périmètre de marche de 20 minutes à vitesse réduite.

Parallèlement, une hernie inguinale des deux côtés le conduit à l'intervention en décembre 2007. Celle-ci semble s'être soldée par un bon succès immédiat, mais l'assuré signale une récente tendance à la récurrence des douleurs touchant le carrefour pubien, qui pourraient bien être une intolérance au filet de soutien.

Accessoirement, il est en traitement de physiothérapie (US + mobilisation) pour une blessure au cou du pied droit à la suite de la chute d'une vitre reçue sur le pied droit en 2006. Cette blessure réunit lésions tendineuses et nerveuses périphériques qui s'associent pour entretenir une tendance à l'algodystrophie. Le

traitement est pris en charge par la Compagnie d'assurances X. _____ (assureur de K. _____ SA).

L'assuré est en incapacité de travail complète depuis le 14.12.2007 pour plusieurs raisons, prévues de longue date, la hernioplastie inguinale bilatérale, une crosectomie et un stripping de la saphène interne droite. La prolongation de cette incapacité temporaire de travail est secondaire à deux affections touchant l'appareil locomoteur : une lombosciatalgie droite et une cervicalgie. Ces symptomatologies douloureuses présentent depuis 2002 ont répondu favorablement aux traitements conservateurs, sans motiver d'arrêt de travail, actuellement elles exigent cependant des thérapeutiques plus musclées (antalgie interventionnelle) auxquelles elles ne cèdent que momentanément. En bref, elles vont s'aggravant, la région lombaire restant au premier plan avec un syndrome déficitaire moteur et sensitif.

Situation actuelle :

L'anamnèse et le status sont concordants, on peut retenir un diagnostic de syndrome vertébral lombaire L5 droite avec un syndrome radiculaire déficitaire S1 moteur et sensitif. On ne trouve aucun signe de non organicité selon Waddell, il n'y a aucune discordance.

Synthèse et conclusions :

La présente expertise confirme les investigations récentes effectuées à savoir qu'il y a bien un syndrome radiculaire déficitaire moteur et sensitif S1 droit sur hernie discale et canal lombaire étroit. Une intervention de décompression est d'ores et déjà envisagée pour mai 2009.

Compte tenu des différentes pathologies dont les limitations fonctionnelles douloureuses s'associent, l'incapacité de travail est de 100%, quel que soit le poste : il ne peut rien porter, les mouvements répétitifs du tronc ne sont pas supportables, la marche est restreinte et toute position en flexion des membres inférieurs sont impossibles.

L'incapacité de travail actuelle est justifiée.

La situation pourra être reconsidérée après l'intervention prévue pour mai 2009. En cas de bon résultat, une reprise du travail dans un poste analogue à celui qu'il occupait auparavant pourrait être envisagée. En effet ce poste était déjà adapté, il n'exige pas de port et transport de charge, de mouvements répétitifs du tronc, ou de position fléchie des membres inférieurs ; l'assuré a loisir de changer de positions au cours de la journée sans être obligé de parcourir de longs trajets.

Le taux d'activité s'évaluera ainsi selon les résultats de l'opération, le taux définitif devra être atteint par paliers progressifs."

Dans un rapport du 17 avril 2009, le Dr Q. _____, spécialiste en neurochirurgie, pose les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail suivants :

- Lombalgies chroniques sur insuffisances segmentaires L3/4 et L5/S1 ainsi que discopathies pluri-étagées L1/2, L2/3 et L4/5 avec, aux niveaux L3/4 et L4/5, des rétrécissements canaux récessaux.
- Status après mise en place de prothèses aux deux genoux en 2005 puis en 2006.
- Hernie inguinale bilatérale opérée.

Ce spécialiste pose également le diagnostic sans effet sur la capacité de travail suivant :

- Hypertension artérielle traitée.

Ce médecin indique en outre notamment ce qui suit :

"Le 16.02.2008, l'examen neurologique ne mettait pas en évidence de déficit neurologique au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Pas de signe net d'irritation radiculaire. La marche sur les talons déclenchait des douleurs lombaires plus importantes que lorsque le patient marchait sur la pointe des pieds. Douleurs marquées à la pression en regard des articulations intervertébrales postérieures L5/S1 et L4/5 surtout gauche. Contracture de la musculature paravertébrale lombaire moyenne et inférieure. Limitation en fin de course dans les mouvements de latéoflexion et rotation de la colonne lombaire. La distance doigts-sol est de 30 cm. Douleurs lombaires importantes ressenties lors de l'antéflexion du tronc et lorsque le patient se relève de la position antéfléchie. Les mouvements de la colonne lombaire sont toutefois fluides jusqu'à un discret "painful catch syndrome" vers 40° d'antéflexion.

Sur les clichés fonctionnels de profil de la colonne lombaire du 9.04.2008, on constate une hypermobilité des segments L3/4 et L5/S1 apparaissant sous la forme d'un bâillement antérieur inhabituel sur les clichés en hyperextension. Discopathies en L1/2, L2/3, L3/4 et L4/5.

L'IRM cervical du 5.06.2008 met en évidence des discopathies C5/6 et C6/7 avec bec ostéophyttaire marginal postérieur C5/6 surtout à droite et hernies discales au niveau C5/6 et C6/7 du côté gauche. Dégénérescence pluri-étagée de C3/4 à C7/D1

L'IRM lombaire du 16.02.2009 montre des discopathies pluri-étagées sur toute la région lombaire, épargnant toutefois le niveau L5/S1.

Sténoses canales plutôt récessales en L3/4 et L4/5, plus marquées à droite en L3/4 et à gauche en L4/5.

Pronostic

1.5

Nature et importance du traitement actuel

Traitement conservateur qui associe à une physiothérapie de tonification/relaxation musculaire, une limitation de l'activité physique, l'évitement du port de charges et de positions du corps inadéquates, une thérapie médicamenteuse antalgique et anti-inflammatoire".

