

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

T. _____, à Echandens, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA; 4 al. 1, 28 et 29 LAI; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après: l'assuré), né le 2 juin 1948, marié et père d'une fille aujourd'hui majeure, mécanicien-ajusteur de formation, a reçu le 6 octobre 1974 un coup de pied d'un joueur au cours d'un match de football. Le 18 octobre 1974, le Dr J._____, de l'Hôpital L._____ a notamment diagnostiqué une rupture du ligament latéral interne du genou droit. Il s'en est suivi une suture du ligament latéral interne, la réparation et la consolidation du ligament croisé antérieur, une méniscectomie interne, et une immobilisation dans une attelle plâtrée puis genouillère plâtrée. L'assuré a encore déploré une légère distorsion du genou droit 8 mois après la plastie ligamentaire latérale interne et la méniscectomie interne et a consulté à la polyclinique de l'Hôpital L._____. Dans son rapport médical établi à l'attention de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) le 3 octobre 1975, le Dr K._____ notait que la capacité de travail était totale.

Selon déclaration d'accident LAA du 26 juin 2000, l'employeur de l'assuré, A._____ SA, a indiqué que celui-ci, en rangeant du matériel dans son jardin le 24 juin 2000, était resté bloqué et son genou droit s'était luxé. Les conclusions du rapport d'IRM du genou droit du 27 juin 2000 du Dr O._____, spécialiste FMH en neuroradiologie et radiodiagnostic, étaient les suivantes: «Arthrose et chondromalacie fémoro-patellaire grade II. Epanchement articulaire modéré et gonarthrose et chondropathie au niveau du compartiment interne et externe. Signes de petites souris articulaires au niveau du récessus supérieur et l'échancrure intercondylienne. Status post-plastie du LCA avec hypersignal hétérogène au niveau du greffon, pouvant correspondre à une déchirure de ce ligament et signes d'une contusion avec tuméfaction de l'insertion postérieure du LCP. Status post-probable méniscectomie partielle externe et signes d'une lésion et déchirure de la corne postérieure du ménisque externe. Pas d'autre lésion décelable.»

L'assuré a subi une ménisectomie et une toilette articulaire du genou droit le 27 juillet 2000.

Le 24 octobre 2000, il a été examiné par le Dr G._____, médecin conseil remplaçant auprès de la CNA. Ce dernier a notamment relevé dans son rapport médical du même jour que cet assuré de 52 ans présentait une arthrose post-traumatique du genou droit, opéré en 1974. Cette situation avait été bien tolérée pendant pratiquement 26 ans. A la suite de l'épisode de blocage spontané du 27 juin 2000, après toilette articulaire par arthroscopie, l'évolution était favorable. La fonction était pratiquement symétrique avec une limitation de flexion d'environ 20° aux deux genoux. Il n'y avait pas d'instabilité ligamentaire, pas de signes méniscaux, quelques signes rotuliens. Le traitement de l'épisode du 27 juin 2000 était actuellement terminé.

Par déclaration d'accident LAA du 12 avril 2001, l'employeur de l'assuré a annoncé une nouvelle rechute, intervenue le 19 janvier 2001, la partie du corps atteinte étant le genou droit. L'assuré était en arrêt de travail dès le 14 février 2001.

A l'occasion d'un consilium d'orthopédie, le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que l'assuré présentait une gonarthrose bilatérale radiologiquement plus marquée à droite qu'à gauche, retenant l'indication à l'implantation d'une prothèse PTG bilatérale. Une prothèse totale de genou des deux côtés a été mise le 27 juin 2001.

Par courrier du 17 octobre 2001, l'employeur de l'assuré a fait savoir à la CNA que le contrat de travail le liant à celui-ci prendrait fin le 31 octobre 2001.

B. T._____ a déposé le 22 janvier 2002 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et à un reclassement dans une nouvelle profession.

Procédant à l'instruction du cas, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a invité le Dr N._____ à compléter un rapport médical concernant l'assuré. Dans son rapport du 25 février 2002 à l'OAI, ce praticien a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de status après prothèse totale de genoux bilatérale le 27 juin 2001 pour gonarthrose. L'incapacité de travail avait débuté le 19 mars 2001 pour une durée indéterminée. Dans l'annexe au rapport médical du même jour, le Dr N._____ notait une limitation de la station debout prolongée ainsi que du port de charges. Une amélioration de la capacité de travail était envisageable avec une alternance entre position debout et assise, en préférant cette dernière et en évitant tout port de charges ou déplacement en terrain irrégulier. L'activité pouvait alors être exercée à 100% sans baisse de rendement.

Dans son rapport médical du 4 mars 2002 à l'OAI, le Dr X._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de prothèses totales des deux genoux le 27 juin 2001 pour gonarthrose bilatérale, excision de l'aponévrose plantaire du pied gauche en novembre 2001 pour récurrence de fibrose plantaire gauche (maladie de Ledderhose), récurrence de maladie de Dupuytren des deux mains surtout à droite et sigmoïdectomie programmée pour fin avril 2002 suite à une diverticulite. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 14 février 2001 pour une durée indéterminée. Il estimait que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, qu'il y avait une diminution de rendement, mais que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, à déterminer en fonction de l'évolution.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 13 mars 2002, l'assuré avait travaillé en qualité de superviseur dans le département de réglage optique des instruments auprès d'A._____ SA du 4 janvier 1971 au 31 octobre 2001. Son dernier jour de travail effectif avait été le 19 janvier 2001. Son salaire au 1^{er} janvier 2001 s'élevait à

6'855 fr., servi 13 fois l'an. En 1999, son salaire annuel avait été de 87'865 fr., et de 90'786 fr. en 2000.

L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, Dr S._____, spécialiste FMH en chirurgie, le 16 avril 2002. Dans son rapport du même jour, ce médecin a observé qu'objectivement, les genoux présentaient un léger épanchement et étaient un peu chauds; ils avaient également un peu de jeu, sans que l'on puisse parler d'instabilité. Il notait qu'un séjour à la Clinique D._____ à [...] serait sûrement profitable.

Par courrier du 29 avril 2002, le Dr H._____, spécialiste FMH en chirurgie générale, a informé la CNA que son patient présentait une diverticulose sévère du côlon avec un rétrécissement important au niveau du sigmoïde même, et que dans ce contexte, il fallait prévoir une résection du sigmoïde. Cette opération a eu lieu le 21 mai 2002.

L'assuré a séjourné auprès de la Clinique D._____ du 6 novembre au 17 décembre 2002. Durant cette période, sa capacité de travail était de 0%. Selon l'avis de sortie du 16 décembre 2002, les diagnostics étaient ceux de thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1), de prothèses de genoux sur gonarthrose bilatérale (M 17.9) et de maladie de Ledderhose du pied gauche (M 72.2). Sa capacité de travail était entière dès le 18 décembre 2002.

Les Drs Q._____ et M._____, spécialistes FMH en radiologie, ont effectué un RX des genoux de l'assuré. Dans leur rapport médical au Dr V._____ du 8 novembre 2002, il ont relevé un remaniement post opératoire au niveau des deux rotules, ainsi qu'une Patella Baja bilatérale avec un index à 2 (norme entre 0,8 et 1,2).

Dans leur rapport médical à la CNA du 3 janvier 2003, les Drs Z._____ et F._____ de la Clinique D._____ ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) et les diagnostics secondaires de prothèse de genoux bilatérale sur gonarthrose

avancée (intervention du 28 juin 2001 [recte: 27.6.01]) (M 17.9) et de maladie de Ledderhose avec intervention sur l'aponévrose plantaire gauche le 19 novembre 2001 (M 72.2). Ils retenaient comme comorbidités une hypertension artérielle essentielle traitée (I 10). Ces praticiens ont notamment relevé ce qui suit:

«Ce patient de 54 ans a été opéré d'une prothèse bilatérale de genoux le 28.06.2001 [recte: 27.6.01] dans le cadre d'une gonarthrose évoluée. Dans les semaines qui ont suivi l'intervention, la reprise de la marche est retardée par une intervention sur l'aponévrose plantaire du pied G (19.11.2001) puis par la survenue d'une crise de diverticulite nécessitant une résection colique partielle (mai 2002).»

Ils ont en outre posé que la capacité de travail était de 100% actuellement dans la profession de réglleur optique, en précisant que l'assuré avait un projet personnel de reconversion dans le domaine de l'hôtellerie et de la restauration.

Dans leur rapport médical du 7 février 2003 à la CNA, les Drs R._____, chef de clinique traumatologie-orthopédie, et B._____, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont noté que subjectivement, on rencontrait des douleurs importantes de type mécanique à la marche. Ces médecins étaient d'avis que vu la symptomatologie présentée par le patient, une reprise du travail à 100% pour l'ancienne activité restait pour l'instant exclue.

Selon rapport médical du 17 février 2003 des Drs C._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en pneumologie, et P._____, l'assuré a séjourné du 12 au 17 janvier 2003 dans le service de médecine de l'Hôpital L._____ en raison d'une pyélonéphrite gauche. Ces médecins posaient en outre les diagnostics secondaires d'hypertension artérielle récente et d'éthylisme chronique, relevant à cet égard que le patient était dans le déni de la gravité des conséquences de sa consommation et avait refusé de s'entretenir avec un représentant de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme.

Dans un courrier du 24 février 2003 au Prof. E._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr S._____ priait ce dernier d'examiner l'assuré. Il notait qu'il avait constaté à l'examen clinique que la démarche était saccadée et qu'il y avait une espèce de cliquetis audible des genoux. Il lui semblait qu'il y avait une laxité anormale des genoux, mentionnant l'éventualité d'un changement de prothèses.

C. Par décision du 6 juin 2003, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2002 au 28 février 2003 (soit après trois mois d'amélioration de son état de santé), retenant que depuis le 14 février 2001, sa capacité de travail était considérablement restreinte, mais qu'il avait retrouvé une capacité de travail totale dès le 17 décembre 2002, si bien que son degré d'invalidité était nul depuis lors.

Le 19 juin 2003, l'assuré a formé opposition à cette décision, en contestant présenter une capacité de travail de 100%.

