

## VD\_FINDINFO AI 331/09 - 425/2010 vom 2. November 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-11-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_331\\_09\\_-\\_425\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_331_09_-_425_2010)

FR: VD\_FINDINFO AI 331/09 - 425/2010 du 2 novembre 2010

IT: VD\_FINDINFO AI 331/09 - 425/2010 del 2 novembre 2010

### Regeste

ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DEMI-RENTE, RENTE COMPLÈTE, RENTE D'INVALIDITÉ, RENTE TEMPORAIRE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 02.11.2010 AI 331/09 - 425/2010

ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DEMI-RENTE, RENTE COMPLÈTE, RENTE D'INVALIDITÉ, RENTE TEMPORAIRE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 331/09 - 425/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES  
\_\_\_\_\_ Arrêt du 2 novembre 2010

\_\_\_\_\_ Présidence de M. Dind Juges : M. Bidiville et  
Mme Moyard, assesseurs Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
V. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne, et  
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, à  
intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6 et 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI E n f a i t : A.  
V. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 3 mars 1963, sans formation professionnelle,  
ressortissant portugais arrivé en Suisse en 1986, au bénéfice d'un permis C, marié, père de  
trois enfants, nés respectivement en 1993, 1998 et 2000, a travaillé en tant qu'ouvrier  
spécialiste chez P. \_\_\_\_\_ dès le 1 er janvier 1991. Il s'occupait de l'entretien technique  
des véhicules ferroviaires roulant et de leur nettoyage. Ce travail nécessite le port de  
charges jusqu'à 12 kilos et demi et une position dans la fosse accroupie ou bras levés.  
L'accès au mécanisme à entretenir est souvent malaisé et demande des positions de travail  
inconfortables, cambré ou genoux fléchis par exemple. Par déclaration d'accident LAA du 9  
mars 1999, l'employeur a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas  
d'accidents (ci-après: la CNA), assureur accidents selon la LAA, un accident survenu le 28  
février précédent. L'assuré s'était blessé à la jambe gauche en jouant au football, causant une  
entorse du genou gauche avec une fracture du plateau tibial externe. Il a été en incapacité  
totale de travail dès le 28 février 1999. Le 18 juin 1999, l'assuré a bénéficié d'une  
arthroscopie du genou gauche qui a montré que la fracture était solide mais qu'il y avait une  
instabilité du ligament croisé postérieur et du ligament latéral interne. L'évolution a été  
favorable et l'assuré a repris le travail à 50% dès le 1 er août 1999, puis à plein temps dès le  
1 er septembre 1999. En raison de la réapparition des douleurs dès le mois de septembre  
2005, l'assuré a bénéficié d'une nouvelle arthroscopie de genou gauche réalisée le 12 janvier  
2006 par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie.

Cette intervention a montré une importante chondromalacie du plateau tibial externe avec un décollement du cartilage en zone externe. Le 8 février 2006, le cas a été annoncé pour rechute à la CNA par le Dr Q. \_\_\_\_\_, lequel a diagnostiqué une gonalgie gauche sur lésion méniscale. Du 8 décembre 2005 au 30 novembre 2006, la CNA a versé à l'assuré des indemnités journalières à des taux variant de 50 à 100%. Dans un rapport d'examen médical final du 18 octobre 2006, le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a notamment relevé ce qui suit: " Genou gauche: La démarche, pieds nus dans la salle d'examen, s'effectue sans boiterie, avec aisance. La marche sur les talons et sur la pointe des pieds est bien effectuée. L'appui monopodal gauche est un peu instable mais il est quand même soutenu. L'accroupissement est légèrement appréhendé. Il est finalement profond, symétrique, et le relèvement est aisé. En station debout, le patient se tient en charge équivalente des membres inférieurs. On retrouve une déformation en valgus du MIG et une amyotrophie modérée de la cuisse gauche. En décubitus dorsal, le genou gauche s'étend complètement. Il se laisse librement mobiliser. Il n'y a pas d'épanchement ni de synovite. La flexion est complète. Il n'y a pas de signes méniscaux vrais ni de signes rotuliens nets. En extension, le genou est verrouillé. On note une discrète laxité interne et antéropostérieure. Le quadriceps a beaucoup de force. Appréciation: Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai exposés plus haut et qui ressortent également de ses déclarations. Actuellement, le patient qui travaille à mi-temps à un poste adapté, dit que la situation est satisfaisante et qu'il a des douleurs modérées. Objectivement, le genou gauche, qui présente un valgus assez marqué, est calme et il a toujours une bonne fonction en dépit d'une certaine laxité. Du point de vue thérapeutique, une ostéotomie sus-condylienne de varisation pourrait aider le patient mais celui-ci est très réticent à l'idée de se faire opérer, réclamant des garanties. Dans ces conditions, il faut sûrement privilégier le reclassement professionnel. A cet égard, il serait utile de savoir ce que fait exactement le patient et si son employeur peut l'occuper à ce poste toute la journée. M. V. \_\_\_\_\_ semble en effet avoir compris qu'il conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et il se dit prêt à jouer le jeu". B. Le 30 novembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi de mesures professionnelles, subsidiairement d'une rente. Dans un rapport du 5 mars 2007, le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait subi le 17 janvier précédent une nouvelle intervention par ostéotomie de varisation du fémur. Il indiquait que l'évaluation de cette opération ne pouvait pas intervenir avant la fin de l'été 2007. L'assuré a séjourné à la Clinique H. \_\_\_\_\_ du 9 mai au 14 juin 2006. Dans un rapport du 24 juillet 2006, les Drs W. \_\_\_\_\_, médecin adjoint, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en chirurgie orthopédique, et J. \_\_\_\_\_, médecin assistant, ont notamment indiqué ce qui suit: " [...] Au test d'évaluation des capacités fonctionnelles, la patient se montre fortement limité lors des activités à genoux, avec des difficultés pour descendre au sol et se relever, lors de la position accroupie, le patient ne tenant la position que quelques secondes. Il ressort que le patient évalue de manière correcte le niveau de ces performances fonctionnelles, qui correspondent à un niveau d'effort moyen. Durant l'évaluation, on note un bon niveau de participation. En fin de séjour, le patient est adressé aux ateliers afin d'évaluer l'activité professionnelle. Il travaille sur des périodes de 2 heures dans des travaux de peinture, avec déplacements de charges légères. Subjectivement, il annonce des douleurs du genou après les deux heures de travail. On note des difficultés à l'accroupissement et lors de la remontée de la position à genoux, avec des mouvements de compensation pour épargner son MIG. Le patient s'est montré collaborant et cohérent tout au long de la prise en charge. Du point de vue