Ce praticien mentionne également les limitations fonctionnelles suivantes : limitation de l'activité physique, évitement du port unique de charge supérieure à 10kg et du port répété de charges supérieures à 5kg, des positions statiques debout ou assises continues ainsi que des positions avec antéflexion prolongée ou répétée du tronc. Il estime que l'activité de dessinateur en informatique n'est pas exigible actuellement. Comme recommandations pour la future thérapie, il indique la poursuite du traitement physiothérapeutique et antalgique et une évaluation pour une intervention de décompression L3/4 et L4/5 accompagnée éventuellement d'une stabilisation des segments lombaires inférieurs. Le but du traitement proposé serait d'augmenter la capacité fonctionnelle du patient, les diverses mesures thérapeutiques conservatrices n'ayant pas permis d'obtenir une amélioration des troubles jugée satisfaisante par le patient. Pour avoir une chance de réinsérer le patient dans une activité professionnelle après une intervention chirurgicale il pense absolument nécessaire que l'intervention soit suivie aussi vite que possible d'une aide au placement dans une activité adaptée. Il tient cependant peu probable que l'assuré puisse atteindre une capacité de travail supérieure à 50%.

A la demande de la Compagnie d'assurances X._____, assureur-accident, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a effectué une expertise le 27 mai 2009. Il résulte de son rapport du 3 juin 2009 notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- Status après plaie dorsale du pied droit avec déchirure partielle du tendon extenseur du gros orteil et du 2ème orteil et lésion du nerf cutané dorsal médian (10.07.2006).
- Névrome cicatriciel du nerf cutané dorsal médian.
- Cervicalgies chroniques avec troubles dégénératifs pluriétagés prédominantes en C5-C6 et C6-C7.
- Sciatalgies bilatérales sur canal lombaire étroit dégénératif.
- Status après arthroplastie totale du genou droit pour gonarthrose post-traumatique (2005).
- Arthroplastie totale du genou gauche pour gonarthrose primaire.
- Status après cure chirurgicale de hernie inguinale bilatérale et cure de varices du membre inférieur droit (décembre 2007).
- Hypertension artérielle en traitement.

REPONSES AU QUESTIONNAIRE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES X. _____

1. Quelles sont les déclarations de l'assuré concernant l'événement du 10.07.2006 ?
Voir précédent.
2. Quelles sont vos constatations et quel est votre diagnostic ?
Voir précédent.
3. S'agissant de la causalité naturelle :
Les troubles constatés à ce jour sont-ils la conséquence de l'accident, en ce sens que celui-ci constitue une condition sine qua non de l'atteinte à la santé actuelle ?

Lors de l'accident du 10 juillet 2006, une plaie de l'avant-pied droit s'est produite avec une lésion partielle des tendons extenseurs du gros orteil et du 2ème orteil. Il y a aussi eu très probablement une lésion du nerf cutané dorsal médian. Les tendons n'ont pas été suturés. La lésion du nerf a évolué vers un névrome qui n'a pas bénéficié de neurolyse chirurgicale.

L'assuré se plaint actuellement de séquelles de l'accident du 10 juillet 2006 sous forme de douleurs de type lancée électrique du pied et de l'avant-pied à droite, ainsi qu'une diminution de la force de l'extenseur du gros orteil et du 2ème orteil. Le lien de causalité naturelle entre ses plaintes du pied droit et l'événement de juillet 2006 est à mon avis certain.

4. Dans le cas où des facteurs extérieurs jouent un rôle dans la situation, lesquels sont-ils ? Dans quelle proportion et à partir de quand faut-il considérer l'influence de ces facteurs ?

A mon avis, il n'y a pas de facteurs étrangers jouant un rôle dans l'évolution du cas.

5. Y a-t-il lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ?

Au moment de cette expertise, nous sommes à bientôt 3 ans de l'accident. Les séquelles principales de l'événement de cause sont a) un névrome cicatriciel d'un nerf sensitif dorsal b) une diminution de force de tension active du gros orteil et du 2ème orteil à droite. Ce manque de force ne semble pas générer aucune gêne mécanique dans les activités courantes de votre assuré.

En ce qui concerne le traitement du névrome, la poursuite du traitement de physiothérapie sous forme d'ultrasons n'a aucune chance de favoriser une guérison durable des symptômes. Monsieur U._____ déclare que lorsqu'il fait les séances de physiothérapie, les douleurs diminuent et deviennent largement supportables durant deux à trois jours. Lorsqu'il a arrêté ses séances en période de vacances, les douleurs ont eu tendance à augmenter. Il remarque aussi que ses deux premiers orteils s'enraidissent.

A mon avis, l'utilité des séances de physiothérapie pour le névrome du pied droit est purement antalgique. A mon avis, une neurolyse du nerf lésé est la seule option thérapeutique à prendre pour tenter de soulager les symptômes douloureux de l'avant-pied de Monsieur U._____.

6. Estimez-vous que la situation actuelle est définitive ?

Si une option de traitement chirurgical n'est pas prise par ses médecins traitant, il faut considérer que la situation actuelle sera définitive.

7. Quel est le taux d'incapacité de travail dans la profession exercée ?

L'événement du 10 juillet 2006 est à l'origine d'une incapacité de travail totale du 10 juillet 2006 au 19 octobre 2006. A partir du 20 octobre 2006, la capacité de travail de Monsieur U._____ est complète pour ce qui concerne les suites de l'événement précité.

L'incapacité de travail actuelle de 100% depuis le 14 décembre 2007 est en relation initialement avec la cure chirurgicale des hernies et des varices à droite et continue en raison des troubles vertébraux. Une intervention chirurgicale vertébrale est prévue pour le 29 mai 2009 par le Dr Q._____, neurochirurgien.

8. Compte tenu de son handicap et faisant abstraction de l'âge de l'assuré, quelle autre activité professionnelle pourrait-on raisonnablement exiger de lui ?

La capacité de travail de votre assuré dans un travail adapté, comme celui de dessinateur, est complète pour ce qui concerne les suites de l'événement en cause.

9. L'assuré souffre-t-il, en relation de causalité naturelle avec l'accident du 10.07.2006, d'une atteinte importante (= altération évidente ou grave) et durable (= prévisible qu'elle durera, avec au moins la même gravité, pendant tout la vie) à son intégrité physique ou mentale ?