A la suite de malaises, l'assuré a été hospitalisé à l'Hôpital L._____ du 10 au 12 septembre 2003.

Le 29 novembre 2003, il a été examiné par le Prof. E._____. Selon le rapport médical de ce dernier du 3 décembre 2003, l'assuré a été opéré d'une maladie de Dupuytren des deux mains à plusieurs reprises entre 1988 et 1999 et en 2001 de l'aponévrose plantaire gauche. Par ailleurs, il a été opéré des varices à droite en 1999 et a subi en 2002 une colectomie gauche partielle pour diverticulite. L'assuré se plaignait d'un sentiment d'insécurité à la marche, notamment à la descente et à la montée des escaliers avec des douleurs globales des deux genoux permanentes, aussi bien au repos assis ou couché, qu'à la marche. Il se sentait d'autant mieux qu'il portait des genouillères dont il avait l'impression qu'elles stabilisaient ses genoux. Le patient avouait 6 dl de vin par jour. Pour le Prof. E._____, le problème de l'assuré dépassait largement ses problèmes de prothèses de genoux.

Le 4 mars 2004, l'assuré s'est cassé le bras gauche à l'occasion d'une chute. Le cas a été annoncé à la CNA.

Le rapport de consultation du Prof. E. _____ du 16 mars 2004 avait la teneur suivante:

«J'ai reçu tout le dossier de M. T. _____ qui montre qu'il a beaucoup de comorbidités, notamment un éthylisme chronique et une cervicarthrose C1-C3. Un examen neurologique détaillé du 13 octobre 2003 fait par le Dr F.F. _____ montre des petits troubles d'origine cérébelleuse avec une discrète instabilité à la marche. C'est ce que j'avais constaté lors de mon status. Compte tenu du status objectif des genoux, des RX et de l'ensemble du tableau clinique, je ne pense pas que ses lâchages et cette gêne au niveau des genoux soient en relation avec les prothèses elles-mêmes. En tout cas je suis persuadé qu'une reprise chirurgicale n'améliorerait pas la situation.»

Le Dr S. _____ a examiné l'assuré le 25 juin 2004. Dans son rapport médical du même jour, il a relevé que l'assuré avait bénéficié de la mise en place d'une prothèse totale de genou des deux côtés le 27 juin 2001, avec un résultat qui n'était pas entièrement satisfaisant avec des rotules basses et une laxité un peu inhabituelle après PTG. Le médecin d'arrondissement notait à cet égard que le patient présentait également des troubles neurologiques d'origine cérébelleuse avec une discrète instabilité à la marche, probablement dans le cadre d'un éthylisme chronique qui n'arrangeait pas les choses. S'agissant de l'avant-bras gauche, il estimait la situation un peu préoccupante, puisqu'il y avait manifestement un retard de consolidation et une instabilité du montage avec une vis dans le foyer de fracture.

Dans son rapport médical intermédiaire du 27 juin 2004, la Dresse R.R. _____ diagnostiquait une fracture du cubitus gauche au tiers proximal ostéosynthésée le 5 mars 2004.

Dans son courrier du 14 décembre 2004 au Dr S. _____, le Dr W. _____, spécialiste FMH en chirurgie, a relevé que le retard de consolidation était en train de s'arranger.

Dans son rapport médical intermédiaire du 22 février 2005, le Dr I. _____ diagnostiquait une pseudarthrose du cubitus gauche.

Dans leur avis médical du 9 mai 2005, les Dresses U. _____, médecine physique, et Y. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en pneumologie, du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) ont relevé que la situation de l'assuré était complexe et qu'il était indispensable d'organiser un examen pluridisciplinaire au SMR.

L'assuré a été convoqué à un examen clinique bidisciplinaire auprès du SMR et examiné le 14 juillet 2005 par le Dr A.A. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et rhumatologie, et la Dresse B.B. _____, spécialiste FMH en pathologie et psychiatrie-psychothérapie. Dans leur rapport du 18 août 2005, ces médecins ont posé, avec répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de gonalgies bilatérales dans les suites de prothèses totales des genoux, de cicatrice hypertrophique et adhérences sur l'aponévrose plantaire gauche, de retard de consolidation d'une fracture du tiers proximal du cubitus gauche et de polyneuropathie des membres inférieurs d'étiologie toxo-carentielle probable (OH). Ces médecins ont relevé qu'avant la fracture du coude gauche le 5 [recte: 4] mars 2004, l'incapacité de travail était inférieure à 20%. Cette fracture avait entraîné une incapacité de travail totale du 5 mars 2004 au 30 novembre 2004, date de l'évaluation du Dr W. _____ montrant une évolution favorable. A ce moment, une reprise d'activité professionnelle était exigible à 50% puis à 75% à partir du 10 février 2005. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes:

«Membre supérieur gauche - limitation transitoire jusqu'en octobre 2005: diminution de force de préhension; fatigabilité lors de travaux nécessitant une activité bi-manuelle. Port de charges limité à 10 kg.
Genoux: incapable de travailler à genoux, travailler accroupi; difficultés lors de travail statique au-delà d'une heure.
Polyneuropathie des membres inférieurs: incapable de monter une échelle, sur des escabeaux.»

Concernant la capacité de travail exigible, les Drs A.A. _____ et B.B. _____ relevaient ce qui suit:

«Le retard de consolidation de la fracture du cubitus gauche et l'atteinte des MI limitent actuellement la capacité de travail dans l'activité habituelle à 75%; on peut s'attendre après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et consolidation osseuse [que] l'assuré retrouve la fonction de son membre supérieur et qu'une capacité totale de 85% soit à ce moment exigible. Les douleurs persistantes sur l'aponévrose plantaire gauche, les douleurs lors d'activité en charge ou en flexion de genoux dans le contexte de la double prothèse de genoux, la polyneuropathie des MI, diminuent sa capacité de 15%.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle: actuellement 75%, 85% après AMO et consolidation osseuse du cubitus gauche.

Dans une activité adaptée: idem. L'activité professionnelle effectuée jusqu'à son arrêt de travail (mécanicien-ajusteur dans la spectrométrie) est considérée comme adaptée et peu contraignante.»

Dans son rapport d'examen du 24 août 2005, la Dresse U. _____ du SMR a conclu que l'assuré présentait des gonalgies résiduelles après pose d'une prothèse totale du genou bilatérale sans explication objective et que de ce point de vue là, l'assuré était absolument capable de continuer son travail habituel. La fracture du coude avait cependant diminué cette capacité de travail considérablement, la consolidation ayant été retardée mais évoluant favorablement. La Dresse U. _____ notait que l'assuré pouvait reprendre son activité habituelle à 75%, et très probablement à 85% en automne 2005.

D. Par décision sur opposition du 1^{er} décembre 2005, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré et a maintenu sa décision. En substance, il a retenu que les conclusions du SMR remplissaient les critères posés par la jurisprudence pour avoir pleine valeur probante, que l'examen clinique a confirmé l'appréciation faite lors de son séjour à la Clinique D. _____, soit une capacité de travail de 100% depuis le 17 décembre 2002, qu'aucune atteinte nuisant à sa capacité de travail au plan psychiatrique n'a été mise en évidence, que la chute du 4 mars 2004 a entraîné une incapacité de travail totale du 4 mars au 30 novembre 2004, date dès laquelle une reprise d'activité était exigible à 50%, puis à 75% depuis le 10 février 2005. A l'échéance du délai de carence, en mars 2005, il ne présentait plus qu'une incapacité de travail de 25% dans son

activité habituelle ainsi que dans toutes autres activités adaptées. Son incapacité de travail étant la même dans n'importe quelle activité, elle se confondait avec son incapacité de gain, et il n'était donc pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus réalisables avec ou sans atteinte à la santé pour déterminer son taux d'invalidité qui se montait à 25%, taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

E. Par acte du 19 décembre 2005, T. _____ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances (désormais Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal). En substance, il conteste pouvoir reprendre une activité à 75% au moins, expliquant notamment souffrir en permanence soit des genoux, soit du pied, ne pouvoir regarder en l'air ou se tourner brusquement sans perdre l'équilibre, ni pouvoir rester debout ni assis trop longtemps.

Dans sa réponse du 2 février 2006, l'OAI propose le rejet du recours.

Le Dr S. _____ a procédé à l'examen médical final de l'assuré le 7 février 2006. Il a notamment relevé dans son rapport du même jour que le patient avait repris le travail à 50% dès le 14 août 2000 et en plein dès le 21 août 2000, et qu'il s'était réannoncé en avril 2001. Sous la rubrique «appréciation» de son rapport, il a observé ce qui suit:

«Actuellement, si la fracture du cubitus gauche est guérie avec quelques douleurs résiduelles, force est d'admettre que la limitation fonctionnelle des membres inférieurs n'est ni vraiment éclaircie, quant à son étiologie, ni franchement quantifiée quant à ses répercussions, notamment en termes de capacité de travail, même si des facteurs sortant du champ médical jouent probablement un rôle important dans cette évolution très défavorable au plan subjectif, puisque le patient se présente maintenant comme un invalide.

Une évaluation stationnaire et multidisciplinaire à la Clinique D. _____ s'impose.

Le patient est d'accord avec cette mesure.»

Par écriture du 21 février 2006, le recourant informe la Cour qu'il séjournera à nouveau à la Clinique D. _____ à partir du 21 février 2006.

L'assuré a séjourné du 21 février 2006 au 17 mars 2006 auprès de la Clinique D._____. Les diagnostics à la sortie étaient ceux de prothèse de genoux bilatérale sur gonarthrose évoluée, le 28 juin 2001 (M 17.9; Z 98.8), de maladie de Ledderhose gauche opérée le 19 novembre 2001 (M 72.2; Z 98.8), de fracture du tiers proximal du cubitus gauche le 4 mars 2004 ostéosynthésée et ablation du matériel d'ostéosynthèse le 25 octobre 2005 (T 92.1; Z 98.8), omarthrose gauche (M 19.8), arthrose cervicale et lombaire (M 47.8), abus d'alcool (F 10.1) et hypertension artérielle traitée et contrôlée (I 10). La capacité de travail avait été de 0% du 18 mars 2006 au 26 mars 2006, et de 50% dès le 27 avril 2006.