professionnel, le patient est employé [chez] P.\_\_\_\_\_ à l'entretien. Suite à l'évaluation durant le séjour, il ressort donc une nette limitation pour les activités à genoux, pour l'accroupissement, pour se relever de la position accroupie, le patient nécessitant l'aide des MS. Il est également limité dans la montée des escaliers. Dès lors, il est proposé au patient une reprise professionnelle progressive, avec un poste adapté évitant les positions accroupies et les positions nécessitant des flexions répétées [...]. A sa propre demande, l'assuré a séjourné une nouvelle fois à la Clinique H.\_\_\_\_\_ du 19 juin au 24 juillet 2007. Dans un rapport de synthèse du 31 juillet 2007, les Drs W.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé les diagnostics suivants: " DIAGNOSTIC PRIMAIRE Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) DIAGNOSTICS SECONDAIRES § Gonalgies gauches externes (M 25.5) § Fracture du plateau tibial externe du genou gauche, traitée conservativement le 28.02.1999 (T 93.9) § Genu valgum (M 21.0) § Probable lésion du ligament croisé antérieur du genou gauche (M 23.5) § Ostéotomie supracondylienne fémorale gauche de varisation le 17.01.2007 CO-MORBIDITES § Hypercholestérolémie traitée (E 78.0) § Urticaire cholinergique (L 50.5)". Le rapport se concluait par ces lignes: "M. V.\_\_\_\_\_ nous est adressé pour un complément de rééducation après ostéotomie le 17.01.2007. Après adaptation du chaussage avec mise en place de supports varisants, de physiothérapie intensive de renforcement des membres inférieurs, on note une amélioration subjective et objective. Le patient poursuivra la physiothérapie ambulatoire. Sur les clichés des longs axes des membres inférieurs pratiqués le 22.06.2007, il persiste un valgus du membre inférieur gauche qui pourrait nécessiter selon l'évolution, la réalisation d'une ostéotomie de varisation d'ouverture externe tibiale qui permettrait de corriger le défaut d'axe. Il persiste des douleurs du compartiment externe, à la marche mises sur le compte d'un conflit de la partie distale de la plaque d'ostéosynthèse avec l'insertion du tenseur du fascia-lata. Sur le plan professionnel l'incapacité de travail reste totale dans la profession d'employé [chez] P.\_\_\_\_\_. L'adaptation du poste de travail n'étant pas jugée possible par l'employeur, selon un contact de l'Agence Suva, et selon les désirs du patient, une reprise de son activité devrait être essayée à l'automne après avis auprès du Dr T.\_\_\_\_\_.

**INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'EMPLOYE** [chez] P.\_\_\_\_\_ 100% du 25.07.2007 au 23.08.2007 (puis à réévaluer)". D'un rapport d'entretien du 3 décembre 2007 entre l'assuré, l'inspecteur de la CNA et des représentants de l'employeur de l'assuré, il ressort ce qui suit: "Le travail a été repris à 50% de l'horaire le 11 octobre 2007. La physio continue 3 fois par semaine. A la dernière consultation du 19 novembre 2007, la force était à 45%. Vu la consolidation osseuse, l'AMO ne devrait pas avoir lieu avant février ou mars 2008. La physio continue au moins jusqu'à la prochaine consultation du 14 janvier 2008, lors de laquelle un nouveau test de force doit être effectué. M. V.\_\_\_\_\_ est très content de l'évolution. Il n'a quasi plus de douleur. Le seul problème qu'il rencontre au travail est la position accroupie qu'il ne peut pas conserver. Heureusement, le travail trié dont il dispose actuellement lui permet d'éviter cette position. Dans les conditions actuelles, M. V.\_\_\_\_\_ se sent capable de reprendre son travail en plein le 4 décembre 2007. Les heures perdues pour la physio seront payées à part par la Suva et le rendement sera normal durant le temps de présence. On se réjouit de cette excellente nouvelle, d'autant que, selon M. V.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_ lui a déjà certifié qu'il allait retrouver une mobilité totale et que, à moyen terme, il ne sera plus nécessaire de trier son travail. En attendant, M. [...] et son remplaçant prendront garde à continuer à trier le travail. De son côté, M. V.\_\_\_\_\_ confirme que le fait de perdre son droit au plein salaire dès décembre 2007 n'est pour rien dans ce qui précède. Il ne triche pas avec les

séquelles de son accident et si, d'aventure, il ne tenait pas le coup à 100%, la Suva sera immédiatement prévenue. M. V. \_\_\_\_\_ n'a aucun doute pour la suite, d'autant plus qu'il est en vacances dès le 12 décembre 2007". Dans un rapport d'examen médical final du 27 février 2008, le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a notamment relevé ce qui suit: " DECLARATIONS DE L'ASSURE: Le patient dit que son genou va de mieux en mieux. Il a encore des douleurs, plutôt internes, lors des changements de temps et surtout en position accroupie prolongée. Il n'y a plus de traitement à proprement parler. Le patient prend de temps à autre du Ponstan. Il doit revoir le Dr T. \_\_\_\_\_ le 14.03.08 et discuter avec lui de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Au plan professionnel, il se fait passablement de soucis pour l'avenir. Il se demande si la Suva serait prête à compenser une éventuelle perte de salaire liée à une baisse de rendement et ce qu'il adviendrait s'il était licencié. EXAMEN CLINIQUE: Il s'agit d'un patient de 45 ans, apparemment en bonne santé. Genou gauche: La démarche, pieds nus dans la salle d'examen, s'effectue sans boiterie, avec aisance. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est bien réalisée. L'appui monopodal gauche est soutenu, même en flexion du genou. L'accroupissement est profond, symétrique, le relèvement est aisé. En station debout, le patient se tient en charge équivalente des membres inférieurs. Le MIG présente toujours un valgus important et une amyotrophie relativement marquée de la cuisse gauche. En décubitus dorsal, le genou gauche s'étend complètement. Il est un peu empâté mais il est calme. Il semble y avoir un ressaut du fascia lata sur le bord de la plaque, lors de la mobilisation, laquelle s'effectue néanmoins librement. La flexion est complète. Il n'y a pas de signes méniscaux ni de signes rotuliens. On retrouve une laxité interne et antéro-postérieure modérée. Le quadriceps a un excellent tonus et beaucoup de force. APPRECIATION: Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai exposés plus haut. Actuellement, le patient dit que son genou va de mieux en mieux. Il a encore des douleurs, plutôt internes, lors des changements de temps et surtout en position accroupie prolongée. Lors de l'examen clinique, la marche s'effectue sans boiterie, avec aisance. Objectivement, le MIG présente toujours un valgus important et une amyotrophie relativement marquée de la cuisse gauche. En décubitus dorsal, le genou gauche s'étend complètement. Il est un peu empâté mais il est calme. Il semble y avoir un ressaut du fascia lata, sur le bord de la plaque lors de la mobilisation, laquelle s'effectue néanmoins librement. La flexion est complète. On retrouve une laxité interne et antéro-postérieure modérée. Le quadriceps a un excellent tonus et beaucoup de force. Au plan professionnel, le patient se fait passablement de soucis pour l'avenir. Il se demande si la Suva serait prête à compenser une éventuelle perte de salaire liée à une baisse de rendement et ce qu'il adviendrait s'il était licencié. On lui répond qu'il faut commencer par faire l'AMO et voir si cela apporte quelque chose. On refera ensuite le point de la situation dans l'entreprise. Pour le moment, le cas ne se prête pas à conclusion". Répondant le 15 octobre 2008 à un questionnaire adressé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), l'employeur de l'assuré a indiqué que celui-ci avait repris son activité à 100% dès le 4 décembre 2007. A la question de savoir si le rendement au travail était considéré comme optimal, à défaut à quel taux (en %) il était estimé, l'employeur a répondu ce qui suit: "Oui, 100% en tenant compte des restrictions mais non du point de vue de l'organisation, car il ne peut remplir son cahier des charges cplt". Dans un rapport médical du 26 novembre 2008, le Dr R. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), a exposé ce qui suit: "Cet assuré de 45 ans dépose une demande de rente le 30.11.2006 au motif de «problèmes au genou gauche». Sans formation professionnelle, il a travaillé comme ouvrier spécialiste [chez] P. \_\_\_\_\_ (entretien