Selon l'annexe 3 de l'OLAA, aucune atteinte à l'intégrité ne résulte de l'événement du 10 juillet 2006."

Dans un certificat médical intermédiaire du 12 juin 2009, le Dr X._____ pose les diagnostics de cervicalgies, lombalgies, status après hémilaminectomie L4-L5, L5-S1, spondylodèse L3-S1 le 29 mai. Il estime l'incapacité de travail totale.

Le Dr Q._____, dans un certificat médical intermédiaire établi le 7 septembre 2009, pose les diagnostics de lombalgies basses avec syndrome irritatif facettaire douloureux ainsi que cervicalgies sur troubles dégénératifs plurisegmentaires lombaires et cervicaux, un status après décompression canalaire de L3 à L5 ainsi que stabilisation par système postéro-latéral transpédiculaire et interépineux le 29 mai 2009, et un syndrome douloureux au niveau du genou droit, d'origine orthopédique. Il indique en outre ce qui suit :

"L'examen neurologique ne met pas en évidence de déficit sensitivomoteur ou de signe d'irritation de type radiculaire. Syndrome lombovertébral marqué avec contractures douloureuses de la musculature paravertébrale lombaire inférieure. Persiste un syndrome irritatif facettaire aussi bien lombaire bas que cervical, dont la participation au syndrome douloureux demeure encore difficile à préciser par une seule séance comprenant des blocs facettaires."

Le Dr Q._____ estime totale l'incapacité de travail en tant que dessinateur en informatique et pense peu probable vu la persistance des troubles que l'assuré puisse reprendre une activité professionnelle, ceci d'autant plus que le contextes socio-professionnel actuel (durée de l'arrêt de travail, situation sur le marché du travail, âge du patient) agit de manière défavorable sur la reprise d'un travail adapté.

Le 23 mars 2010, le Dr Q._____ écrit ce qui suit :

"Quelle intervention a été réalisée en mai 2009 ?

Décompressions canalaires de L3 à L5 ainsi que stabilisation par système postéro-latéral transpédiculaire et interépineux le 29.05.2009.

Quelle est l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis cette intervention ? Quelle est l'évolution de l'incapacité de travail depuis lors ? (préciser dates et taux)

Bien que l'intervention de mai 2009 ait apporté une amélioration des douleurs lombaires basses, permettant au patient de se tenir plus longtemps en position debout ou assise ou d'avoir moins de troubles lorsque celui-ci se penche en avant ou se relève de la position antéfléchie, persistent des douleurs entraînant des limitations fonctionnelles importantes avec l'augmentation des sollicitations physiques ou la fatigue au niveau de la charnière lombosacrée. Les examens cliniques et par blocs sous amplificateur de brillance parlent pour une insuffisance du segment L5/S1 à l'origine des troubles résiduels. Le patient présente notamment des épisodes douloureux qui traduisent une irritation des facettes articulaires L5/S1 et/ou radiculaire S1 gauche confirmant l'insuffisance mentionnée ci-dessus, dernièrement il y a 1 semaine.

Divers épisodes de cervicalgies qui ont nécessité un traitement par infiltrations sous scopie.

(...)

Quelles sont les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires actuelles que présente l'assuré ?

Lombalgies basses avec syndrome irritatif facettaire douloureux ainsi que cervicalgies itératives sur troubles dégénératifs pluri-segmentaires lombaires et cervicaux. Syndrome douloureux au niveau du genou droit, d'origine orthopédique.

Le patient éprouve des difficultés en raison des douleurs lombaires et dans le genou droit à demeurer un certain temps en position assise ou debout (moins d'1/2 heures). Il est fréquemment réveillé la nuit par les douleurs, cervicales, lombaires et du genou droit. Marche limitée à moins d'une demi-heure. Les trajets en voiture seraient limités à une durée de 30 minutes.

Compte tenu de ces limitations, quelle est sa capacité de travail dans son activité habituelle de dessinateur de machines ?

Le patient estime être capable de travailler environ 2h/j dans son activité habituelle en tant que dessinateur de machines.

Quelle est sa capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée ?

D'un point de vue neurochirurgical la capacité de travail dans une activité adaptée devrait être possible à 30%."

Le Dr J._____, spécialiste en médecine interne, qui a examiné l'assuré dans le cadre de l'assurance-chômage a établi le 26 mars 2010 le certificat médical suivant :

"Le médecin soussigné certifie que, pour des raisons médicales, Monsieur U._____, né le 7.4.1951, est dans l'incapacité de travailler dès le 16.3.2010 pour une durée indéterminée à 75%. Une évaluation est à prévoir dans 3 à 6 mois environ."

La Dresse A._____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR) et ancien médecin chef adjoint en physiothérapie, a examiné l'assuré le 10 juin 2010. Il résulte de son rapport du 29 juin 2010, co-signé par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- Douleurs résiduelles du genou D dans le contexte d'une ancienne lésion complexe, probablement ligamentaire, nécessitant plusieurs interventions avec finalement ostéotomie varisante, puis prothèse totale du genou ddc (M17.3/Z45.9).
- Lombalgies chroniques avec discret déficit sensitivomoteur L5 D dans le cadre de discopathies étagées et status post spondylodèse L4-S1 en mai 2009 (M51.3/Z45.9).
- Cervicalgies dans le contexte de discopathies protrusives étagées (M50.3).

- sans répercussion sur la capacité de travail

- Douleurs résiduelles et déficit d'extension du gros orteil à D suite à un accident en 2006.
- Excès pondéral (BMI=29).
- Hypertension artérielle traitée.

APPRECIATION DU CAS

Cet assuré est donc connu depuis 1985 pour une gonarthrose D suite à une lésion complexe motivant une réadaptation comme dessinateur sur machines, métier qu'il a exercé apparemment avec passion jusqu'à fin 2007. Il est licencié lorsqu'il annonce à son employeur qu'il va devoir se faire opérer aux aines. Puis, en raison de lombalgies permanentes, une spondylodèse L4-L5 est effectuée

en mai 2009, amenant selon l'assuré une amélioration des douleurs de 25%.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'un homme de 59 ans, en bon état général, présentant une légère augmentation de la tension artérielle et un excès pondéral.