Dans leur rapport du 27 mars 2006, les Drs C.C._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et D.D._____, médecin assistant, de la Clinique D._____ ont notamment relevé que compte tenu des différentes atteintes orthopédiques présentes (prothèses de genoux bilatérales, syndrome rotulien associé des deux côtés, omarthrose débutante gauche et arthrose du rachis cervical dorsolombaire), on pouvait exiger une capacité professionnelle de 50% au moins dans un travail semi-sédentaire adapté, permettant l'alternance de positions assise et debout, les déplacements et évitant le port de charges lourdes. Un travail de bureau par exemple pourrait convenir. Sur la base des renseignements obtenus, seule la gonarthrose droite était la conséquence d'un traumatisme. Les troubles dégénératifs autres étaient de nature malade. Ces médecins observaient que la réinsertion professionnelle risquait cependant d'être difficile, compte tenu d'un contexte d'intoxication éthylique chronique chez un patient persuadé par ailleurs qu'il ne pouvait pas reprendre d'activité professionnelle au-delà de 25%, cela même dans une activité adaptée et semblant donc s'orienter vers un processus d'invalidation.

La CNA a décidé de mettre en œuvre une expertise orthopédique et a désigné en qualité d'expert le Dr E.E._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

Par courrier du 21 septembre 2006, Me Nordmann, mandaté par le recourant, a sollicité une suspension de cause dans la mesure où la CNA allait faire procéder à une expertise par le Dr E.E._____. Le 12 octobre 2006, l'OAI a indiqué ne pas avoir d'objection à ce que la cause soit suspendue jusqu'à la connaissance de l'avis du Dr E.E._____.

Par ordonnance du 25 octobre 2006, la juge instructrice a ordonné la suspension de l'instruction du recours jusqu'au dépôt du rapport d'expertise ordonné par la CNA.

Le Dr E.E._____ a examiné l'assuré le 16 février 2007. Dans son rapport du 23 mars 2007, ce praticien a observé que les plaintes principales concernaient ses membres inférieurs des deux côtés, la deuxième plainte son pied gauche, la troisième son épaule gauche, et la quatrième plainte sa nuque. Les diagnostics posés étaient les suivants:

- «- Status après rupture du ligament latéral interne, désinsertion subtotale du ménisque interne, rupture partielle du ligament croisé antérieur, contusion latérale externe et bursite prérotulienne du genou droit suite à un traumatisme survenu le 17.10.1974,
- Status après arthrotomie interne du genou droit pour réparation du ligament croisé antérieur, méniscectomie interne et suture du ligament latéral interne le 11.10.1974,
- Status après lissage des zones de chondropathie diffuse des trois compartiments du genou droit, résection subtotale du ménisque externe dégénératif et résection partielle du Hoffa par arthroscopie du 27.07.2000,
- Status après mise en place d'une prothèse totale du genou droit pour gonarthrose secondaire le 28.06.2001,
- Status après transposition de la tubérosité tibiale antérieure du genou gauche à deux reprises par le Dr K._____ en 1985 et 1990,
- Arthroscopie de nettoyage du genou gauche par le Dr S.S._____ en 1998,
- Status après mise en place d'une prothèse totale du genou gauche le 28.06.2001 pour gonarthrose primaire,
- Status après fracture du tiers proximal du cubitus gauche survenu le 04.03.2004,
- Status après ostéosynthèse de la fracture du tiers proximal du cubitus gauche le 05.03.2004 ayant abouti à un retard de consolidation,
- Status après AMO du cubitus gauche le 25.10.2005 avec récupération fonctionnelle quasi complète et absence de plaintes significatives,
- Omarthrose gauche entraînant une capsulite rétractile surtout en abduction, probablement d'origine primaire puisqu'aucune

- confirmation de véritable luxation n'a pu être mise en évidence,
- Maladie de Lederhose gauche opérée le 19.11.2001,
 - Maladie de Dupuytren bilatérale ayant entraîné à droite une opération à deux reprises en 1998 et 2000, associée la première fois à une cure de tunnel carpien,
 - Ataxie cérébelleuse stato-kinétique et polynévrite sensitive modérée sensitive de type axonale d'origine éthylique vraisemblable,
 - Ethylisme chronique,
 - Cure de varices de la jambe droite en 1996,
 - Hypertension artérielle traitée depuis 1999,
 - Sigmoidectomie suite à une diverticulite aiguë en juin 2002,
 - Pyélonéphrite gauche traitée sans séquelles par hospitalisation en janvier 2003,
 - Cervicarthrose avec douleurs et limitation fonctionnelle essentiellement de C1 à C3, mise en évidence en 2003 et traitée depuis lors par physiothérapie,
 - Correction de la paroi nasale gauche pour malformation en 2005.»

Le Dr E.E. _____ a encore relevé ce qui suit:

«En conclusion, sur le plan orthopédique, compte tenu de la mise en place d'une prothèse totale du genou droit et d'une ostéosynthèse du coude gauche, il n'y aura pas de retour à un statu quo sine possible. Pour ces deux articulations on se trouve devant une aggravation durable.

Par contre, sur le plan professionnel, les atteintes traumatiques dues aux deux événements accidentels ne justifient pas en l'état une incapacité de travail.

Il est clair que le patient a dû subir la mise en place d'une prothèse totale du genou droit mais dans son ancienne activité de mécanicien ajusteur dans l'entreprise A. _____ SA, il aurait pu, vraisemblablement, continuer son travail à plein temps. Je rappelle qu'il était assis le tiers du temps, debout un autre tiers et se déplaçait le tiers du temps restant. [...] La seule restriction qu'on peut éventuellement admettre est le fait qu'il devait soulever environ nonante fois par jour un couvercle pesant près de 20 kg. Si cela implique beaucoup de flexion des genoux, il est clair qu'au vu de la prothèse à droite, cette activité, vraisemblablement, aurait dû être effectuée de manière différente ou supprimée.

De toute façon, compte tenu que le patient a été licencié, cette discussion concernant son ancienne activité, n'a plus vraiment de raison d'être.

On doit plutôt discuter maintenant d'une capacité exigible en relation avec les deux pathologies accidentelles. A mon avis, si le patient n'avait que ces problématiques, n'importe quelle activité à l'établi en tant que mécanicien ajusteur, aurait été possible à 100%, pour autant que le patient puisse bouger de temps en temps et qu'il n'ait pas de charges lourdes (supérieures à 10 kg) à porter de manière répétitive. Il est clair également que toutes les activités de bureau, de greffier ou de surveillance d'écran, voire de machines, pour autant qu'elle ne se passe pas en permanence debout, serait aussi possible à plein temps. [...] Compte tenu du déni de

reconnaissance de cet éthylisme, on ne peut espérer réussir une désintoxication. [...] Finalement, en ce qui concerne l'IPAI, selon la table 5 de la SUVA, on se trouve dans le cadre d'un status après prothèse totale du genou. Ceci représente entre 20 et 40% d'IPAI. La valeur élevée correspond à un mauvais résultat après prothèse. Si c'est bien le cas dans cette situation, on ne peut cependant en tenir compte, car le mauvais résultat n'est pas dû à un problème mécanique lié à la prothèse mais à une pathologie concomitante neurologique due à l'éthylisme. C'est pourquoi, comme il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire ni de signes de descellement de la prothèse, que la fonction est correcte et que la marche n'est pas vraiment entravée, sur le plan orthopédique, cette IPAI doit se rapprocher plutôt d'un status après arthroplastie avec bons résultats. C'est pourquoi, personnellement, je choisirais plutôt la valeur correspondant à 20%.»

L'assuré a annoncé le 13 avril 2007 que son genou droit avait lâché le 29 mars 2007 et qu'il avait lourdement chuté.

Dans son rapport médical du 14 mai 2007, le Dr X._____, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué une distorsion du genou droit, l'incapacité de travail étant de 100% dès le 29 mars 2007.

Par courrier du 22 mai 2007, le Dr N._____ s'est adressé à l'avocat de l'assuré pour lui faire savoir que du point de vue des genoux, la capacité de travail serait de 50% avec un rendement situé entre 50 et 100%, relevant que le patient présentait certainement une incapacité de travail totale liée à ses autres comorbidités orthopédiques (colonne cervicale, épaule gauche, bras gauche, genou gauche, pied gauche) ainsi que neurologique.

Interpellé par la CNA, le Dr N._____ lui a fait savoir le 23 juillet 2007 que le patient avait chuté sur le genou droit le 29 mars 2007. Du point de vue de la contusion, le status quo ante était certainement rétabli. Toutefois, ce patient nécessitait un traitement à long terme pour entretien de la musculature du quadriceps au vu d'une insuffisance chronique de celui-ci, raison pour laquelle un contrôle était prévu courant août.

Dans son rapport médical du 3 août 2007 à la CNA, le Dr X._____ notait que depuis le séjour à la Clinique D._____, la situation s'était, anamnestiquement, aggravée.

La CNA a interpellé par écrit le Dr E.E._____ afin qu'il lui indique s'il maintenait que pour les seules séquelles accidentelles, l'assuré aurait été en mesure d'exercer son activité à 100%. Le Dr E.E._____ lui a répondu par courrier du 5 septembre 2007 que sur le plan strictement médical, l'ancienne activité exercée par le patient aurait pu se faire quasiment à 100% en ce qui concerne les séquelles accidentelles mais en précisant que pour ce qui était de l'usure de la prothèse du genou, cette activité n'aurait pas été tout à fait idéale. Dans ce contexte, une réduction de 25% de la capacité, pour permettre au patient de soulager son membre inférieur s'il était vraiment beaucoup debout, pouvait se justifier.

Par courrier du 11 octobre 2007, Me Nordmann, pour le recourant, a produit le rapport médical du Dr E.E._____ du 23 mars 2007, le rapport du Dr N._____ du 22 mai 2007 et celui du Dr X._____ du 23 mai 2007. Il a proposé que la suspension soit prolongée jusqu'à ce que la position définitive de la CNA soit connue.

