

VD_GERICHTE ZD11.018815 vom 25. Mai 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-05-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.018815

FR: VD_GERICHTE ZD11.018815 du 25 mai 2012

IT: VD_GERICHTE ZD11.018815 del 25 maggio 2012

Erwägungen

E. 29

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

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

- 23 - intervention chirurgicale le 21 avril 1986 à savoir une abrasion cartilagineuse au condyle fémoral interne par voie arthroscopique au genou droit.
- Un protocole opératoire signé par le Dr X. _____ posant les diagnostics suivants : "décompensation d'une chondromalacie fémoro-tibiale interne au genou droit ; status après abrasion par voie arthroscopique du condyle fémoral interne (avril 1986)". Ce protocole mentionne une intervention le 19 novembre 1986, à savoir "ostéotomie de valgisation à la jambe droite, ostéosynthèse par plaques semi-tubulaires 3 trous, intra-osseuse, avec vis de traction corticale 4.5. Ostéotomie complémentaire diaphysaire du péroné. Fasciotomie de la loge antérieure de la jambe droite."
- Un protocole opératoire signé par le Dr X. _____ posant les diagnostics suivants : "status après ostéotomie de valgisation à la jambe droite. Chondromalacie de la trochlée fémorale, du condyle fémoral interne, du 3e degré. Érosions cartilagineuses des plateaux tibio, surtout l'interne. Névrome cicatriciel d'une branche du nerf péronier superficiel, après ostéotomie diaphysaire du péroné à droite". Ce protocole mentionne une intervention le 24 novembre 1987 à savoir : "chondroplastie condylienne

fémorale interne, trochléenne fémorale, par voie arthroscopique au genou droit. Excision d'un névrome superficiel au péroné droit." - Un protocole opératoire signé par le Dr X._____ posant les diagnostics suivants : "gonarthrose fémoro-tibiale interne. Status après ostéotomie de valgisation de la jambe droite, avec perte de correction, novembre 1986". Ce protocole mentionne une intervention le 28 avril 1988 à savoir : "ablation de la plaques semi-tubulaires 3 trous et

- 24 - de la vis corticale 4.5, révision de la cicatrice sur le péroné, nouvelle ostéotomie oblique et diaphysaire du péroné et ostéotomie supra-tubérositaire du tibia avec valgisation de 10 bons degrés, nouvelle ostéosynthèse par plaques semi- tubulaires intra-osseuses et vis de traction corticale 4.5." - Un protocole opératoire signé par le Dr X._____ posant les diagnostics suivants : "status après réostéotomie de valgisation, du tibia droit. Vis corticale de traction, trop longue et douloureuse". Ce protocole mentionne une intervention le 20 juillet 1988 ayant consisté en un raccourcissement de la vis corticale 4.5. - Un protocole opératoire signé par le Dr X._____ posant les diagnostics suivants : "status après réostéotomie de valgisation pour gonarthrose fémoro-tibiale interne à droite. Synovite. Lésion méniscale interne". Ce protocole mentionne une intervention le 16 décembre 1988 à savoir : "synovectomie partielle, régularisation du bord libre du ménisque interne résiduel, par voie arthroscopique. Ablation d'une plaque et d'une vis au tibia droit." - Un rapport d'examen médical du 1er juillet 1993 du Dr G._____ qui mentionne notamment ce qui suit : "Par ailleurs, le genou droit est sec, calme, normalement mobile et je ne retrouve absolument pas l'instabilité importante que le Dr D._____ avait mentionnée dans son rapport du 13.12.1990. Par ailleurs, j'ai fait retirer des clichés radiologiques de ce genou chez le docteur L._____ qui ne montre pas de progression des lésions arthrosiques. On peut donc admettre que ce patient présente une amélioration notable de sa situation du point de vue médical. Ceci dit, il est clair que M. U._____ souffre de séquelles douloureuses, purement sensitives, d'une atteinte du SPE que l'on pourrait peut-être soulager par de petits moyens.