Le status ostéo-articulaire montre une bascule du bassin en défaveur de la D avec scoliose correspondante. La mobilité de la colonne cervicale est diminuée et hautement douloureuse. Toute la colonne lombaire est très sensible, parfois même à l'effleurement. On note un déficit sensitif L5 et probablement moteur associé (rotulien D pas obtenu). Ces limitations sont bien expliquées par les données radiologiques qui montrent des discopathies étagées partiellement protrusives, sans compression clairement démontrée ; la spondylodèse L4-S1 est en bonne position. On ne trouve pas de signe en faveur d'une radiculopathie irritative, les déficits sont plutôt anciens et résiduels.

Au niveau des genoux, le status clinique est satisfaisant, il n'y a pas d'épanchement net, la mobilité est bonne, il y a une légère instabilité ligamentaire bilatérale, sans douleur en faveur d'une périarthrite. Radiologiquement, les prothèses sont bien placées, il n'y a aucun signe de descellement. La fonction est bonne avec une démarche en souliers sans boîtiers. Le problème résiduel du gros orteil à D est minime, ne gênant pas l'assuré dans la vie de tous les jours, surtout en portant de bonnes chaussures.

Reste à expliquer la persistance de douleurs importantes étendues et constantes, selon l'assuré très handicapantes. Il se montre très concerné par sa santé, il suit scrupuleusement les consignes de ses médecins qui lui auraient conseillé de changer souvent de position, ce qu'il fait comme seul signe non verbal de douleurs. En présence de 4/5 signes en faveur d'un processus non organique, une majoration des plaintes peut être retenue.

Les différentes atteintes objectives définissent des limitations fonctionnelles contre-indiquant tout travail lourd ou dans des positions vicieuses. L'activité habituelle de dessinateur en machine est cependant adaptée, notamment parce que l'assuré peut changer régulièrement de position et ne doit pas porter de lourdes charges.

Concernant la capacité de travail, l'assuré répète ce que les médecins lui ont dit, qu'il est capable de travailler à 25%. S'il y a bien des limitations fonctionnelles multiples, force est de constater que l'observation clinique et l'examen sont plutôt rassurants nous permettant d'affirmer qu'il pourrait bien travailler à 50%, soit 2 heures par demi-journée. On s'écarte ainsi de l'opinion des médecins traitant, mais il est à souligner que le Dr Q. _____ se réfère au vécu subjectif de l'assuré quand il fixe une capacité de travail de 30% : "l'assuré estime être capable de travailler environ 2 heures/jour dans son activité habituelle" (lettre à l'AI du 31.03.2010). Le médecin conseil du service de l'emploi, le Dr J. _____ fixe l'incapacité de travail à 75%, à réévaluer dans 3-6 mois, sans fournir un status clinique détaillé (certificat médical du 26.03.2010).

Limitations fonctionnelles

Eviter les positions statiques prolongées assises, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux ainsi que les mouvements répétitifs et maximaux de la tête. Le port de charge est limité à 5kg occasionnellement. L'assuré ne peut pas faire de genuflexion à répétition, il ne peut pas s'agenouiller ni se déplacer en terrain inégal. Il ne peut travailler à la chaîne ni sur machine vibrante. L'activité habituelle de dessinateur en machines est tout à fait adaptée.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis le 14.12.2007 (rapport médical du Dr Q._____ du 20.04.2009).

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

100% dès lors, 75% dès décembre 2009 (inscription au chômage).

Basé sur l'anamnèse, l'observation et l'examen clinique de ce jour ainsi que les radiographies à disposition nous estimons que la capacité de travail est de 50%. L'assuré n'ayant plus travaillé depuis fin 2007 pourrait éventuellement profiter de mesures de réinsertion.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 50%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 50% depuis : début 2010"

Dans un rapport SMR du 6 juillet 2010, la Dresse Z._____, retient comme atteinte principale à la santé des lombalgies chroniques avec discret déficit sensitivomoteur L5 droit sur discopathies étagées et status après spondylodèse L4-S1 en 2009 et des cervicalgies sur discopathies protrusives étagées. Comme pathologies associées du ressort de l'AI elle indique des douleurs résiduelles du genou droit post-traumatiques, un status après plusieurs interventions dont une ostéotomie de varisation et mise en place d'une PTG droite en 2005 et un status après mise en place d'une PTG gauche en 2004. Enfin, elle mentionne comme diagnostics associés non du ressort de l'AI des douleurs résiduelles et un déficit d'extension du gros orteil droit post-traumatique, un excès pondéral et une hypertension artérielle traitée. Toujours en se référant à l'examen effectué par la Dresse A._____, elle retient une incapacité de travail entière du 14 décembre 2007 à novembre 2009, de 75% dès décembre 2009 et de 50% dès le début 2010 dans l'activité habituelle comme dans

une activité adaptée. Elle relève que compte tenu de la nature des atteintes et des multiples limitations fonctionnelles qui en découlent, une capacité de travail de 50% (2h par demi-journée) est exigible dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'activité habituelle de dessinateur sur machine étant adaptée, permettant l'alternance des positions et ne nécessitant pas le port de charges lourdes. Elle ajoute que l'assuré n'ayant plus exercé d'activité depuis 2007, il pourrait profiter de mesures de réinsertion.

Le 8 juillet 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou intimé) a adressé à l'assuré un projet d'acceptation d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2008 au 31 mars 2010, puis d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2010. Il retient notamment ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

Dessinateur sur machines auprès de la Maison K. _____ SA, à [...] depuis 1997, vous avez été dans l'obligation de cesser cette activité professionnelle le 14 décembre 2007 pour raisons de santé. C'est donc à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année fixé à l'article 28 LAI précité.

Afin de préciser la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle, dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles, vous avez été examiné par un médecin auprès du Service médical régional AI (SMR) le 10 juin 2010.

