

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 janvier 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Dessaux et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Prilly, recourant, représenté par Me Raphaël Tatti, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1974, a déposé une demande de prestations AI le 19 juin 2008, invoquant une perte totale de la vision à l'œil droit ensuite d'un accident survenu le 22 février 2008. Il exerce la profession de mécanicien automobile à titre indépendant dans son garage sis à [...].

Dans un rapport médical du 17 juillet 2008, les Drs T. _____, chef de clinique adjoint, et S. _____, médecin assistant, de l'Hôpital ophtalmique [...], ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

"Trauma-cornéen perforant avec destruction du segment antérieur.
Extériorisation de l'iris de grandes quantités de vitré et de rétine à l'œil droit.
Status post exploration et suture de plaie.
Injection de solution de Vancomycine et d'amikacine le 22.02.08."

Il ressort en outre de ce rapport qu'à la suite de l'accident, l'assuré présentait une perte fonctionnelle totale de l'œil droit dont il résultait une perte de la vision stéréoscopique. Cette circonstance nécessitait une période indéterminée de difficulté d'adaptation visuelle. L'incapacité de travail était totale depuis le 22 février jusqu'au 31 juillet 2008 mais elle était prolongeable. Il était encore mentionné que certaines activités motrices demandant la présence d'une vision stéréoscopique pourraient se voir limitées à cause de la perte fonctionnelle de l'œil droit et par conséquence du manque de vision stéréoscopique.

Une enquête économique pour les indépendants a été effectuée le 24 février 2009. Dans le rapport du 13 mars 2009, l'assuré a également mentionné souffrir d'une déchirure des ligaments au genou et être en incapacité de travail aussi pour cette affection. Selon ses déclarations, l'assuré se chargeait de toutes les activités liées à la mécanique automobile. Après son accident, durant quatre mois, il n'a pas du tout travaillé dans son garage. Ensuite, il y est progressivement revenu

en se chargeant uniquement des tâches de bureau, n'osant pas s'aventurer encore dans l'atelier en raison du traumatisme subi. Le garage a cependant continué à fonctionner grâce à la présence du père de l'assuré retraité, lequel a remplacé son fils au pied levé. Il se chargeait de la partie mécanique, l'assuré se chargeant pour sa part de l'administratif. Avant l'accident, le père de l'assuré venait déjà s'occuper au garage une à deux heures selon les jours mais il s'agissait plus d'une occupation que d'un travail de mécanique. L'assuré a expliqué à l'enquêteur que son intention était de reprendre son activité de mécanicien automobile une fois que son état de santé se serait stabilisé. Il a exposé que ne disposant plus que d'un œil valide, sa rééducation avait été lente et qu'il présentait toujours des problèmes de vision (impuretés, avec la vue qui se brouille après de longs moments de concentration sur écran ou après la lecture par exemple).

Dans un rapport médical du 26 mars 2009, le Dr K. _____, de l'Hôpital ophtalmique [...], a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était alors de 50 % mais qu'elle était à réévaluer ultérieurement. Il était mentionné que la vitesse de travail était diminuée en raison de la réadaptation à la nouvelle situation visuelle. Le patient ne désirait pas de réadaptation car il voulait continuer dans sa profession habituelle.

Le 8 avril 2009, le Dr L. _____, de l'Hôpital orthopédique, a indiqué les diagnostics suivants ayant un effet sur la capacité de travail :

"Rupture du ligament croisé antérieur droit.
Méniscopathie avec large déchirure en anse de saut touchant le ménisque interne.
Chondropathie mineure."

Ce médecin expliquait que l'accident datait de 2008 et qu'un traitement conservateur avait été décidé, l'assuré ayant proposé d'arrêter le sport en particulier le football. Il avait présenté un accident d'instabilité en se levant d'une chaise au début 2009. Une opération a été envisagée et un rendez-vous a été fixé à cet effet avec le Dr V. _____, orthopédiste FMH à l'Hôpital de [...].

Le 3 mars 2009, le Dr V._____ a écrit au Dr L._____ que l'assuré avait eu un accident de football en salle le 20 mai 2008. L'évolution avait été bonne sur le plan de la sécurité et de la stabilité sur le genou. Au moment de l'établissement du rapport médical, l'assuré ne présentait pas franchement d'insécurité sur le genou et pas de douleurs. Le Dr V._____ expliquait avoir proposé à l'assuré une reconstruction du ligament du genou droit aux ischio-jambiers.

Le 9 avril 2009, la Dresse M._____, ophtalmologue FMH, a établi un rapport médical posant le diagnostic de perte fonctionnelle accidentelle de l'œil droit le 28 février 2008 sur grave perforation du globe oculaire. L'œil droit n'était plus douloureux et la prothèse posée était bien tolérée. Le problème était celui de la perte de la vision binoculaire qui entraînait des difficultés dans l'activité professionnelle. L'incapacité de travail avait été totale depuis l'accident jusqu'au 9 mars 2009 puis de 50 % jusqu'au 14 mai 2009. L'activité exercée était encore exigible à environ 50 %, le médecin indiquant qu'il fallait savoir qu'il y avait une forte perte d'efficacité vu que l'assuré n'est plus binoculaire. La Dresse M._____ proposait une évaluation dans un centre spécialisé en fonction du type d'activité du patient pour déterminer la capacité exacte de travail. Le rendement était réduit nettement car le fait de ne pas voir en trois dimensions créait des problèmes pour un travail de mécanicien. L'ajustement des pièces était difficile, voire impossible et prenait beaucoup plus de temps que pour une personne bénéficiant d'une vision en trois dimensions.