- 25 - Je souhaiterais, pour cette raison, que notre assuré soit examiné par le Prof. S._____ dont j'attends avec intérêt les observations et propositions thérapeutiques éventuelles." - Un protocole opératoire signé par la Dresse B._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, qui a procédé le 19 avril 1994 à une exploration et une neurolyse du sciatique poplité externe droit ainsi qu'à une neurolyse fasciculaire d'un névrome en continuité. - Une décision du 11 novembre 2010 de la CNA, laquelle a estimé que l'atteinte à l'intégrité était de 25%, suite à une aggravation des séquelles accidentelles. Elle a ainsi alloué une IPAI supplémentaire de 10%. S'agissant du droit à la rente, elle a considéré qu'au vu des investigations menées, les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante, les conditions requises pour l'octroi de prestations de rente au sens des articles 16, 7 et 8 LPGA n'étant ainsi pas remplies. - Une décision sur opposition du 14 janvier 2011 de la CNA admettant partiellement l'opposition, une IPAI de 30% étant allouée et confirmant sa première décision pour le surplus. Un recours contre cette décision a été déposé par U._____ devant la Cour de céans. Par réponse du 7 juillet 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il estime que les arguments du recourant ne sont pas apte à objectiver une quelconque partialité du Dr M._____ ni à en donner les apparences mais repose sur des considérations purement subjectives. Il estime en outre que dès lors que l'examen clinique du 29 juin 2010 a conclu à une capacité de travail résiduelle du recourant de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ce

qui est le cas de son

- 26 - activité habituelle, le taux de capacité de travail se confond ici avec le degré d'invalidité. Dans sa réplique du 26 août 2011, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a en outre requis l'audition des Drs M. _____ et X. _____ ainsi que la mise en oeuvre d'une expertise médicale et professionnelle pour déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant et qu'il soit requis du SMR une copie du contrat de travail du Dr M. _____ ou de tout document fondant la collaboration de ce médecin au sein du SMR. Il a produit une lettre du 28 juillet 2011 du coordinateur emploi de l'OAI dont il résulte que malgré les efforts et le soutien déployé dans le cadre du service de placement depuis le 29 novembre 2010, le coordinateur emploi n'avait pas réussi dans un délai convenable à réintégrer l'assuré. Il informait dès lors le recourant que conformément à leur dernière conversation téléphonique, il devait mettre fin à l'aide au placement accordée par communication du 8 juillet 2010 et déclarait rester à disposition si une possibilité d'emploi venait à se profiler. Dans sa duplique du 9 septembre 2011, l'OAI a maintenu ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

- 27 - Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit du recourant à continuer à recevoir une rente entière au lieu d'une demi-rente dès le 1er avril 2010. Pour la période précédant le mois d'avril 2010, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, ce qui ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces médicales au dossier. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la question. Par ailleurs, le recourant ne conteste pas, à juste titre, la fixation du début du droit à la rente au 1er décembre 2008. 3. Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire échelonnée dans le temps, doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C_718/2009 du 4 février 2010, consid. 1.2 ; TF 8C_104/2009 du 14 décembre 2009, consid. 2 ; TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009, consid. 3). En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification

- 28 - sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343, consid. 3.5 et les références citées). La question de savoir si un tel changement

s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références citées). Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 4. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à

- 29 - une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4, 115 V 133, consid. 2, 114 V 310, consid. 2c, 105 V 156, consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert

soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel

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

- 31 - 6. D'après la jurisprudence, le seul fait qu'un médecin a déjà réalisé une première expertise à un stade antérieur de la procédure administrative n'exclut pas d'emblée sa désignation pour la réalisation d'une nouvelle expertise ou d'un complément d'expertise (ATF 132 V 93, consid. 7.2). La première désignation de l'expert ouvrait déjà, en principe, le droit pour l'assuré de demander sa récusation pour des motifs pertinents, conformément à l'art. 44 LPG, ce qui lui garantissait en principe la désignation d'un expert non prévenu. Le fait qu'un expert a pris des conclusions défavorables à l'égard d'une partie ne constitue pas un motif de récusation. En revanche, le soupçon de partialité peut reposer sur des jugements de valeurs émis par l'expert, à propos d'aspects essentiels de la personnalité de l'une des parties comme le sexe, l'origine, la race, la religion ou l'orientation sexuelle. Plus généralement, tout jugement de valeur sur la personne paraît critiquable (Jacques Olivier Piguet, Le choix de l'expert et sa récusation, HAVE/REAS 2/2011, p. 132 sv.). L'expert doit s'exprimer de façon neutre et circonstanciée, en s'appuyant sur des constatations d'ordre médical. Il fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos, nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur l'un ou l'autre sujet. Ses

déterminations seront rédigées de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective (TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.3, TF I 626/05 du 7 novembre 2006, consid. 3.2.2, TF I 671/02 du 26 juin 2003, consid. 5.2 ; arrêt Casso AI 230/11 du 23 avril 2012). 7. a) En l'espèce, le Dr M. _____ a été mandaté par la Compagnie d'assurances X. _____, assureur LAA, concernant uniquement l'accident subi par le recourant à son pied droit le 10 juillet 2006. L'expert a conclu à un lien de causalité naturelle certain entre les plaintes du recourant concernant son pied droit et l'événement de juillet 2006. Il a proposé une option thérapeutique à savoir une neurolyse du nerf lésé dans le but de tenter de soulager les symptômes douloureux de l'avant-pied du recourant et retenu que l'accident en cause était à l'origine d'une incapacité de travail totale du 10 juillet 2006 au 19 octobre 2006, la

- 32 - capacité de travail du recourant étant complète depuis lors. Il a ajouté que l'incapacité de travail actuelle de 100% depuis le 14 décembre 2007 était en relation initialement avec la cure chirurgicale des hernies et des varices à droite et continuait en raison des troubles vertébraux, une intervention chirurgicale vertébrale étant prévue pour le 29 mai 2009 par le Dr Q. _____, neurochirurgien. Ainsi, le Dr M. _____ n'avait à se prononcer que sur le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'affection du pied droit du recourant. S'agissant de ses autres troubles de la santé, notamment ceux concernant son dos, il s'est référé aux conclusions du Dr Q. _____ qui retient une incapacité de travail totale. Ainsi, il n'y a aucun élément pouvant constituer un motif de récusation du Dr M. _____. Le fait qu'il ait été consulté puis ait co-signé le rapport établi par la Dresse A. _____ ne saurait porter atteinte à la valeur probante de celui-ci. C'est ainsi à tort que le recourant se plaint d'une violation des art. 36 al. 1 LPG, 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et 29 Cst (constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Enfin, il n'y a dès lors pas lieu de suivre la requête du recourant tendant à la production par l'OAI d'un contrat de travail ou de tout autre document fondant la collaboration du Dr M. _____ au sein du SMR. b) Dans leur rapport, la Dresse A. _____ et le Dr M. _____ posent les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail à savoir : douleurs résiduelles du genou droit, lombalgies chroniques avec discret déficit sensitivomoteur L5 droit dans le cadre de discopathies étagées et status post spondylodèse L4-S1 en mai 2009 et des cervicalgies dans le contexte de discopathies protrusives étagées. Ils retiennent une majoration des plaintes au vu de la persistance de douleurs importantes étendues et constantes dont fait état le recourant et en présence de quatre sur cinq signes en faveur d'un processus non organique. Ils expliquent que les différentes atteintes objectives définissent des limitations fonctionnelles contre-indiquant tout travail lourd ou dans des positions vicieuses, l'activité habituelle de dessinateur en machine étant adaptée, notamment parce que cette activité permet le