Il ressort de l'examen clinique du SMR qu'une capacité de travail de 50% est exigible dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes :

- Éviter les positions statiques prolongées
- Éviter les mouvements répétitifs de la tête
- Port de charges limité à 5kg
- Pas de travail en genuflexion
- Pas de déplacement en terrain inégal
- Pas de travail à la chaîne ni sur machine vibrante

Cette capacité est raisonnablement exigible dès janvier 2010. Force est de constater que l'activité habituelle de dessinateur en machines est totalement adaptée puisqu'elle permet l'alternance des positions et ne nécessite pas le port de charges.

Nous pouvons donc retenir une incapacité de travail de 100% et 75% du 14 décembre 2007 au 31 décembre 2009. Dès janvier 2010, une incapacité de travail de 50% est retenue."

Par courrier du 12 août 2010, l'assuré a fait part à l'OAI de ses objections, contestant notamment la valeur probante du rapport des Drs A. _____ et M. _____.

Il résulte d'une note d'un premier entretien de placement du 29 novembre 2010 avec l'assuré que celui-ci reçoit les indemnités de chômage étant inscrit à l'Office régional de placement (ci-après : ORP) à [...], depuis janvier 2010 (fin de droit d'ici janvier 2011). Il est décrit comme très organisé dans ses recherches d'emploi actuelles et que, structuré, il a semblé posséder de bonnes bases de recherche pour trouver un emploi. Une régularité de contact a été mise en place dans le but notamment de pouvoir avancer avec une possibilité de stage en entreprise.

Dans un rapport final du 4 janvier 2011, une conseillère en réadaptation de l'OAI, indique qu'il serait pertinent de mettre en place une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI dès lors qu'avec un stage pratique en entreprise l'assuré a la possibilité de se former sur le logiciel habituel de l'entreprise. Elle expose qu'il ne peut être envisagé de former l'assuré sur un logiciel adéquat sans un stage en entreprise car selon le bureau où l'assuré pourrait travailler, le logiciel peut changer et qu'actuellement plusieurs sociétés offrent des logiciels qui diffèrent selon les marques d'ordinateurs et les entreprises. Considérant que l'assuré peut travailler à 50% comme dessinateur sur machine, il est renoncé à des mesures d'ordre professionnel. Le 15 février 2011, en complément à ce rapport, cette conseillère a précisé qu'une activité à 50% répartie sur le matin et l'après-midi (2 x 2heures) était tout à fait envisageable, car, après avoir pris des renseignements auprès de deux employeurs, il lui avait été confirmé que le travail d'un dessinateur se faisait pour une tâche et pouvait tout à fait être concilié avec des horaires de 2 heures le matin et de 2 heures l'après-midi. Elle ajoute qu'afin de permettre à l'assuré de récupérer, une pause plus longue peut être envisagée en milieu de journée, cet horaire ayant même l'avantage d'assurer une présence de l'assuré sur la journée complète.

Par décision du 8 février 2011, la caisse de chômage a mis fin au versement des indemnités journalières de l'assuré dès le 3 février 2011, son droit aux prestations de chômage ayant pris fin le 2 février 2011, date à laquelle il avait épuisé son droit aux 260 indemnités journalières.

Par lettre du 15 février 2011, l'OAI a notamment écrit ce qui suit :

"Dans tous les cas, nous considérons que le fait de s'être déjà prononcé au sujet du même assuré en tant qu'expert pour une autre assurance (sur une atteinte bien définie de plus) n'est pas de nature à remettre en cause son impartialité, sauf éléments particuliers bien entendu ; nous précisons à cet égard que le fait que le résultat de la première expertise soit jugé "défavorable" à l'assuré n'est pas en soi un motif permettant de remettre en cause l'impartialité de l'expert. Nous mandatons d'ailleurs régulièrement des médecins s'étant déjà prononcés en tant qu'experts précédemment, en raison de leur connaissance du dossier précisément, ce qui leur permet en outre de juger de l'évolution de l'état de santé. Il ne s'agit donc pas là d'un motif de récusation en soi, et vous n'en faites pas valoir d'autre.

Pour le reste, nous soulignons que le rapport d'examen du SMR remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence pour admettre la valeur probante d'un rapport médical. Nous relevons notamment que le SMR motive ses conclusions, en précisant que "l'observation clinique et l'examen sont plutôt rassurants" et en expliquant les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis du Dr Q._____ (celui-ci tient compte d'éléments subjectifs).

Au plan économique, vous nous reprochez de n'avoir pas évalué le préjudice économique de notre assuré. En réalité, si nous n'avons pas chiffré les montants des revenus avec et sans invalidité, nous avons néanmoins évalué la perte de gain à 50%, considérant que l'assuré serait en mesure de travailler à mi-temps dans son activité habituelle, et donc de réaliser la moitié des gains qui seraient les siens en bonne santé.

S'agissant des éléments qui seraient selon vous de nature à réduire le revenu d'invalidité de M. U._____, nous relevons ce qui suit :

- l'âge n'est en principe pas un facteur dont l'AI doit tenir compte ;
- même si notre assuré présente passablement de limitations fonctionnelles, l'activité habituelle est parfaitement adaptée ;
- votre client ne doit pas changer de métier, mais seulement d'employeur ;

- le fait que notre assuré doive répartir son 50% à raison de deux heures par demi-journée n'est pas un problème dans son métier ; cet horaire aurait même l'avantage d'assurer une présence répartie sur toute la journée.

D'autre part, nous rappelons que votre client a droit à une aide au placement destinée à faciliter sa réinsertion professionnelle."

Par décision du 1^{er} avril 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision et reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2008 au 31 mars 2010 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2010.

B. Par acte du 19 mai 2011, U._____ a recouru contre cette décision en concluant principalement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, et, subsidiairement, à l'allocation d'une rente entière. Il a en outre requis en tant que de besoin la mise en oeuvre d'une expertise médicale et professionnelle.