technique des véhicules ferroviaires) depuis 1991. En 1999, il se fait une entorse du genou gauche et une fracture du plateau tibial externe en jouant au football. L'évolution a été initialement favorable, mais des douleurs sont annoncées qui ont abouti à une arthroscopie en janvier 2006. Elle a montré une importante chondromalacie du plateau tibial externe avec un décollement cartilagineux en zone centrale. Lors d'un examen à la SUVA en octobre 2006, on reconnaissait déjà une incapacité de travail de 50% dans l'activité exercée, et une pleine exigibilité dans une activité adaptée. En janvier 2007, il subit une ostéotomie fémorale gauche de varisation avec un résultat mitigé. Il reprend néanmoins le travail à 50% le 11.10.2007, et à 100% le 4.12.2007 dans un poste aménagé. Dans ces conditions, je propose d'admettre les incapacités de travail comme ci-dessus". Comme atteinte principale à la santé, le Dr R. \_\_\_\_\_ a retenu une chondromalacie du plateau tibial externe avec un décollement cartilagineux en zone centrale. Il estime que la capacité de travail est nulle dans l'activité antérieure non aménagée, mais qu'elle est complète dans une activité adaptée, c'est-à-dire excluant la station debout prolongée, la marche en terrain inégal, la montée et la descente d'échelles, le travail à genoux ou accroupi, ainsi que le port de charges supérieures à 12 kilos. Il a retenu une incapacité totale de travail du 7 décembre 2005 au 17 octobre 2006, de 50% du 18 octobre 2006 au 16 janvier 2007 et de nouveau de 100% dès le 17 janvier 2007. D'un compte-rendu d'entretien du 2 février 2009 entre l'assuré, l'inspecteur de la CNA et deux représentants de l'employeur, il ressort ce qui suit: "Il n'y a plus de traitement. Très rarement, en relation avec les changements de temps, il y a quelques douleurs qui nécessitent la prise d'un calmant. Une consultation est prévue le 6 juillet 2009. Le médecin examinera alors l'opportunité de procéder à l'AMO. M. V. \_\_\_\_\_ aimerait différer tant que possible cette intervention mais le médecin pense que cela pourrait poser des problèmes dans le genou et qu'il ne vaudrait mieux ne pas trop tarder. Le travail a été repris en plein le 4 décembre 2007. M. V. \_\_\_\_\_ constate qu'il manque encore passablement de force dans sa jambe gauche. Il ne peut pas s'accroupir correctement, ni se mettre sur le genou gauche. Cela pose des problèmes au lavage pour faire le dessous des véhicules et pour le travail à la manoeuvre dans le ballast. Cette baisse de polyvalence est présente durant 20 à 30 jours pour ce qui concerne les lavages et 91 horaires de nuit pour la manoeuvre. Ce sont donc 111 jours de travail par année où on doit trouver d'autres attributions à M. V. \_\_\_\_\_. Cela se reporte sur le reste de l'équipe et on craint que, en cascade, d'autres employés finissent par souffrir de cet état de fait, l'équipe étant vieillissante. En plus, il faut savoir que le personnel va être réduit dans ce service, ce qui ne va pas arranger les choses. Malgré tout, bien que le rendement attendu ne soit plus le même, on renonce pour l'instant à demander une compensation à la Suva. Idéalement, il faudrait que M. V. \_\_\_\_\_ change maintenant de travail, tant que cela est encore possible. M. [...] l'encourage à consulter régulièrement les annonces de poste [chez] P. \_\_\_\_\_ et de dire s'il voit quelque chose à sa portée. Du côté de la Suva, il est signifié que le poste actuel ne saurait en aucune façon être qualifié de stable. M. V. \_\_\_\_\_ est logé à la même enseigne que ses collègues et une restructuration, ou le départ d'un de ses collègues, pourraient lui imposer d'accepter un autre poste. Si ce dernier n'est pas adapté, ce sera le licenciement. Ainsi, on est effectivement dans le cadre d'une activité très ciblée et triée dont on ne peut pas assurer la pérennité. On demande donc à la Suva de laisser le dossier ouvert, une demande de prestations compensatoires étant très possible à courte ou moyenne échéance si le statut actuel ne peut être maintenu. M. V. \_\_\_\_\_ a expliqué la situation et dit qu'il changerait volontiers pour un travail moins lourd dans le cadre [de] P. \_\_\_\_\_ ou ailleurs. Il n'y a pas eu de prise de position". Par projet de décision du 20 mars 2009, l'OAI a refusé à