L'assuré a subi le 1^{er} novembre 2007 un ENG des membres inférieurs. Selon le rapport du Dr F.F._____, spécialiste FMH en neurologie, les paramètres neurographiques aux membres inférieurs montraient des latences distales motrices et des amplitudes motrices dans les limites de la norme. Les ondes F étaient légèrement prolongées. Pour ce qui était des potentiels sensitifs, ils n'étaient pas obtenus des deux côtés (nerf sural). Ces anomalies étaient compatibles avec une neuropathie axonale à nette prédominance sensitive.

Par ordonnance du 14 novembre 2007, la juge instructrice a prolongé la suspension de l'instruction du recours jusqu'à communication par la CNA de sa décision, le recourant étant invité à la produire à réception.

Par courrier du 11 février 2008 à l'avocat du recourant, le Dr N. _____, qui indiquait l'avoir revu en contrôle le 25 janvier 2008, relevait que par rapport à son courrier du 22 mai 2007, il n'y avait pas de changement significatif dans les diagnostics ni dans les propositions thérapeutiques.

Par courriel du 17 juin 2008 à la CNA, l'assuré a indiqué que le 15 juin 2008, en descendant les escaliers, son genou gauche avait lâché.

Le Dr S. _____ a examiné l'assuré le 21 octobre 2008. Dans son rapport médical du même jour, il a relevé qu'à l'occasion de sa chute du 15 juin 2008, le patient avait présenté une fracture de la base du deuxième métacarpien de la main gauche. Le traitement était resté conservateur et une pleine capacité de travail lui avait été reconnue dès le 15 septembre 2008. Le Dr S. _____ estimait qu'il n'y avait pas de séquelles identifiables de l'accident du 15 juin 2008.

Par décision du 5 novembre 2008, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité fondée sur un taux de 43% dès le 1^{er} octobre 2008, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 20% pour l'accident du 6 octobre 1974. L'assuré a formé opposition à cette décision le 28 novembre 2008, opposition qu'il a retirée le 10 mars 2009.

Le 2 mars 2009, le Dr X. _____ a adressé un courrier au conseil de l'assuré, dans lequel il posait les diagnostics suivants:

«Diagnostics liés à un accident:

- Accident de sport avec atteinte des ligaments croisés et des ménisques du genou droit en 1974. Ménisectomie externe du genou droit et toilette articulaire en 2000. Arthrose du genou droit consécutive à cet accident?
- Fracture du tiers proximal du cubitus gauche traité par ostéosynthèse en 2004. Ablation de matériel d'ostéosynthèse en 2005.
- Fracture du 2^{ème} métacarpien et du scaphoïde de la main gauche en juin 2008.
- Contusion du genou gauche sur chute en juin 2008.

Diagnostics liés à une maladie:

- Gonarthrose bilatérale. Status après prothèses totales des genoux en 2001. Amyotrophie des quadriceps des deux côtés. Laxité ligamentaire des deux genoux. Gonalgies bilatérales.
- Douleurs séquellaires de la plante du pied gauche après cure chirurgicale de maladie de Ledderhose en 2001.
- Cervicarthrose.
- Omarthrose gauche.
- Rhizarthrose gauche.
- Ethylisme.
- Hypertension artérielle traitée.
- Maladie de Dupuytren débutante bilatérale.
- Instabilité à la marche, liée à l'atteinte orthopédique, à une polyneuropathie, à un syndrome cérébelleux statique, d'étiologie toxico-carentielle.
- Status après résection segmentaire du sigmoïde en 2002 après poussée de diverticulite sténosante.»

S'agissant de l'estimation de la capacité de travail, le Dr X. _____ relevait encore:

«Les conclusions des rapports de la Clinique D. _____ du 27.03.2006 et du Dr N. _____ du 22.05.2007, sont tout à fait d'actualité. En comparant le rapport de physiothérapie de mars 2006, les capacités fonctionnelles actuelles sont tout à fait superposables. Le Dr N. _____, dans le rapport qui vous est adressé en date du 22.05.2007, sous chiffre 6, pense «qu'une incapacité de travail de 100% est donnée». Cette situation n'a pas évolué depuis cette époque. Lors de la consultation du 27.02.2009, le patient confirme la présence de douleurs au niveau du pied gauche, des deux genoux, des épaules, de la colonne cervicale, de la main gauche. Ces affirmations sont tout à fait superposables aux plaintes décrites au cours de ces dernières années. [...] Toute reprise d'une activité professionnelle me semble impossible. Je sais que les assurances déclarent des capacités de travail dans des activités adaptées, mais, dans le monde du travail actuel, j'estime que la possibilité de M. T. _____ de retrouver un travail est nulle.»

Dans leur avis médical du 3 avril 2009, les Drs G.G. _____, spécialiste FMH en chirurgie, et H.H. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, ont relevé que l'expertise du Dr E.E. _____, quoique bien conduite, n'était pas absolument complète, puisqu'elle ne mentionnait ni ne commentait l'examen pluridisciplinaire au SMR du 14 août 2005. L'expert se situait en outre toujours dans la perspective des conséquences des événements accidentels. Il n'ignorait pas l'existence de pathologies malades mais ses conclusions étaient formulées par rapport aux événements traumatiques. Il en arrivait ainsi à admettre une exigibilité de 100% dans une activité adaptée. Quant au rapport du Dr N. _____ du 22 mai 2007, il admettait une exigibilité théorique «de 50%

avec un rendement situé entre 50 et 100%», soit une capacité de travail effective de 25-50%. Le Dr N. _____ ajoutait qu'il ne s'agissait que d'une estimation théorique au vu des limitations de la colonne cervicale. Plus loin (chiffre 6), il énonçait «qu'au vu des nombreux problèmes médicaux (...) une incapacité de travail de 100% est donnée». Les Drs G.G. _____ et H.H. _____ relevaient que cette affirmation n'était pas étayée par des limitations objectives, le Dr N. _____ admettant qu'il ne s'était jamais occupé de la pathologie du membre supérieur gauche. Les médecins du SMR étaient d'avis qu'il ne pouvait donc pas avoir une vision d'ensemble des capacités réelles de l'assuré. Sous chiffre 8, il déclarait adhérer aux conclusions de l'expertise du Dr E.E. _____ (sauf en ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité); or le Dr E.E. _____ concluait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant du rapport du Dr X. _____, les Drs G.G. _____ et H.H. _____ observaient qu'il reprenait les diagnostics énoncés dans l'expertise du Dr E.E. _____ pour conclure à une incapacité de travail totale dans toute activité sans argument objectif. Finalement les Drs G.G. _____ et H.H. _____ notaient que la position des Drs A.A. _____ et B.B. _____ au terme de leur examen conjoint du 14 juillet 2005 n'était pas en contradiction avec l'expertise du Dr E.E. _____, puisqu'ils concluaient à une exigibilité de 75%, tenant compte de l'ensemble des pathologies de l'assuré, traumatiques et malades.

Dans ses déterminations du 8 avril 2009, l'OAI préavise pour le rejet du recours. Il y a joint une copie de l'avis médical du SMR du 3 avril 2009 auquel il se rallie.

Dans ses observations complémentaires du 5 mai 2009, le recourant, par son conseil, explique qu'il a droit à une rente entière d'invalidité depuis janvier 2001, dès lors que la demande de rente a été déposée le 22 janvier 2002, avec suite de frais et dépens.

Par ordonnance du 28 août 2009, la juge instructrice a relevé que l'instruction sur le plan médical devait être complétée. Par courrier du

22 octobre 2009, elle a indiqué qu'elle entendait désigner le Bureau d'expertises K.K._____.

Dans un courrier du 14 septembre 2009 au Dr X._____, le Dr I.I._____, spécialiste FMH en neurologie, a relevé ce qui suit après avoir examiné l'assuré le même jour:

«[...] du point de vue strictement neurologique, je pense que l'on peut sans autre confirmer la présence d'une polyneuropathie dont l'étiologie est possiblement toxique. A ceci se surajoutent les problèmes orthopédiques, le status après cure de maladie de Ledderhose au niveau du pied gauche, toutes choses qui aggravent encore l'insécurité en position debout et à la marche. Il n'y a notamment pas d'évidence pour une atteinte radiculaire ou une souffrance médullaire.

Il y a par ailleurs certainement des troubles neuropsychologiques que je vous propose de faire investiguer par la Dresse J.J._____ [...]. Ils peuvent être favorisés par la présence de la leucoencéphalopathie un peu plus prononcée sur l'IRM de cette année que sur celle de 2003, même s'il s'agit de lésions non spécifiques.»

Le Bureau d'expertises K.K._____ a été désigné par ordonnance de la juge instructrice du 2 février 2010.

Le Bureau d'expertises K.K._____ a rendu son rapport d'expertise le 2 décembre 2010, sous la signature des Drs P.P._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, L.L._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, M.M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, N.N._____, spécialiste FMH en neurologie, et O.O._____, psychologue-neuropsychologue FSP. Les diagnostics suivants ont été retenus (p. 61):

«Au plan chirurgical orthopédique et rhumatologique

Status post prothèse de genou D et G, avec douleurs et instabilité T84.9

Status post fracture du cubitus G, ostéosynthésée et consolidée S52.2

Status après fracture du 2^{ème} métacarpien consolidée S62.3

Omarthrose et arthrose acromio-claviculaire à G M19.0

Maladie de Dupuytren bilatérale, status post opératoire à D et pré-opératoire à G M72.0

Fibromatose plantaire pied G opérée avec séquelles neurologiques, M96.9 et M72.2

Cervicarthrose M47.8

Au plan de la médecine interne

Hépatopathie d'origine éthylique probable K70.1

HTA I10

Status variqueux des membres inférieurs, status après stripping de varices I83.9

Au plan neurologique

Atrophie vermienne dans le contexte du tabagisme et de l'éthylisme G92

Polyneuropathie sensitive vraisemblablement d'origine toxique (éthylisme) G62.1

Neuropathies péronières superficielle et plantaire interne gauche (sensitives) G59.8

Cataracte H26.9

Status après cupulolithiase (2003)

Au plan psychiatrique

Abus d'alcool nocif pour la santé (atteinte cérébelleuse et troubles mnésiques) F10.1

Syndrome amnésique lié à l'abus d'alcool (F10.6), débutant

Autres déficits cognitifs persistants liés à l'utilisation d'alcool (trouble visuo-spatiaux discrets, dysfonctionnement exécutif discret) F10.74»

Les experts ont en outre apporté la réponse suivante s'agissant des troubles du recourant lors de la décision de l'OAI du 1^{er} décembre 2005:

«Il faut tenir compte des atteintes malades s'ajoutant aux séquelles traumatiques.