Le recourant indique tout d'abord ne pas remettre en cause l'octroi d'une rente d'invalidité entière pour la période du 1^{er} décembre 2008 au 31 mars 2010. Il soutient ensuite que le rapport de établi le 29 juin 2010 par les médecins du SMR est dénué de valeur probante des lors qu'il est co-signé par le Dr M._____, lequel avait déjà agi comme expert à la demande de la Compagnie d'assurances X._____ agissant alors comme assureur LAA. Il estime que ledit rapport doit être considéré comme une expertise médicale bidisciplinaire, qu'une partie importante des problématiques discutées dans l'expertise du 3 juin 2009, laquelle lui a été défavorable, se recoupe avec celles débattues dans le rapport du 21 juin 2010 et qu'il n'est pas admissible que le Dr M._____ ait été amené à se prononcer sur le cas du recourant tout d'abord comme médecin expert puis au sein du SMR sans que l'on sache quelle statut il revêt dans cette institution. Il ajoute ne pas avoir été informé au préalable de la participation du Dr M._____. Il estime qu'un médecin qui est intervenu comme expert dans une procédure LAA ne peut plus intervenir valablement par la suite pour le même assuré en tant que médecin du SMR et qu'agir comme le fait l'OAI viole les art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA et

29 Cst. Il est en effet d'avis qu'il ne fait aucun doute que le médecin qui a déjà statué sur le cas d'une personne en qualité d'expert a soit une idée préconçue sur la situation médicale de l'expertisé, soit hésitera vivement à avoir une autre opinion que celle qu'il a défendue alors qu'il était expert, au risque de se contredire. Le recourant fait en outre grief à l'OAI d'avoir retenu le taux d'incapacité de travail de 50% retenu par les médecins du SMR comme taux d'incapacité de gain. Il estime que dès lors qu'il n'a plus travaillé depuis décembre 2007, l'OAI devait faire application de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour déterminer ses revenus avec invalidité et faire application de l'abattement prévu par la jurisprudence. Il estime qu'en ne le faisant pas, l'OAI a fait preuve d'arbitraire.

A l'appui de ses conclusions, le recourant produit un lot de pièces parmi lesquelles les pièces suivantes :

- Un rapport médical initial du 22 novembre 1985 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie, posant les diagnostics de distorsion du genou droit avec suspicion d'une lésion du ménisque interne, status 4 ans après plastie pour le ligament croisé antérieur est pour le compartiment externe, avec fixation de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit. Il mentionne que le traitement ordonné - à savoir une arthroscopie et une méniscectomie interne ainsi que l'ablation d'une agrafe ayant servi pour la plastie ligamentaire au niveau de la joue condylienne externe du genou droit - a eu lieu le 1^{er} novembre 1985.
- Un protocole opératoire signé par le Dr X._____, posant les diagnostics de chondromalacie du 3^e degré du condyle fémoral interne, du 2^e degré du plateau tibial interne et l'articulation fémoro-patellaire, ainsi que du premier degré de l'articulation fémoro-tibiale externe de même que le diagnostic de status six mois après méniscectomie interne subtotale au genou droit. Ce protocole mentionne une

intervention chirurgicale le 21 avril 1986 à savoir une abrasion cartilagineuse au condyle fémoral interne par voie arthroscopique au genou droit.

- Un protocole opératoire signé par le Dr X._____ posant les diagnostics suivants : "décompensation d'une chondromalacie fémoro-tibiale interne au genou droit ; status après abrasion par voie arthroscopique du condyle fémoral interne (avril 1986)". Ce protocole mentionne une intervention le 19 novembre 1986, à savoir "ostéotomie de valgisation à la jambe droite, ostéosynthèse par plaques semi-tubulaires 3 trous, intra-osseuse, avec vis de traction corticale 4.5. Ostéotomie complémentaire diaphysaire du péroné. Fasciotomie de la loge antérieure de la jambe droite."

- Un protocole opératoire signé par le Dr X._____ posant les diagnostics suivants : "status après ostéotomie de valgisation à la jambe droite. Chondromalacie de la trochlée fémorale, du condyle fémoral interne, du 3^e degré. Érosions cartilagineuses des plateaux tibio, surtout l'interne. Névrome cicatriciel d'une branche du nerf péronier superficiel, après ostéotomie diaphysaire du péroné à droite". Ce protocole mentionne une intervention le 24 novembre 1987 à savoir : "chondroplastie condylienne fémorale interne, trochléenne fémorale, par voie arthroscopique au genou droit. Excision d'un névrome superficiel au péroné droit."

- Un protocole opératoire signé par le Dr X._____ posant les diagnostics suivants : "gonarthrose fémoro-tibiale interne. Status après ostéotomie de valgisation de la jambe droite, avec perte de correction, novembre 1986". Ce protocole mentionne une intervention le 28 avril 1988 à savoir : "ablation de la plaques semi-tubulaires 3 trous et

de la vis corticale 4.5, révision de la cicatrice sur le péroné, nouvelle ostéotomie oblique et diaphysaire du péroné et ostéotomie supra-tubérositaire du tibia avec valgisation de 10 bons degrés, nouvelle ostéosynthèse par plaques semi-tubulaires intra-osseuses et vis de traction corticale 4.5."

- Un protocole opératoire signé par le Dr X._____ posant les diagnostics suivants : "status après réostéotomie de valgisation, du tibia droit. Vis corticale de traction, trop longue et douloureuse". Ce protocole mentionne une intervention le 20 juillet 1988 ayant consisté en un raccourcissement de la vis corticale 4.5.

- Un protocole opératoire signé par le Dr X._____ posant les diagnostics suivants : "status après réostéotomie de valgisation pour gonarthrose fémoro-tibiale interne à droite. Synovite. Lésion méniscale interne". Ce protocole mentionne une intervention le 16 décembre 1988 à savoir : "synovectomie partielle, régularisation du bord libre du ménisque interne résiduel, par voie arthroscopique. Ablation d'une plaque et d'une vis au tibia droit."

- Un rapport d'examen médical du 1^{er} juillet 1993 du Dr G._____ qui mentionne notamment ce qui suit :

"Par ailleurs, le genou droit est sec, calme, normalement mobile et je ne retrouve absolument pas l'instabilité importante que le Dr D._____ avait mentionnée dans son rapport du 13.12.1990.

Par ailleurs, j'ai fait retirer des clichés radiologiques de ce genou chez le docteur L._____ qui ne montre pas de progression des lésions arthrosiques.