- 33 - changement régulier de position et ne nécessite pas le port de lourdes charges. Après avoir pris en compte les limitations fonctionnelles, ils ont constaté que l'observation clinique et l'examen étaient plutôt rassurants, ce qui leur permettait d'affirmer que le recourant pourrait travailler à 50%, soit 2 heures par demi-journée dès le début de 2010. Certes, le Dr X. _____ (rapport du 12 juin 2009) retenait une incapacité de travail totale. Il s'est toutefois prononcé alors que le recourant venait de subir une intervention chirurgicale. En outre, à cette date, les Drs A. _____ et M. _____ retenaient également une incapacité de travail entière. Ces praticiens ont expliqué s'être éloignés de l'appréciation du Dr Q. _____ dès lors que celui-ci se référait au vécu subjectif de

l'assuré quand il fixait une capacité de travail de 30%. En effet, le Dr Q._____ (rapport du 7 septembre 2009) retient une incapacité de travail totale du recourant en tant que dessinateur en informatique et pense peu probable, vu la persistance des troubles, que celui-ci puisse reprendre une activité professionnelle, ceci d'autant plus que le contexte socio-professionnel actuel (durée de l'arrêt de travail, situation sur le marché du travail, âge du patient) agit à son avis de manière défavorable sur la reprise d'un travail adapté. De plus, le 23 mars 2010, il se fonde sur les déclarations du recourant qui s'estime capable de travailler environ 2h/j dans son activité habituelle en tant que dessinateur de machines pour retenir une capacité de travail possible de 30%. L'appréciation de la capacité de travail du recourant par le Dr Q._____ ne peut dès lors être retenue. Il en va de même de celle du Dr J._____ (attestation du 26 mars 2010), laquelle n'est pas documentée. c) Le rapport des médecins du SMR contient une anamnèse, fait état des plaintes du recourant et procède d'une étude approfondie du cas de celui-ci (examen clinique et dossier comprenant de nombreux rapports médicaux et clichés radiologiques). Exempt de contradiction, ses conclusions claires et bien motivées, ne sont mises en doute par aucun autre rapport médical. Ce rapport a ainsi valeur probante. Il y a dès lors lieu de retenir que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle s'est améliorée, étant de 50% dès le 1er janvier 2010.

- 34 - d) La documentation médicale étant complète et permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire par l'audition des Drs X._____ et M._____ ou la mise en œuvre d'une expertise comme y conclut le recourant dont la requête doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction au terme d'une appréciation anticipée des preuves, comme en l'espèce, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C_543/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2 et les références citées ; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009, consid. 3 et les références citées). 8. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TF I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse,

- 35 - il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 ; TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 ; TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 et les références citées). Dans le cas où un changement de profession était nécessaire, le Tribunal fédéral a jugé, que l'on retienne le moment où la modification du droit à la rente prend effet ou le moment de la décision litigieuse, un recourant âgé de 58 ans, respectivement de 60 ans, n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.2.2.2). En l'espèce, le recourant, né en 1951, était âgé de 59 ans en janvier 2010, date à partir de laquelle il a recouvré une capacité de travail de 50% après une interruption de deux ans et de 60 ans à la date de la décision attaquée. Son état de santé ne nécessite pas un changement de profession. Son poste de travail n'a pas à être adapté. En outre, c'est lors d'un stage pratique en entreprise que les dessinateurs sur machine ont la possibilité de se former sur le logiciel habituel de l'entreprise de sorte qu'une mesure d'ordre professionnel autre que l'aide au placement qui lui a été octroyée n'est pas utile. Il suit de là que l'activité habituelle exercée par le recourant est raisonnablement exigible. Dans un tel cas, le taux d'incapacité de travail et le taux d'incapacité de gain se confondent, de sorte qu'il n'y a

- 36 - pas lieu de se référer à l'ESS pour calculer le revenu avec invalidité, ni d'opérer un abattement sur celui-ci comme le voudrait le recourant. 9. a) En conséquence le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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