L'expertisé se soignait de son HTA qui n'a pas donné lieu à des complications cardiaques ou vasculaires significatives. Il ne souffrait pas trop de son status variqueux des membres inférieurs, ni de sa maladie de Dupuytren déjà opérée. Il avait subi une résection segmentaire du colon gauche avec des suites simples, les poussées de diverticulite s'étaient estompées.

Il était passablement gêné par son aponévrosite plantaire à gauche, opérée, compliquée d'une neuropathie péronière responsable de signes irritatifs persistants à la marche et de douleurs neuropathiques. Un trouble statique plantaire donnant lieu à une hyperkératose faisait l'objet de soins de pédicure nécessaires car il existe un risque de mal perforant plantaire inhérent à la polyneuropathie sensitive documentée depuis 2002. Il présentait une marche instable en relation avec l'atteinte cérébelleuse également documentée cliniquement. L'insécurité à la marche nous paraît significative puisqu'elle provoque des chutes à répétition. La gravité des chutes est plus évidente à partir de juin 2004 où il se fracture le cubitus gauche. Elle exigeait des précautions pour la descente d'escaliers, la marche sur terrain irrégulier.

Il a été opéré d'un tunnel carpien à droite, de la cloison nasale avec des suites simples n'ayant pas de répercussion à long terme sur la CT. Il a fait une pyélonéphrite.

En mai 2005 l'état de santé permet toutefois une semaine de voyage en Egypte. Il s'agissait d'un voyage organisé, cadré, avec son épouse.

Au SMR on retient des limitations fonctionnelles pour le MS gauche des suites encore récentes de la fracture du cubitus jusqu'en octobre 2005. Pour les autres problèmes de santé, on estimait son ancien travail adapté et l'on trouvait qu'il était exigible à 75% comme toute autre activité.

L'aspect cumulatif des différentes affections n'a pas été pris en compte, notamment l'atteinte neurologique qui de toute évidence empêchait la marche prolongée, ou la montée d'un escabeau nécessaire de 2 à 100 x/jour. On n'a pas retenu la limitation de l'épaule gauche siège d'anciens traumatismes (luxations voire une ancienne fracture de clavicule) qui donnait déjà lieu à des douleurs mécaniques lors des dernières années d'activité lorsque M. [T. _____] était appelé à soulever le couvercle d'un poids évalué à 13 kg selon l'employeur. Ce couvercle était soulevé souvent jusqu'à 90 x/j selon l'activité, c'est-à-dire plus de 10 x/heure. La confirmation d'une omarthrose gauche avec arthrose acromio-claviculaire clairement documentée en début d'année 2006 à la Clinique D. _____ nous fait établir que cette atteinte articulaire était déjà présente, elle avait déjà été symptomatique et aurait dû donner lieu à des **limitations fonctionnelles du membre supérieur gauche permanentes, au-delà d'octobre 2005**. On n'a pas tenu compte de la cervicarthrose évaluée dès 2003, sévère, symptomatique. Lors de l'examen au SMR on n'a pas non plus tenu compte des conséquences de l'alcoolisme notamment au niveau hépatique et neuropsychologique. Le genou gauche prothétique était douloureux, avec un syndrome rotulien persistant, une certaine instabilité résiduelle qui ne pouvait être améliorée mécaniquement le quadriceps étant amyotrophique et parétique.

Il faut encore ajouter l'aspect cumulatif du genou prothétique droit avec un résultat mauvais d'implantation. Un syndrome rotulien plus massif sur rotule basse avec de ce côté également une insuffisance du quadriceps ne permettait pas de contrebalancer l'aspect d'insécurité à la marche en descente d'escalier ou sur terrain irrégulier doit être pris en compte. Aucun genou n'est stable et indolore pour assurer un appui monopodal.

Ce contexte maladif associant des atteintes diverses à l'effet cumulatif nous paraît devoir être pris en compte à titre d'une diminution partielle de l'exigibilité dans l'ancienne activité, avec une diminution durable et définitive.

Le médecin conseil de la SUVA qui a examiné le patient peu après la décision, en février 2006 tenait compte de ces comorbidités nombreuses qui étaient bien présentes au moment de la décision du 1^{er} décembre 2005 tout comme les médecins traitants, le Pr E. _____ qui apportait les mêmes conclusions deux ans auparavant. Nous nous accordons à son évaluation clinique.

L'analyse de tous ces éléments en tenant compte du descriptif du poste de travail nous fait retenir une CT notablement diminuée dans l'ancien travail, à partir de l'opération des genoux.

L'implantation prothétique de deux articulations portantes dans le même temps opératoire comporte généralement un bilan préopératoire exhaustif car il s'agit d'une intervention plus lourde qu'une implantation prothétique unilatérale d'une articulation portante.

Nous pensons que ce bilan préopératoire n'a pas pris en compte tous les éléments qui auraient pu constituer une contre-indication relative à une double chirurgie prothétique d'emblée. Par ailleurs M. T. _____ confirme que la rééducation postopératoire n'est pas celle qui figure sur le programme exposé dans la brochure du service où il a été opéré. La rééducation globale n'a eu lieu que 18 mois plus tard. Il faut tenir compte de cela pour admettre qu'il n'a jamais récupéré un périmètre de marche suffisant pour pouvoir reprendre sa capacité professionnelle à la hauteur de 75% comme cela est retenu au SMR.

Sur le plan psychiatrique l'examen du SMR de juillet 2005, et celui de mars 2006 à la Clinique D. _____, n'ont pas montré d'atteinte autre que l'abus d'alcool. En particulier il n'est pas fait mention de troubles cognitifs liés à la toxicité cérébrale de l'alcool, comme on peut les constater actuellement. Mais aucun examen neuropsychologique n'a été effectué, qui aurait pu établir ou non la présence d'atteintes psycho-organiques. Généralement ces troubles s'installent très progressivement et passent très longtemps inaperçus, même des proches et des médecins, car les patients restent fonctionnels dans un milieu routinier et familial, et les troubles mnésiques sont longtemps camouflés par les confabulations qui donnent au discours du patient une allure plausible à première vue.

En novembre 2009 (premier examen neuropsychologique, effectué par Mme J.J. _____), les atteintes psycho-organiques sont décrites pour la première fois, elles peuvent être alors qualifiées de légères. En mai 2010 (examen neuropsychologique de Mme O.O. _____, dans le cadre de la présente expertise) les atteintes sont plus importantes. Qu'en était-il en décembre 2005? Le fait est que dès 2003 (Dr F.F. _____), et également lors de l'examen du SMR de juillet 2005, des atteintes neurologiques imputables à l'alcool ont été mises en évidence, concernant le système nerveux central (atteinte cérébelleuse) et le système nerveux périphérique (polyneuropathie). Cela constitue un argument en faveur de l'existence, déjà à cette époque, d'atteintes mnésiques, peut-être discrètes. En effet les troubles mnésiques, qui sont évidents actuellement, sont dus, comme les troubles neurologiques objectivés depuis 2003, à la toxicité de l'alcool sur le système nerveux (déficit en thiamine). Il paraît donc probable que les troubles mnésiques objectivés à partir de 2009 aient été déjà présents en décembre 2005, peut-être avec un degré moindre de sévérité.

La CT dans l'ancienne activité qu'il connaissait bien, où il était chef d'un secteur était réduite à 50% depuis mars 2003, en intégrant tous les problèmes de santé de l'assuré. Il était amélioré relativement depuis la date de l'octroi de la rente tel que le rapport de sortie de la Clinique D. _____ le laisse supposer, mais insuffisamment pour reprendre son travail en plein. L'évolution ultérieure le prouve.

Nous évaluons cette CT à un taux inférieur que nos confrères de la Clinique D. _____ au motif qu'à la sortie du séjour un périmètre de marche de l'ordre de 45 min était retenu, on y trouvait des difficultés pour la descente d'escalier, la marche restait saccadée. Elle ne permettait pas les longs déplacements sur une pleine journée de travail. Or M. [T. _____] devait se déplacer passablement dans l'atelier et monter sur un escabeau jusqu'à plusieurs fois par heure. En revanche dans une activité mieux

adaptée, plus sédentaire, légère, avec alternance de positions, nous rejoignons l'avis de nos confrères de la Clinique D._____, la CT était sans doute pleinement exigible, sur un plan purement théorique. Pratiquement nous voyons quelques difficultés.

L'amélioration relative évoquée à la lecture du bilan de sortie de la Clinique D._____ (fin 2002) a-t-elle été durable au point de permettre une réadaptation? Était-il pleinement apte à une réadaptation? Il n'y a pas eu de bilan neuropsychologique à ce moment-là. Or le bilan actuel montre des difficultés dans ce domaine qui peuvent entraver une réadaptation.

Si on retient l'hypothèse que les troubles mnésiques organiques d'origine alcoolique étaient déjà présents en 2005 (cf supra), il est probable qu'ils n'interféraient pas de manière significative avec l'exercice d'une activité routinière, bien connue de l'expertisé et exercée dans un milieu ne nécessitant pas trop d'adaptation. Autrement dit son activité habituelle. En revanche on peut penser qu'ils étaient susceptibles de compliquer une procédure de réadaptation, du fait de l'altération de la mémoire de travail, nécessaire pour l'acquisition et le maintien de nouvelles connaissances et de nouveaux comportements. La baisse du rendement due aux troubles mnésiques organiques est difficile à évaluer rétroactivement. Aujourd'hui nous l'estimons à 40%. Vu l'évolution lente du syndrome amnésique dû à l'alcool, il paraît raisonnable de penser qu'elle était déjà à peu près de cet ordre en décembre 2005.