On peut donc admettre que ce patient présente une amélioration notable de sa situation du point de vue médical.

Ceci dit, il est clair que M. U._____ souffre de séquelles douloureuses, purement sensitives, d'une atteinte du SPE que l'on pourrait peut-être soulager par de petits moyens.

Je souhaiterais, pour cette raison, que notre assuré soit examiné par le Prof. S._____ dont j'attends avec intérêt les observations et propositions thérapeutiques éventuelles."

- Un protocole opératoire signé par la Dresse B._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, qui a procédé le 19 avril 1994 à une exploration et une neurolyse du sciatique poplité externe droit ainsi qu'à une neurolyse fasciculaire d'un névrome en continuité.

- Une décision du 11 novembre 2010 de la CNA, laquelle a estimé que l'atteinte à l'intégrité était de 25%, suite à une aggravation des séquelles accidentelles. Elle a ainsi alloué une IPAI supplémentaire de 10%. S'agissant du droit à la rente, elle a considéré qu'au vu des investigations menées, les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante, les conditions requises pour l'octroi de prestations de rente au sens des articles 16, 7 et 8 LPGA n'étant ainsi pas remplies.

- Une décision sur opposition du 14 janvier 2011 de la CNA admettant partiellement l'opposition, une IPAI de 30% étant allouée et confirmant sa première décision pour le surplus.

Un recours contre cette décision a été déposé par U._____ devant la Cour de céans.

Par réponse du 7 juillet 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il estime que les arguments du recourant ne sont pas apte à objectiver une quelconque partialité du Dr M._____ ni à en donner les apparences mais repose sur des considérations purement subjectives. Il estime en outre que dès lors que l'examen clinique du 29 juin 2010 a conclu à une capacité de travail résiduelle du recourant de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ce qui est le cas de son

activité habituelle, le taux de capacité de travail se confond ici avec le degré d'invalidité.

Dans sa réplique du 26 août 2011, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a en outre requis l'audition des Drs M._____ et X._____ ainsi que la mise en oeuvre d'une expertise médicale et professionnelle pour déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant et qu'il soit requis du SMR une copie du contrat de travail du Dr M._____ ou de tout document fondant la collaboration de ce médecin au sein du SMR. Il a produit une lettre du 28 juillet 2011 du coordinateur emploi de l'OAI dont il résulte que malgré les efforts et le soutien déployé dans le cadre du service de placement depuis le 29 novembre 2010, le coordinateur emploi n'avait pas réussi dans un délai convenable à réintégrer l'assuré. Il informait dès lors le recourant que conformément à leur dernière conversation téléphonique, il devait mettre fin à l'aide au placement accordée par communication du 8 juillet 2010 et déclarait rester à disposition si une possibilité d'emploi venait à se profiler.

Dans sa duplique du 9 septembre 2011, l'OAI a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à continuer à recevoir une rente entière au lieu d'une demi-rente dès le 1^{er} avril 2010.

Pour la période précédant le mois d'avril 2010, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, ce qui ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces médicales au dossier. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la question. Par ailleurs, le recourant ne conteste pas, à juste titre, la fixation du début du droit à la rente au 1^{er} décembre 2008.

3. Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire échelonnée dans le temps, doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C_718/2009 du 4 février 2010, consid. 1.2 ; TF 8C_104/2009 du 14 décembre 2009, consid. 2 ; TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009, consid. 3).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification

sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343, consid. 3.5 et les références citées). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références citées).

Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

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

une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 (art. 16 LPGA).

5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4, 115 V 133, consid. 2, 114 V 310, consid. 2c, 105 V 156, consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel

et bien son contenu (ATF 134 V 231, consid. 5.1, 125 V 351, consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). La présomption d'impartialité de l'expert, ne peut être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376, consid. 6.2, 123 V 175, consid. 4b et 122 V 157, consid. 1c ; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 137 V 210, 135 V 465, consid. 4.6).

6. D'après la jurisprudence, le seul fait qu'un médecin a déjà réalisé une première expertise à un stade antérieur de la procédure administrative n'exclut pas d'emblée sa désignation pour la réalisation d'une nouvelle expertise ou d'un complément d'expertise (ATF 132 V 93, consid. 7.2). La première désignation de l'expert ouvrait déjà, en principe, le droit pour l'assuré de demander sa récusation pour des motifs pertinents, conformément à l'art. 44 LPG, ce qui lui garantissait en principe la désignation d'un expert non prévenu.

Le fait qu'un expert a pris des conclusions défavorables à l'égard d'une partie ne constitue pas un motif de récusation. En revanche, le soupçon de partialité peut reposer sur des jugements de valeurs émis par l'expert, à propos d'aspects essentiels de la personnalité de l'une des parties comme le sexe, l'origine, la race, la religion ou l'orientation sexuelle. Plus généralement, tout jugement de valeur sur la personne paraît critiquable (Jacques Olivier Piguet, Le choix de l'expert et sa récusation, HAVE/REAS 2/2011, p. 132 sv.). L'expert doit s'exprimer de façon neutre et circonstanciée, en s'appuyant sur des constatations d'ordre médical. Il fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos, nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur l'un ou l'autre sujet. Ses déterminations seront rédigées de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective (TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.3, TF I 626/05 du 7 novembre 2006, consid. 3.2.2, TF I 671/02 du 26 juin 2003, consid. 5.2 ; arrêt Casso AI 230/11 du 23 avril 2012).

7. a) En l'espèce, le Dr M._____ a été mandaté par la Compagnie d'assurances X._____, assureur LAA, concernant uniquement l'accident subi par le recourant à son pied droit le 10 juillet 2006. L'expert a conclu à un lien de causalité naturelle certain entre les plaintes du recourant concernant son pied droit et l'événement de juillet 2006. Il a proposé une option thérapeutique à savoir une neurolyse du nerf lésé dans le but de tenter de soulager les symptômes douloureux de l'avant-pied du recourant et retenu que l'accident en cause était à l'origine d'une incapacité de travail totale du 10 juillet 2006 au 19 octobre 2006, la

capacité de travail du recourant étant complète depuis lors. Il a ajouté que l'incapacité de travail actuelle de 100% depuis le 14 décembre 2007 était en relation initialement avec la cure chirurgicale des hernies et des varices à droite et continuait en raison des troubles vertébraux, une intervention chirurgicale vertébrale étant prévue pour le 29 mai 2009 par le Dr Q._____, neurochirurgien. Ainsi, le Dr M._____ n'avait à se prononcer que sur le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'affection du pied droit du recourant. S'agissant de ses autres troubles de la santé, notamment ceux concernant son dos, il s'est référé aux conclusions du Dr Q._____ qui retient une incapacité de travail totale.