l'assuré le droit à des mesures professionnelles. Il a considéré que dans le cadre des mesures d'ordre professionnel et lors d'un entretien avec la division de réadaptation, il avait indiqué avoir repris son ancienne activité d'ouvrier spécialisé à plein temps depuis le 4 décembre 2007 et que depuis lors il était dispensé des lavages pour lesquels il devait être à genou. Il avait déclaré être satisfait d'avoir pu reprendre son activité au sein [de] P.\_\_\_\_\_. L'OAI a ainsi constaté que l'assuré était réadapté professionnellement de manière appropriée et que d'autres mesures n'étaient dès lors pas nécessaires. Le 20 mars 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision d'octroi d'une rente d'invalidité dont la motivation était en substance la suivante: Depuis le 7 décembre 2005 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de l'assuré est considérablement restreinte. Il travaille depuis janvier 1991 en tant qu'ouvrier spécialisé auprès [de] P.\_\_\_\_\_ à [...]. Les renseignements médicaux au dossier mettent en évidence une incapacité de travail d'abord totale, puis de 50% à partir du 18 octobre 2006, de 100% dès le 17 janvier 2007, puis de 50% depuis le 11 octobre 2007 dans l'activité habituelle. En revanche, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que: pas de station debout prolongée, pas de marche en terrain inégal, pas de montée/descente d'échelles, pas de travail à genoux ou accroupi, pas de port de charges supérieures à 12 kilos, l'assuré conserve une capacité de travail entière à partir du 17 janvier 2007. Pour déterminer le degré d'invalidité, le revenu qu'il aurait pu réaliser en bonne santé en 2007 (79'173 fr.) doit être comparé avec le revenu auquel il pourrait prétendre dans une activité adaptée. Ce dernier peut selon la jurisprudence être estimé en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006 4'732 fr. par mois, part au 13 e salaire comprise. Après adaptation de ce montant à la durée hebdomadaire de travail usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures, alors que les salaires standardisés se fondent sur un horaire de travail de 40 heures) et à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1,60%), on obtient un revenu annuel de 60'144 fr. 48 (année d'ouverture du droit à la rente), sur lequel il se justifie d'opérer un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi en définitive à 54'130 fr. 03 ce qui, comparé au revenu sans invalidité de 79'173 fr., aboutit à un degré d'invalidité de 31,63%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. L'assuré a toutefois pu reprendre son activité à temps plein dès le 4 décembre 2007, son revenu annuel pour 2009 s'élevant à 65'976 fr. Cela étant, du 7 décembre 2006 au 30 avril 2007 (soit après trois mois d'amélioration), le droit à une demi-rente est reconnu. Le 2 juin 2009, l'OAI a rendu une décision d'octroi d'une rente d'invalidité identique à son projet de décision du 20 mars 2009. C. a) A la suite de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse effectuée le 8 mai 2009, l'assuré, représenté par l'avocat Olivier Carré, a adressé le 5 juin 2009 un courrier à l'OAI, auquel était joint un rapport médical du 20 mai 2009 établi par le Dr T.\_\_\_\_\_. Celui-ci indiquait ce qui suit: "Je reviens à mon courrier du 20.04.09 dans lequel je m'étais aligné à l'idée d'une capacité de travail à 100% pouvant être effectuée par le patient susmentionné. Cet avis devrait être rectifié sensiblement dans la mesure où l'arthroscopie de contrôle du genou gauche chez ce patient, lors de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, a démontré une évolution arthrosique sous forme d'une chondrite étendue dans les zones de charge du condyle interne et externe du fémur. Cette évolution arthrosique obligera, à mon avis, dans le futur (probablement à moyen terme), à choisir une activité sans obligation de porter, soulever des charges, monter ou descendre des escaliers ou