En effet, M. T._____ était-il réadaptable dans un secteur d'activité nouveau pour lui après 30 ans dans une activité qu'il maîtrisait bien mais qui ne lui avait pas donné l'occasion de devenir polyvalent ? Et si tel était le cas à partir de quand était-il réadaptable?

La situation est restée relativement stationnaire en 2003 avec un nouveau bilan neurologique. On a évoqué une canalolithiase, l'atteinte cérébelleuse et polyneuropathique des membres inférieurs, l'atteinte du pied gauche constituant une entrave supplémentaire à la marche. Il avait été hospitalisé à l'Hôpital L._____ où ces problèmes ont été réévalués.

L'évolution durant l'année 2003 ne s'est pas améliorée puisque le médecin de la SUVA a demandé un avis au Professeur E._____. L'importance des comorbidités rendait illusoire d'entreprendre une reprise chirurgicale prothétique. L'insécurité à la marche est à nouveau clairement évoquée. Il ne jouait plus au bowling comme auparavant mais est resté membre passif du club. Il parvenait à effectuer à son rythme quelques activités de ménage et de jardinage léger pour soulager son épouse qui travaillait à l'extérieur. Nous ne pensons pas que l'état de santé aurait permis un stage de réadaptation à 100% mais avec un rendement de 60% en tenant compte des troubles parasitant l'adaptation retenus par l'expert psychiatre.

Dès lors il est difficile d'admettre cette pleine capacité de travail attestée à la sortie de la Clinique D._____. On se situe en réalité plus proche d'un 60% en tenant compte d'une baisse de rendement au vu des éléments évoqués ci-dessus pour une activité adaptée.

L'alcoolisme nié du patient mais donnant lieu à des complications hépatiques et neurologiques a joué inévitablement un rôle négatif dans les troubles de la marche et au plan des fonctions cognitives nécessaires à une réadaptation.

Notre examen psychiatrique reste superposable à celui des Drs B.B._____ et Q.Q._____. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique atteignant un seuil d'incapacité ni pour retenir un alcoolisme secondaire. En revanche les atteintes cérébro-organiques (troubles mnésiques notamment) sont dues à la toxicité à long terme de l'alcool.

M. T. _____ n'a pas mis tout en oeuvre pour s'améliorer, ne s'étant jamais rallié aux conseils de ses médecins pour envisager un sevrage en alcool sous aide médicale. Néanmoins il est connu selon notre expérience qu'un sevrage complet à ce stade ne permet pas obligatoirement de récupérer les séquelles.»

Sous le chapitre «discussion consensuelle», les experts ont relevé ce qui suit:

«En conclusion le consensus entre les experts fait retenir une IT totale dans son activité antérieure, de 2001 dans les mois qui ont précédé l'implantation prothétique, jusqu'en mars 2003. Par la suite nous reconnaissons une IT de 50% dans son ancienne activité, et admettons qu'une réadaptation dans une nouvelle activité n'aurait pas été possible à plus de 100% avec rendement diminué de 40% en raison des troubles cognitifs mis en évidence par les examens neuropsychologiques de novembre 2009 et mai 2010. Une réadaptation entraine en ligne de compte à la sortie de la Clinique D._____, dès mars 2003.

Des IT totales temporaires sont à prendre en compte entre 2003 et 2005, de quelques semaines. Selon les actes du dossier, elles n'ont pas été continues.

L'aggravation est lentement progressive, encore actuellement. Entre 2003 et 2005, les limitations fonctionnelles ont été établies, elles en tiennent compte et ne sont pas significativement différentes sur cette période.

M. T. _____ présente un déni face à son alcoolisme grave puisqu'il se répercute de manière nocive sur sa santé. Il n'a jamais accepté de prise en charge avec un encadrement médical spécialisé tel que cela lui a été proposé à la Clinique D._____ en 2003 déjà.

L'imprégnation éthylique constante, importante, joue un rôle aggravant et a empêché les mesures de réadaptation dans une haute proportion. Elle n'apparaît pas liée à une comorbidité psychiatrique.

Les taux de CDT très élevés soit à la Clinique D._____ soit lors de deux contrôles en cours d'expertise en mai 2010 et en novembre 2010 attestent d'une consommation chronique importante. Ceci peut aussi jouer un rôle non négligeable dans le risque de chute.

Il est hautement vraisemblable qu'en dehors d'un alcoolisme, les problèmes de santé de M. T. _____ n'auraient pas empêché l'exercice d'une activité adaptée à plein temps ni la réorientation professionnelle préalable. Les complications de l'alcoolisme étaient présentes dès l'octroi de la rente et sont vraisemblablement irréversibles, même si un sevrage devait être entrepris. L'arrêt définitif de la consommation d'alcool pourrait (mais ce n'est pas même certain) empêcher une aggravation des atteintes existantes.»

Les experts ont en outre apporté les réponses suivantes aux questions posées:

«6. Les troubles du recourant sont-ils de nature à empêcher l'activité professionnelle de réglEUR optique en spectrométrie du recourant totalement ou partiellement?

- Selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?

- En cas de modification du taux, veuillez décrire l'évolution des troubles jusqu'au 1^{er} décembre 2005 (date de la décision sur opposition rendue par l'OAI) et depuis lors

Le travail pratiqué par l'assuré aurait pu être poursuivi avec un taux partiel de 50%, en dehors de l'IT totale en relation avec l'implantation prothétique des 2 genoux de 2001 (à dater de 4 à 5 mois avant l'intervention) à la sortie de la Clinique D. _____ mars 2003.

Les longs déplacements, la manipulation du couvercle nécessaire selon l'employeur entre 2 et 100 x/j et selon l'employé 90 x/jour aurait dû être limitée en raison des pathologies du membre supérieur gauche et des difficultés à monter les quelques marches nécessaires. On aurait pu envisager un moyen auxiliaire s'il avait pu garder son poste pour sécuriser la montée de ces quelques marches. Il aurait sans doute pu se faire aider pour ces activités plus difficiles étant chef d'une équipe de 4 à 6 personnes.

Pour un taux de travail de 50% dans une activité connue et familière (activité habituelle), nous ne reconnaissons pas de baisse de rendement significative due aux troubles mnésiques.

7. Quels sont, sur le plan médical, les types d'activités adaptées?

- En cas d'empêchement partiel dans une activité adaptée, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?

- En cas de modification du taux, veuillez décrire l'évolution des troubles jusqu'au 1^{er} décembre 2005 (date de la décision sur opposition rendue par l'OAI) et depuis lors

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes:

Eviter de porter, de manière occasionnelle des charges globales supérieures à 10 kg (5 kg pour chaque bras) et de manière répétitive de 5 kg globalement

Eviter les longs déplacements, périmètre quotidien au travail ne dépassant pas 3 km

Eviter une activité strictement debout

Favoriser une activité en position alternée (debout pas plus de 30 minutes d'affilée, assis pas plus d'une heure d'affilée)

Limiter l'usage des escaliers

Eviter l'usage d'escabeaux non sécurisés, d'échelles, éviter l'accroupissement, la position à genoux

Eviter les sols mouillés ou instables

Eviter les activités en hauteur du membre supérieur gauche et en rotation, Eviter les activités répétitives, en charge, ou en force ou avec des vibrations avec les membres supérieurs

Eviter une activité exigeant une adaptation constante à de nouvelles conditions, de nouveaux milieux ou de nouvelles activités.

En respectant ces limitations, nous évaluons la CT à 100%, mais on peut attendre une diminution de rendement de

l'ordre de 40% dans toute activité nouvelle ou dans toute procédure de réadaptation (cf. supra).

8. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre au recourant d'exercer une activité lucrative?

Dans l'affirmative:

- **Quelles sont ces mesures?**
- **Quel genre d'activité et à quel taux?**

Au plan chirurgical orthopédique

Sur le plan chirurgical théorique, un changement des prothèses de genou pourrait dans le meilleur des cas apporter une meilleure stabilité latérale; mais ceci est dans la réalité assez improbable, les changements de prothèses étant liés à des situations locales moins favorables qu'initialement et se soldant souvent par des résultats moins satisfaisants; par ailleurs l'amyotrophie et l'impotence relative du membre inférieur gauche a de fortes chances de s'aggraver, au moins temporairement.

Pour l'épaule G, une prothèse aurait des chances de diminuer les douleurs (qui ne sont pas importantes actuellement) mais n'aurait vraisemblablement pas d'effet sur l'amélioration de la mobilité ou de la force.

Pour ces deux pathologies, la poursuite du traitement médical à base d'anti-inflammatoires est utile.

Enfin, une intervention pour la maladie de Dupuytren est à organiser pour permettre à la main de conserver une fonction satisfaisante sans que cela ne permette d'améliorer le pronostic de manière significative.

Il n'y a donc pas de mesures chirurgicales qui permettent de modifier le taux d'activité.

Au plan de la médecine interne

Il y a lieu d'envisager une substitution en acide folique, et d'exclure une ostéoporose chez ce patient dont le régime est carencé en produits laitiers de longue date. Par ailleurs il faudrait refaire un bilan hépatique avec recherche d'une hypertension portale, évaluer le stade de l'hépatopathie. Au plan des facteurs de risque cardiovasculaires, indépendamment de malaises liés aux difficultés à la marche à une cupulolithiase ou à des moments d'imprégnation éthylique plus marqués, il est suggéré de faire pratiquer un test d'effort sur bicyclette ou si cela s'avère impossible au plan médicamenteux chez ce patient hypertendu de longue date. Un US abdominal devrait également permettre de visualiser le pancréas pouvant également être le siège d'un remaniement en relation avec la consommation excessive d'alcool. A notre connaissance le patient n'a jamais fait de poussée de pancréatite ni de diabète. Enfin un bilan vasculaire plus étendu nous paraît nécessaire aussi bien au plan des vaisseaux précérébraux que de l'aorte et des axes fémoraux.

Une leucoencéphalopathie vasculaire figure dans les actes du dossier. Il est d'usage d'exclure également dans ce contexte un syndrome d'apnées du sommeil.