Ainsi, il n'y a aucun élément pouvant constituer un motif de récusation du Dr M._____. Le fait qu'il ait été consulté puis ait co-signé le rapport établi par la Dresse A._____ ne saurait porter atteinte à la valeur probante de celui-ci. C'est ainsi à tort que le recourant se plaint d'une violation des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et 29 Cst (constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Enfin, il n'y a dès lors pas lieu de suivre la requête du recourant tendant à la production par l'OAI d'un contrat de travail ou de tout autre document fondant la collaboration du Dr M._____ au sein du SMR.

b) Dans leur rapport, la Dresse A._____ et le Dr M._____ posent les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail à savoir : douleurs résiduelles du genou droit, lombalgies chroniques avec discret déficit sensitivomoteur L5 droit dans le cadre de discopathies étagées et status post spondylodèse L4-S1 en mai 2009 et des cervicalgies dans le contexte de discopathies protrusives étagées. Ils retiennent une majoration des plaintes au vu de la persistance de douleurs importantes étendues et constantes dont fait état le recourant et en présence de quatre sur cinq signes en faveur d'un processus non organique. Ils expliquent que les différentes atteintes objectives définissent des limitations fonctionnelles contre-indiquant tout travail lourd ou dans des positions vicieuses, l'activité habituelle de dessinateur en machine étant adaptée, notamment parce que cette activité permet le

changement régulier de position et ne nécessite pas le port de lourdes charges. Après avoir pris en compte les limitations fonctionnelles, ils ont constaté que l'observation clinique et l'examen étaient plutôt rassurants, ce qui leur permettait d'affirmer que le recourant pourrait travailler à 50%, soit 2 heures par demi-journée dès le début de 2010. Certes, le Dr X. _____ (rapport du 12 juin 2009) retenait une incapacité de travail totale. Il s'est toutefois prononcé alors que le recourant venait de subir une intervention chirurgicale. En outre, à cette date, les Drs A. _____ et M. _____ retenaient également une incapacité de travail entière. Ces praticiens ont expliqué s'être éloignés de l'appréciation du Dr Q. _____ dès lors que celui-ci se référait au vécu subjectif de l'assuré quand il fixait une capacité de travail de 30%. En effet, le Dr Q. _____ (rapport du 7 septembre 2009) retient une incapacité de travail totale du recourant en tant que dessinateur en informatique et pense peu probable, vu la persistance des troubles, que celui-ci puisse reprendre une activité professionnelle, ceci d'autant plus que le contextes socio-professionnel actuel (durée de l'arrêt de travail, situation sur le marché du travail, âge du patient) agit à son avis de manière défavorable sur la reprise d'un travail adapté. De plus, le 23 mars 2010, il se fonde sur les déclarations du recourant qui s'estime capable de travailler environ 2h/j dans son activité habituelle en tant que dessinateur de machines pour retenir une capacité de travail possible de 30%. L'appréciation de la capacité de travail du recourant par le Dr Q. _____ ne peut dès lors être retenue. Il en va de même de celle du Dr J. _____ (attestation du 26 mars 2010), laquelle n'est pas documentée.

c) Le rapport des médecins du SMR contient une anamnèse, fait état des plaintes du recourant et procède d'une étude approfondie du cas de celui-ci (examen clinique et dossier comprenant de nombreux rapports médicaux et clichés radiologiques). Exempt de contradiction, ses conclusions claires et bien motivées, ne sont mises en doute par aucun autre rapport médical. Ce rapport a ainsi valeur probante. Il y a dès lors lieu de retenir que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle s'est améliorée, étant de 50% dès le 1^{er} janvier 2010.

d) La documentation médicale étant complète et permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire par l'audition des Drs X. _____ et M. _____ ou la mise en œuvre d'une expertise comme y conclut le recourant dont la requête doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction au terme d'une appréciation anticipée des preuves, comme en l'espèce, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C_543/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2 et les références citées ; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009, consid. 3 et les références citées).

8. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TF I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse,

il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 ; TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 ; TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 et les références citées). Dans le cas où un changement de profession était nécessaire, le Tribunal fédéral a jugé, que l'on retienne le moment où la modification du droit à la rente prend effet ou le moment de la décision litigieuse, un recourant âgé de 58 ans, respectivement de 60 ans, n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.2.2.2).

En l'espèce, le recourant, né en 1951, était âgé de 59 ans en janvier 2010, date à partir de laquelle il a recouvré une capacité de travail de 50% après une interruption de deux ans et de 60 ans à la date de la décision attaquée. Son état de santé ne nécessite pas un changement de profession. Son poste de travail n'a pas à être adapté. En outre, c'est lors d'un stage pratique en entreprise que les dessinateurs sur machine ont la possibilité de se former sur le logiciel habituel de l'entreprise de sorte qu'une mesure d'ordre professionnel autre que l'aide au placement qui lui a été octroyée n'est pas utile.

Il suit de là que l'activité habituelle exercée par le recourant est raisonnablement exigible. Dans un tel cas, le taux d'incapacité de travail et le taux d'incapacité de gain se confondent, de sorte qu'il n'y a

pas lieu de se référer à l'ESS pour calculer le revenu avec invalidité, ni d'opérer un abattement sur celui-ci comme le voudrait le recourant.

9. a) En conséquence le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; 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 francs (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 (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**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 1^{er} avril 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire, arrêté à 400.- fr, (quatre cent francs) est mis à la charge d'U._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- DAS Protection Juridique SA (pour U. _____),
- 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).

Le greffier :