échelles, et de marcher dans des terrains accidentés. Je pense qu'un recyclage professionnel par le patient s'impose afin d'éviter ou diminuer le taux d'une invalidité prévisible". Le 9 juin 2009, l'assuré a sollicité la mise en œuvre de mesures professionnelles, au vu de la péjoration de son état de santé. Il précisait en outre que le Dr T. \_\_\_\_\_ avait préconisé la reconversion vers une activité plus légère, à peine d'encourir le risque d'une précipitation d'une dégradation du genou. Répondant à des questions posées par le conseil de l'assuré le 11 juin 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué le 12 juin 2009 que l'essai de reprise du travail à titre expérimental le 8 juin 2009 était vouée à l'échec à la suite de douleurs et d'épanchements au genou gauche, une tendinite étant de surcroît apparue à la suite de cette reprise d'emploi. b) L'assuré, représenté par Me Olivier Carré, recourt contre la décision du 2 juin 2009 par acte du 8 juillet 2009, en concluant, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et, cela fait, à la constatation de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité selon précisions à donner en cours d'instance, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Se fondant sur la lettre du Dr T. \_\_\_\_\_ du 20 mai 2009, le recourant expose que la poursuite de son activité actuelle au sein [de] P. \_\_\_\_\_ paraît compromise dans la mesure où l'état de son genou gauche s'est péjoré. Cela étant, il est systématiquement dispensé de tout ce qui le sollicite au niveau orthopédique, cette tolérance de son employeur et de ses collègues n'étant toutefois pas garantie à long terme. Il invoque également la réponse du praticien prénommé, selon laquelle "cet essai [de reprise du travail, réd.] était voué à l'échec, suite à des douleurs et épanchements au genou gauche chez ce patient". Alors même qu'il aime son travail et a longtemps manifesté une forte motivation pour le conserver malgré ses douleurs, il constate qu'une réadaptation professionnelle doit être envisagée et il sollicite une suspension de l'instruction de son recours pour permettre la mise en œuvre de mesures professionnelles. Une réévaluation globale par expertise lui paraît nécessaire. Dans sa réponse du 14 septembre 2009, l'OAI conteste avoir retenu dans la décision litigieuse que le recourant présentait une pleine capacité de travail. S'appuyant sur les rapports des Drs X. \_\_\_\_\_ du 18 octobre 2006 et du SMR du 26 novembre 2008 ainsi que sur l'avis médical SMR du 18 août 2009, l'OAI considère que le recourant présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans l'avis SMR du 18 août 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_ a en effet indiqué adhérer sans réserves aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son certificat du 20 mai 2009, limitations qui correspondent du reste à celles mentionnées dans le rapport SMR du 26 novembre 2008. Cela étant, l'OAI relève avoir omis, dans la décision attaquée, de retenir que le recourant a présenté une incapacité de travail de 100% du 17 janvier au 10 octobre 2007, puis de 50% du 11 octobre au 3 décembre 2007 et qu'il a ainsi droit à une rente entière limitée dans le temps à partir du 1<sup>er</sup> avril 2007 (soit trois mois après l'aggravation de son état de santé) jusqu'au 31 janvier 2008 (soit trois mois après l'amélioration de son état de santé), puis à une demi-rente d'invalidité jusqu'au 31 mars 2008. L'OAI propose dès lors l'admission partielle du recours dans le sens de ce qui précède. Le 16 novembre 2009, le recourant prend acte de la proposition en procédure faite par l'OAI dans sa réponse. Cela étant, il maintient son point de vue et reproche à l'OAI de ne pas avoir soumis les réponses du Dr T. \_\_\_\_\_ du 12 juin 2009 au SMR. Relevant qu'une mesure d'orientation professionnelle lui a été octroyée par décision (intitulée "communication") du 20 octobre 2009, il sollicite derechef la suspension de l'instruction du recours. Il n'a pas demandé à l'OAI une décision sujette à recours. c) Une audience d'instruction a été tenue le 12 janvier 2010. Le recourant a déclaré travailler à 100% depuis

le 4 décembre 2007 dans une activité adaptée à son état de santé, laquelle consiste, au service [de] P. \_\_\_\_\_, à classer du courrier, expédier des paquets, faire quelques saisies informatiques. Il est rétribué à 100% et il n'y a pas de baisse de rendement. Auparavant, son activité consistait à procéder au graissage des locomotives, des voitures, à vérifier les freins. Il confirme qu'il est en mesure d'exercer son activité actuelle d'expédition/classement à 100%, fût-ce au service d'un autre employeur, car il ne souhaite pas rester à la maison. La reprise du travail en juin 2009 dans les mêmes conditions qu'antérieurement s'est soldée par un échec. Le juge a décidé de suspendre la cause jusqu'au 31 mars 2010, les parties étant invitées à remettre à la Cour le rapport de l'orientation professionnelle confiée au Centre N. \_\_\_\_\_ dès réception. Le 16 mars 2010, le juge instructeur a décidé de prolonger jusqu'au 30 avril 2010 le délai imparti aux parties pour produire le rapport de stage. d) Le 27 avril 2010, l'OAI a produit le rapport de stage. Le recourant a accompli un stage d'orientation professionnelle du 18 janvier au 18 avril 2010; le stage s'est d'abord déroulé dans le cadre du Centre N. \_\_\_\_\_ à [...] du 18 janvier au 5 mars 2010, suivi d'une période en entreprises du 8 mars au 16 avril 2010. Dans leur rapport du 7 avril 2010, les responsables de l'Unité Evaluation et orientation adultes ont noté ce qui suit, s'agissant de la synthèse des capacités physiques du recourant: "L'assuré ne montre pas d'autre limitation physique que celle qui nécessite de rester durablement en position debout statique sans possibilité de changement, les marches prolongées et l'usage répété d'échelles ou d'escaliers. La notion de la précision de l'assuré est peu développée et la maîtrise des outils fins plutôt faible, ce qui le destine à des activités moyennement grossières. Dans les activités sans contraintes physiques importantes et port limité de charges, la résistance et la récupération sont normales". En ce qui concerne la position de travail, les commentaires suivants ont été apportés: "La position assise convient pour le travail, elle est tenue correctement sur la journée, les axes corporels sont bien centrés. Durant tout le stage, l'assuré n'a montré que très peu de signes d'inconfort. La position debout peut aussi convenir pour le travail pour autant que l'assuré puisse bouger et/ou alterner à sa guise. Les déplacements sont à limiter à de courtes distances. Il faut éviter les activités qui nécessitent l'utilisation excessive du genou gauche en force ou en poussée de manière répétée. Les ports de charges inférieurs à 12 kg sont possibles occasionnellement, selon avis médical". Le bilan intermédiaire lu à l'assuré le 8 mars 2010 conclut que ses capacités sont compatibles avec un emploi en position assise à plein temps dans le circuit économique normal. L'assuré a déclaré accepter le bilan. Pour le stage en entreprises, les orientations suivantes ont été proposées: ouvrier à l'établi, montage et réparations de petits équipements, opérateur sur machines automatiques et conditionnement léger. L'assuré s'est déclaré d'accord avec ces orientations. Un rapport a été rédigé à la suite d'un stage en entreprise effectué du 29 mars au 9 avril 2009 en tant qu'ouvrier de montage à l'établi. Les tâches accomplies consistaient en du contrôle électrique de condensateurs, du gainage de condensateurs, du marquage sur machine à jets d'encre et du soudage. Ce travail était exécuté à raison de 80% du temps en position assise et 20% du temps en position debout. Les rendements observés ont été de 80%. Hormis la position debout jugée moyenne en raison du genou gauche, les aptitudes physiques ont été qualifiées de "très bonnes" (il s'agissait de la position assise, de l'habileté manuelle et de la résistance physique), le port de charges n'étant pas concerné. Le responsable du secteur Espace entreprises conclut que l'assuré peut être réadapté dans le circuit économique ordinaire avec une pleine capacité de travail. Il ajoute que l'intéressé est toujours employé [chez] P. \_\_\_\_\_ et qu'un reclassement à un poste adapté à ses limitations fonctionnelles au sein de cette entreprise est actuellement à l'étude (conducteur de métro/tram, ouvrier à