Au plan neurologique et psychiatrique

Un traitement incluant l'arrêt définitif de la consommation d'alcool aurait une chance d'améliorer ou en tout cas de stabiliser l'état neuropsychiatrique. Mais on ne peut pas l'«exiger» dans la mesure

où la dépendance à l'alcool est clairement un comportement d'ordre maladif. Du fait de la minimisation persistante de l'expertisé quant à sa consommation d'alcool, le pronostic demeure très réservé.

9. Sur le plan médical peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail?

Dans l'affirmative:

- **Quel genre d'activité et à quel taux?**
- **Dans la négative, pour quelle raison?**

Au plan chirurgical orthopédique

Oui, dans la mesure des limitations mentionnées au chiffre 7.

Au plan psychologique et neuropsychologique

Aucune mesure d'ordre professionnel n'est en mesure de diminuer une diminution de rendement liée aux troubles neuropsychologiques relatifs à la dépendance alcoolique

Au plan psychiatrique

Oui, en admettant une baisse de rendement prévisible de 40% du rendement dans la procédure de réadaptation et dans la nouvelle activité.

10. Quel est votre pronostic?

- **L'état de santé de l'assuré est-il susceptible d'amélioration, à quelles conditions; au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque-t-il de se péjorer?**

Au plan chirurgical orthopédique

L'état de santé sur le plan orthopédique est actuellement stationnaire; il est susceptible de péjoration au niveau des genoux par lente usure des prothèses puis descellement qui peut survenir après une période initiale d'une quinzaine d'années, parfois moins.

Il est également susceptible de péjoration lente pour l'omarthrose.

La maladie de Dupuytren reste en principe stationnaire, une fois opérée; les récurrences surviennent dans une moitié des cas, mais ne sont pas forcément symptomatiques. Pour la fibromatose plantaire, les séquelles du pied G peuvent être considérées comme définitives.

Il est probable qu'en absence d'abstinence l'hépatopathie s'aggrave ainsi que les atteintes neurologiques, cérébelleuses et cognitives. Nous avons vu du reste une fluctuation de celles-ci en fonction de l'imprégnation éthylique du patient.

Au plan psychologique et neuropsychologique

L'état sur le plan neuropsychologique est soumis, pour son évolution, à celle de la consommation de toxique. Le déni de toute problématique liée à l'alcool et l'absence de souhait du recourant quant à une prise en charge thérapeutique rendent le pronostic défavorable en l'état actuel.

Au plan psychiatrique

Il est à craindre que les troubles cognitifs s'aggravent dans les années à venir si la consommation d'alcool reste significative, ce qui est probable.

[...]

QUESTIONS COMPLEMENTAIRES DU RECOURANT

1. Les éventuelles activités adaptées dont il est fait état sous question 7 seraient celles exerçables immédiatement, sans mesure d'ordre professionnel?

Dans toute nouvelle activité, on peut s'attendre [à] des difficultés d'adaptation pouvant donner lieu à un rendement diminué (cf. supra).

2. Dans la mesure où l'existence de troubles neurologiques et/ou neuropsychologiques est constatée, veuillez indiquer précisément quels pourraient être leurs effets sur une éventuelle activité de substitution?

Les troubles mnésiques et exécutifs pourraient priver le recourant de capacités d'initiative et d'organisation dans des tâches nécessitant de l'autonomie, des évaluations de situations et des prises de décisions.

Une activité de substitution devrait par conséquent répondre à l'impératif que le recourant soit encadré, dans des tâches simples ne nécessitant pas de grandes acquisitions théoriques, avec des procédures peu complexes.

Dans ces conditions, la capacité de travail sur le plan neuropsychologique ne devrait pas être notablement diminuée, mais on peut escompter une baisse de rendement de l'ordre de 40% en raison du trouble cognitif (syndrome amnésique alcoolique).»

Dans ses déterminations sur l'expertise du 17 janvier 2011, l'OAI observe que si une baisse de rendement de 40% (pour des raisons neuropsychologiques) dans une activité adaptée est actuellement incontestable, il n'est pas convaincu que cette diminution existait déjà en décembre 2005, date de la décision attaquée. Il joint à son envoi un avis médical du 20 décembre 2010 des Drs G.G._____ et H.H._____ du SMR, à la teneur suivante:

«L'expertise pluridisciplinaire du Bureau d'expertises K.K._____ conclut à une incapacité de travail de 50% dans l'activité exercée depuis la sortie de la Clinique D._____ en 2003. Cette estimation tient compte des limitations fonctionnelles des genoux et du MSG. Au vu du descriptif du poste de travail, nous constatons que cette activité n'était pas totalement adaptée, contrairement à ce que nous pensions.

Les experts estiment qu'une activité adaptée est exigible à plein temps, avec une diminution de rendement de 40% liées aux limitations neuropsychologiques, sur la base de deux examens neuropsychologiques réalisés en 2009 et 2010. Les experts spéculent sur une baisse de rendement du même ordre depuis 2005, quand bien même aucun élément objectif ne vient conforter cette hypothèse.

Je propose d'admettre l'incapacité de travail de 50% dans l'activité exercée. Je suis plus réservé sur l'exigibilité. Il me paraît pour le moins hasardeux, et très probablement faux, de dire que les limitations neuropsychologiques observées en 2010 étaient déjà présentes avec la même intensité en 2005, alors qu'une aggravation a été objectivée entre 2009 et 2010. L'évolution n'est pas aussi lente que les experts le pensent, et il n'est pas du tout exclu que les troubles neuropsychologiques soient devenus incapacitants après la décision de 2005. Il est évidemment difficile de dire à partir de quand ces troubles ont une influence sur la capacité de travail, d'autant plus que je n'ai pas trouvé copie de l'examen de la Dresse J.J. _____ de 2009 dans nos archives informatiques.»

Dans ses déterminations sur l'expertise du 22 février 2011, le recourant, par son conseil, rappelle conclure à une rente entière d'invalidité depuis janvier 2001, en relevant que la demande a été déposée le 22 janvier 2002 et que les dispositions de la LAI en vigueur à l'époque permettaient un effet rétroactif d'une année avant le dépôt de la demande. Il note en outre qu'il y a lieu de tenir compte des effets cumulatifs des diverses atteintes dont il souffre, que malgré ses problèmes d'alcool, il est resté 30 ans chez A. _____ SA, sans que cela n'entrave sa carrière professionnelle, que l'usage de ses deux mains est sévèrement entravé et qu'il souffre d'arthrose, qu'il a géré son alcoolisme durant 30 ans, que l'ensemble des diagnostics est impressionnant, que l'ancienne activité n'est plus adaptée et qu'on voit mal comment il pourrait exercer une profession de substitution compte tenu des limitations. Il se prévaut enfin de son âge, observant que même à 57 ans en 2005, il n'avait plus de force de travail exploitable même sur un marché équilibré.

Le 17 mars 2011, l'OAI a renvoyé à ses déterminations du 17 janvier 2011.

Dans ses observations du 21 mars 2011, le recourant observe qu'en 2005, l'aspect cumulatif des différentes affections n'avait pas été pris en compte, les affections de l'épaule et des genoux ayant été négligées. Il est d'avis que le chiffre des experts de 40% de baisse de rendement pour des raisons neuropsychologiques en 2005 est une estimation rétrospective très discutable vu l'effet cumulatif qu'il souligne. Il est d'avis que même dans une activité de remplacement supposée

exigible, il aurait été gravement handicapé par les troubles neuropsychologiques.

F. Les dossiers de la CNA ont été produits.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et est directement applicable au cas d'espèce (cf. disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon écriture du 19 décembre 2005 de T. _____ contre la décision sur opposition rendue le 1^{er} décembre 2005 par l'OAI. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et est recevable en la forme.

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

b) Le litige porte en l'espèce sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant telle qu'opérée par l'OAI suivant l'opinion des médecins du SMR exprimée dans leur rapport du 18 août 2005, lesquels sont d'avis que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible du recourant est de 75%, respectivement de 85% après ablation du matériel d'ostéosynthèse et consolidation osseuse du cubitus gauche. Le recourant soutient au contraire que les douleurs constantes dont il est affecté, notamment aux genoux et au pied, l'empêchent de donner satisfaction à un employeur.

3. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 c. 1.2).

b) Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement

le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 448 spéc. p. 455; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1^{er} janvier 2008 est entrée en vigueur la 5^e révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative.

En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité que ce soit sous l'empire de la 4^e révision de la LAI (ATF 130 V 343 c. 3.4; TFA I 7/05 du 17 mai 2005 c. 2 et I 249/04 du 6 septembre 2004 c. 4) ou de la 5^e révision de cette loi.

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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 gain de longue durée, l'activité exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un

degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

c) 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 c. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4, 115 V 133 c. 2, 114 V 310 c. 3c, 105 V 156 c. 1; Pratique VSI 2/2002 p. 64 c. 4b/cc; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2).

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 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a et la référence citée; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010 c. 3.1 et 9C_813/2009 du 11 décembre 2009 c. 2.1). Ce dernier constat a récemment 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. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (TF 8C_420/2010 du 27 octobre 2010 c. 4.3 et 8C_65/2010 du 6 septembre 2010 c. 3.1). L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 8C_65/2010 du 6 septembre 2010 c. 3.1 et 9C_53/2009 du 29 mai 2009 c. 4.2 et les arrêts cités).

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 9C_607/2008 du 27 avril 2009 c. 3.2 et I 81/2007 du 8 janvier 2008 c. 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 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2/2001 p. 106 c. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008 c. 4.2).

5. a) En l'espèce, la décision litigieuse se fonde essentiellement sur les constatations médicales des Drs A.A. _____ et B.B. _____ du

SMR du 18 août 2005. En cours de procédure, l'OAI a en outre déclaré se rallier à l'avis médical des Drs G.G. _____ et H.H. _____ du SMR du 3 avril 2009, confirmant la position des Drs A.A. _____ et B.B. _____, savoir une exigibilité de 75%, tenant compte de l'ensemble des pathologies de l'assuré, traumatiques et malades.

Se référant aux rapports des Drs X. _____ et N. _____ (respectivement des 2 mars 2009, 22 mai 2007 et 11 février 2008), le recourant relève que les avis de ces médecins, qui concluent à une incapacité de travail totale, ne peuvent être écartés par le SMR.