l'établi dans les ateliers). e) Le 25 juin 2010, le recourant a sollicité une nouvelle suspension de l'instruction, au motif qu'il va être soumis à un stage d'ici la fin de l'été et qu'il y a lieu de mettre à profit ce laps de temps pour en retirer certains enseignements quant à sa capacité de travail. Le 23 juillet 2010, l'OAI a rappelé que la décision litigieuse du 2 juin 2009 portait uniquement sur le droit à une rente d'invalidité et non pas sur le droit à des mesures professionnelles, une suspension ne se justifiant dès lors pas. Le 27 août 2010, le juge instructeur a fait savoir aux parties qu'une nouvelle suspension était refusée. 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 régie 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 fixées 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), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (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 en temps utile contre la décision rendue le 2 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le recourant prend acte du fait que l'OAI lui octroie une rente d'invalidité entière, limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 janvier 2008, puis une demi-rente d'invalidité jusqu'au 31 mars 2008. Cela étant, il reproche pour l'essentiel à l'OAI d'avoir retenu qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Point n'est besoin d'examiner le droit du recourant à des mesures professionnelles, dès lors que dans une communication du 20 octobre 2009, postérieure à la décision entreprise, l'OAI a fait savoir au recourant qu'il prenait en charge les frais d'orientation professionnelle (stage au Centre N.\_\_\_\_\_ et stage en entreprises). Seul est donc ici en cause le droit du recourant à une rente d'invalidité en-dehors des périodes pour lesquelles l'OAI a admis le droit du recourant à une rente. 3. 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). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; 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. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; 104 V 135 consid. 2a et 2b; TF 9C\_298/2007 du 5 juin 2008, consid. 3.1). Pour fixer le revenu d'invalidé – second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA –, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 9C\_311/2009 du 2 décembre 2009, consid. 3.1). Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail résiduelle (TF 9C\_419/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4.3.1). Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence: la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires qui est publiée sur un rythme bisannuel, tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance,

puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

4. Le recourant ne conteste ni les taux d'incapacité de travail, ni les périodes y afférentes retenus par l'OAI. Il ne critique pas non plus le calcul du taux d'invalidité et les gains de comparaison figurant dans la décision litigieuse. Il soutient pour l'essentiel qu'il présente une capacité de travail restreinte compte tenu de l'état de son genou gauche. Il est constant que le recourant présente une lésion au genou gauche consécutive à un accident. Dans son rapport médical du 18 octobre 2006, le Dr X. \_\_\_\_\_ relève que le genou gauche est calme et qu'il a toujours une bonne fonction en dépit d'une certaine laxité. Il n'y a pas d'épanchement, ni de synovite. Il n'y a pas non plus de signes méniscaux vrais ni de signes rotuliens nets. Seul l'accroupissement est légèrement appréhendé. Le relèvement est cependant aisé. Dans une activité adaptée, le recourant est conscient de présenter une capacité de travail entière. Même si la situation est jugée satisfaisante par le recourant et que les douleurs sont qualifiées de modérées dans le cadre d'une activité exercée à temps partiel à un poste adapté, le Dr X. \_\_\_\_\_ privilégie un reclassement professionnel. Le rapport des médecins de la Clinique H. \_\_\_\_\_ du 24 juillet 2006 mentionne une nette limitation pour les activités à genoux, pour l'accroupissement, pour se relever de la position accroupie, ainsi que pour la montée des escaliers. Ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail. Ils suggèrent toutefois une reprise du travail progressive dans un poste adapté évitant les positions accroupies et les flexions répétées. Dans son rapport du 27 février 2008, le Dr X. \_\_\_\_\_ constate que la marche s'effectue sans boiterie, avec aisance. Il n'y a pas de signes méniscaux ni de signes rotuliens. L'appui monopodal est soutenu, même en flexion du genou. L'accroupissement est profond, symétrique, le relèvement est aisé. Des douleurs plutôt internes subsistent, lors des changements de temps et surtout en position accroupie prolongée. Le genou est calme, la flexion est complète, le quadriceps a un excellent tonus et beaucoup de force. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail. Dans son avis du 26 novembre 2008, le Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR reconnaît au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire excluant la station debout prolongée, la marche en terrain inégal, la montée et la descente d'échelles, le travail à genoux ou accroupi et le port de charges supérieures à 12 kilos. Il estime en revanche que la capacité de travail est nulle dans