L'instruction au plan médical a été complétée par une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

S'agissant du début de l'incapacité de travail, le Dr X. _____ relève qu'elle est de 100% depuis le 14 février 2001 (rapport médical du 4 mars 2002). Quant aux experts, ils relèvent une incapacité de travail totale dans l'activité antérieure, de 2001 «dans les mois qui ont précédé l'implantation prothétique» (rapport d'expertise, p. 66), laquelle est intervenue le 27 juin 2001. Il y a ainsi lieu de retenir, avec l'office intimé, que l'incapacité de travail totale a débuté en février 2001, date au demeurant plus favorable à l'assuré que celle retenue par le Dr N. _____ dans son rapport médical du 25 février 2002 à l'OAI, selon lequel l'incapacité de travail avait débuté le 19 mars 2001.

L'incapacité de travail totale s'est poursuivie jusqu'en février 2003 (rapport d'expertise, p. 64, 66 et 72). En cela, les experts s'écartent des observations des médecins de la Clinique D. _____ selon lesquels la capacité de travail du recourant était entière dès le 18 décembre 2002, pour conclure que la capacité de travail dans l'ancienne activité était réduite à 50% depuis mars 2003. Or les experts expliquent de manière détaillée les raisons qui les poussent à retenir une capacité de travail d'un taux inférieur à celui retenu par les médecins de la Clinique D. _____ (rapport d'expertise, p. 64). Pour eux, la capacité de travail était en effet notablement diminuée dans l'ancien travail à partir de l'opération des

genoux. La rééducation globale n'a eu lieu que 18 mois plus tard, et ils sont d'avis qu'il faut tenir compte de cela pour admettre que le recourant n'a jamais récupéré un périmètre de marche suffisant pour pouvoir reprendre sa capacité professionnelle à hauteur de 75% comme cela était retenu par le SMR (rapport d'expertise, p. 63). Dans leur avis du 20 décembre 2010, les Drs G.G._____ et H.H._____ du SMR notent que l'estimation du Bureau d'expertises K.K._____ tient compte des limitations fonctionnelles des genoux et du membre supérieur gauche, et relèvent qu'au vu du descriptif du poste de travail, ils constatent que l'activité habituelle n'était pas totalement adaptée, contrairement à ce qu'ils pensaient. Les médecins du SMR se rallient donc aux experts quant à l'incapacité de travail de 50% dans l'activité exercée habituellement (avis médical du 20 décembre 2010).

S'agissant de l'évolution de l'état de santé du recourant dès 2003, les experts observent que la situation est restée relativement stationnaire en 2003 avec un nouveau bilan neurologique (rapport d'expertise, p. 65). Ils notent que l'évolution durant l'année 2003 ne s'est pas améliorée puisque le médecin de la CNA a demandé un avis au Prof. E._____. A la question de savoir si le recourant est réadaptable dans un secteur d'activité nouveau pour lui après 30 ans dans une activité qu'il maîtrisait bien, les experts répondent qu'ils ne pensent pas que son état de santé aurait permis un stage de réadaptation à 100%, mais avec un rendement de 60% en tenant compte des troubles parasitant l'adaptation retenus par l'expert psychiatre. Pour eux, il est ainsi difficile d'admettre la pleine capacité de travail attestée à la sortie de la Clinique D._____; ils sont d'avis que l'on se situe en réalité plus proche d'un 60% en tenant compte d'une baisse de rendement (rapport d'expertise, p. 65). Finalement, en tenant compte des limitations fonctionnelles, les experts évaluent la capacité de travail à 100%, en relevant que l'on peut s'attendre à une baisse de rendement de l'ordre de 40% dans toute activité ou dans toute procédure de réadaptation (rapport d'expertise, p. 73).

Les médecins du SMR mettent en doute l'appréciation des experts relative à l'exigibilité. Pour eux, il est hasardeux et probablement faux de dire que les limitations neuropsychologiques observées en 2010 étaient déjà présentes avec la même intensité en 2005. Ils sont d'avis que l'évolution n'est pas aussi lente que les experts le pensent, notant qu'il n'est pas du tout exclu que les troubles neuropsychologiques soient devenus incapacitants après la décision de 2005. Certes, les experts admettent que la baisse du rendement due aux troubles mnésiques organiques est difficile à évaluer rétroactivement (rapport d'expertise, p. 65). Cela étant, ils relèvent que si l'on retient l'hypothèse que les troubles mnésiques organiques d'origine alcoolique étaient déjà présents en 2005, il est probable qu'ils n'interféraient pas de manière significative dans l'exercice d'une activité routinière, bien connue du recourant et exercée dans un milieu ne nécessitant pas trop d'adaptation, autrement dit dans son activité habituelle (où la capacité de travail était de 50% sans baisse de rendement significative due aux troubles mnésiques, cf. rapport d'expertise p. 72). En revanche, on peut penser que de tels troubles étaient susceptibles de compliquer une procédure de réadaptation, du fait de l'altération de la mémoire de travail, nécessaire pour l'acquisition et le maintien de nouvelles connaissances et de nouveaux comportements (rapport d'expertise, p. 65), et retiennent une baisse de rendement de 40% dans ce cadre.

b) Une pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise judiciaire du 2 décembre 2010 (cf. ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1). En effet, le rapport d'expertise se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées par le recourant et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. En outre, et contrairement à ce que plaide le recourant, les experts ne se sont pas contentés d'examiner la situation au 1^{er} décembre 2005. En particulier, les questions 6 et 7 du questionnaire du Tribunal, relatives aux points de savoir si les troubles du recourant sont de nature à empêcher l'activité professionnelle de régleur optique en spectrométrie, et ayant trait aux activités adaptées, auxquelles les experts ont répondu, précisent: «En cas de modification du taux, veuillez décrire

l'évolution des troubles jusqu'au 1^{er} décembre 2005 (date de la décision sur opposition rendue par l'OAI) et depuis lors». Il n'y a ainsi pas lieu de considérer que l'expertise se verrait altérée, voire faussée, au motif que les experts indiquaient en page 58 avoir pour mission de se prononcer sur l'état de santé du recourant et sur son exigibilité au travail au moment de la décision, «les faits postérieurs au 1^{er} décembre [réf. 2005] échappant au pouvoir d'examen de la Cour». Dans les faits, les experts ont largement examiné l'état de santé du recourant et sa capacité de travail, et se sont prononcés sur les répercussions de ces troubles avant et après décembre 2005.

S'agissant de l'effet cumulatif des atteintes dont souffre le recourant, ce dernier relève à juste titre que les experts du Bureau d'expertises K.K. _____ en ont tenu compte. Pour le surplus, selon la jurisprudence (ATF 133 V 549 c. 6 p. 553 s.), l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288.

Le recourant se prévaut en outre de son âge. En l'occurrence, que l'on retienne le moment de la naissance du droit à la rente ou le moment de la décision litigieuse, le recourant, alors âgé de 53 ans et 8 mois, respectivement 57 ans et 6 mois, n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. arrêt 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 c. 6.2.2.2). Le cas du recourant doit être distingué de celui de l'arrêt dont il se prévaut en la cause AI 154/2010 - 14/2011 du 9 décembre 2010, affaire dans laquelle la recourante était âgée de 60 ans et huit mois au moment où la décision litigieuse avait été rendue.

c) Sur la base de l'expertise du 2 décembre 2010, il y a ainsi lieu de retenir que l'assuré a présenté une incapacité de travail totale de février 2001 à février 2003, que son état s'est amélioré en mars 2003, période dès laquelle il a présenté une capacité de travail de 50% dans

l'activité habituelle et de 100% avec une baisse de rendement de 40% dans une activité adaptée.

6. Il reste à évaluer le préjudice économique subi par l'intéressé.

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 c. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2^e éd., 2010, p. 300 et 301; cf. TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.2).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la

statistique (TFA I 654/04 du 21 juillet 2005 c. 5; ATF 126 V 75 c. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 c. 3b/bb). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TFA I 171/04 du 1^{er} avril 2005 c. 4.2).

b) En l'occurrence, les experts ont expliqué de manière détaillée et convaincante que l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle dès le mois de mars 2003. Conformément au principe général de l'obligation de diminuer le dommage, valable en droit des assurances sociales (ATF 123 V 230 c. 3c et les références citées), l'assuré était tenu de conserver cette activité à 50%, car on ne voit pas qu'il puisse travailler dans une autre activité sans augmenter son dommage. En effet, dans une activité adaptée, simple et répétitive, exercée à 60%, sa perte de gain augmenterait, les revenus relatifs à une activité de ce type étant sensiblement inférieurs à ceux qu'il pourrait réaliser à 50% dans son activité habituelle. Il y a dès lors lieu de retenir, au titre de revenu d'invalidé, le salaire qu'aurait réalisé le recourant à 50% dans son activité auprès d' A. _____ SA dès mars 2003. Il en résulte ainsi un taux d'invalidité de 50% qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité.

c) Selon l'article 29 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b; ATF 129 V 411 c. 2.1, ATF 126 V 5 c. 2b, ATF 119 V 98 c. 4a). In casu, l'assuré a donc droit à une

rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2002, l'incapacité de travail ayant débuté le 14 février 2001 (rapport médical Dr X. _____ du 4 mars 2002 et rapport d'expertise Bureau d'expertises K.K. _____, p. 66), jusqu'au 1^{er} juin 2003 (3 mois après l'amélioration constatée dès le mois de mars 2003 par les experts). En effet, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). En l'espèce, la rente entière est remplacée par une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2003, date à laquelle le taux d'invalidité est de 50% (art. 28 LAI), en raison d'une modification des circonstances au sens de l'art. 17 LPGA.

7. En résumé, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2002, et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2003.

Le recours ayant été admis, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens (art. 61 let g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 2'500 fr., leur montant étant déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et l'ampleur du litige. En effet, le recourant a notamment déposé plusieurs écritures, des questionnaires pour les experts, ainsi que des déterminations après expertise.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition du 1^{er} décembre 2005 rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2002 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2003.

- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour T. _____),
- 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 :