l'activité antérieure non aménagée. Pour sa part, dans sa lettre du 20 mai 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_, indique qu'il y a lieu de choisir une activité sans obligation de porter, soulever des charges, monter ou descendre des escaliers ou échelles, et de marcher dans des terrains accidentés. Il suggère un recyclage professionnel afin d'éviter ou diminuer le taux d'une invalidité prévisible. Le rapport du 7 avril 2010 rédigé à l'issue de la mise en œuvre d'une mesure de réadaptation professionnelle ne met pas en évidence d'autre limitation physique que celle qui nécessite de rester durablement en position debout statique sans possibilité de changement, les marches prolongées et l'usage répété d'échelles ou d'escaliers. En revanche, dans les activités sans contraintes physiques importantes et comportant un port de charges limité, la résistance et la récupération sont normales. Bien que postérieur à la décision entreprise, le rapport du 7 avril 2010 confirme clairement que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Celles qui ont été constatées au cours du stage de réadaptation correspondent en outre à celles qui avaient déjà été mises en évidence par les médecins de la Clinique H. \_\_\_\_\_, et qui ont par la suite été confirmées par le Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR et par le Dr T. \_\_\_\_\_. Les appréciations émises sur ce point, y compris par le médecin traitant du recourant, le Dr T. \_\_\_\_\_, sont concordantes et le recourant n'en disconvient pas. Le recourant n'a par ailleurs manqué aucun jour durant la mesure de réadaptation professionnelle, que cela soit au Centre N. \_\_\_\_\_ ou durant le stage en entreprises. Lors du bilan intermédiaire, le recourant a d'ailleurs reconnu que ses capacités de travail étaient compatibles avec un emploi en position assise à temps plein. En 2006, le recourant avait du reste reconnu en présence du Dr X. \_\_\_\_\_ qu'il conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et s'était dit prêt à jouer le jeu. La reprise du travail dans l'activité antérieure impliquant des positions contrevenant aux limitations fonctionnelles retenues par tous les médecins s'est soldée par la réapparition de douleurs ou par des difficultés rencontrées par le recourant dans l'exercice ordinaire de sa profession (cf. compte-rendu d'entretien du 2 février 2009). Les appréciations médicales ont donc été pleinement confirmées, tant durant la mesure de réadaptation professionnelle (stage au Centre N. \_\_\_\_\_ et stage en entreprises) que lors des tentatives de reprises du travail, que cela soit dans un poste adapté ou non. Il y a en conséquence lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, le recourant n'a jamais remis en cause le fait qu'il présentait une capacité de travail entière dans une telle activité; il s'est au contraire soucié de retrouver une activité adaptée à son état de santé, s'inquiétant plutôt d'une perte de salaire éventuelle en cas de baisse de rendement dans l'exercice de son activité habituelle et des possibilités de continuer d'œuvrer au service de son employeur actuel. Dans ces conditions, on ne voit dès lors pas ce qu'une nouvelle suspension de l'instruction apporterait de plus quant à l'appréciation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. 5. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision rendue le 2 juin 2009 par l'OAI réformée en ce sens que cet office doit verser au recourant une rente d'invalidité entière, basée sur un degré d'invalidité de 100%, du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 janvier 2008, et une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> février au 31 mars 2008, basée sur un degré d'invalidité de 50%. b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1

bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Dès lors, seul un émoulement judiciaire réduit, qu'il y a lieu d'arrêter à 250 fr., sera mis à la charge du recourant, dans la mesure où celui-ci succombe partiellement (art. 49 al. 1 LPA-VD). c) Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit de la part de l'intimé à des dépens réduits, qu'il convient d'arrêter équitablement à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA; art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours formé par V. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 2 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est partiellement admis. II. La décision attaquée est réformée en ce sens que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser au recourant une rente d'invalidité entière, basée sur un degré d'invalidité de 100%, du 1 er avril 2007 au 31 janvier 2008, et une demi-rente d'invalidité du 1 er février 2008 au 31 mars 2008, basée sur un degré d'invalidité de 50%. Elle est confirmée dans la mesure où elle accorde une demi-rente d'invalidité dès le 1 er décembre 2006. III. Un émoulement judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant. IV. Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs), à verser au recourant à titre de dépens réduits, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Olivier Carré, avocat (pour V. \_\_\_\_\_), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.