Le 29 septembre 2009, le Dr V._____ écrivait à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) ne plus avoir eu de nouvelles de la part de l'assuré à la suite de la proposition d'une intervention chirurgicale pour son problème.

Le 9 mars 2010, l'assureur perte gain LCA de l'assuré (C._____ SA) a produit copie de son dossier. Il en ressortait en particulier une liasse de certificats médicaux établis par la Dresse M._____ dont le

dernier, daté du 15 février 2010, certifiait une incapacité de travail de l'assuré à 50 % du 15 janvier 2010 au 21 février 2010.

L'OAI a confié une expertise au Dr J._____, ophtalmologue FMH à [...].

A la suite d'examens de l'assuré effectués les 5 mai et 23 juin 2010, dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2010, le Dr J._____ a relevé une seule plainte de l'assuré à savoir le problème de stéréoscopie. Celui-ci présentait en effet des difficultés d'appréciation des distances dont l'origine était liée à la perte fonctionnelle de l'œil droit dominant. L'assuré ne décrivait aucune douleur. L'expert ophtalmologue retenait notamment les constatations et conclusions suivantes :

"[...]

4. DIAGNOSTICS

Status après traumatisme perforant de l'œil droit.
Perte fonctionnelle et phtysis de l'œil droit.

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Les plaintes émises par le patient et les troubles constatés sont de façon certaine liées à la perte fonctionnelle de l'œil droit, œil dominant.

Aucun facteur étranger à l'accident n'influence la situation. Aucun traitement médical n'est susceptible d'améliorer l'état actuel.

Dans le cas de ce patient, il y a une perte de fonction visuelle unilatérale avec perte de stéréoscopie qui agit comme symptôme gênant négativement.

Donc, dans la fonction actuelle du patient, on peut considérer que la capacité de travail est complète mais en revanche son rendement est réduit.

L'état de santé actuel du patient peut être considéré comme stabilisé. Le patient se dit habitué à sa nouvelle situation.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations :

- Sur le plan physique, il ne présente aucune limitation particulière.
- Sur le plan psychique et mental, il est difficile de se prononcer dans la mesure où mes compétences se limitent à l'ophtalmologie et non à la psychiatrie. Toutefois, M. A._____ m'a paru sain de corps et d'esprit, mais très affecté par son handicap.

- Sur le plan social, M. A. _____ n'a émis à ce sujet aucune remarque particulière.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

2.1 Quelques considérations objectives :

Il s'agit d'un dommage unilatéral, œil adelphe intact.

L'œil atteint ne présentait aucun dommage préexistant.

L'œil atteint est perdu. Il évolue en phtysis. Macroscopiquement, il s'agit d'une atrophie progressive du globe séquellaire du traumatisme.

La binocularité est perdue, la stéréopsie est mauvaise.

Il s'agit donc d'une perte de fonction visuelle unilatérale et de la vision stéréoscopique agissant comme symptôme gênant négativement (8.2.1 Evaluation des dommages oculaires dans le cadre de la loi sur l'assurance accident LAA).

Par cet accident, le patient a perdu sa vision stéréoscopique et les activités professionnelles demandant davantage d'effort et de temps ainsi que des stratégies compensatoires de la tête mais ces troubles sont en fait minimes. En revanche, l'angoisse liée aux risques de perte du deuxième œil par accident est bien réelle, mais cela ne relève pas de l'ophtalmologie.

[...]

2.2 La capacité résiduelle de travail de ce patient n'est pas limitée par l'atteinte ophtalmologique. Certaines activités exigeant une précision accrue peuvent être entravées par la perte de la stéréoscopie.

2.3 La capacité de travail de l'assuré dans sa profession actuelle reste totale. Un travail sur toute une journée est donc exigible dans l'activité exercée à ce jour.

2.4 Cette situation entraîne d'une part une fatigue accrue (plan ophtalmologique) et d'autre part une angoisse légitime (plan psychique) à l'origine de la diminution du rendement de travail. En effet, la perte d'un œil dominant est défavorable.

Il faut toutefois rappeler qu'il est un fait acquis de l'expérience et étonnant que la capacité de gain n'est que rarement diminuée après la perte d'un œil.

La diminution du rendement à prévoir par rapport à celle d'une personne exerçant la même activité lucrative non handicapée de la vue devrait se situer au maximum à 15%. Dans le futur il n'y a pas diminution de rendement à attendre.

2.5 Il est évident qu'une incapacité de travail de plus de 20 % a été donnée dès le jour de l'accident.

Ensuite, les certificats d'incapacité de travail sont les suivants :

Un arrêt de travail a été délivré initialement du 22.2.2008 au 24.5.2008 à 100%, prolongé par l'hôpital ophtalmique une première fois jusqu'au 30.6.2008 puis une seconde fois jusqu'au 31.7.2008.

L'arrêt de travail est ensuite prolongé à 100% par la Dresse M._____ jusqu'au 28.10.2008, puis jusqu'au 8.1.2009 et enfin jusqu'au 9.3.2009.

L'arrêt de travail est ensuite prolongé à 50% du 10.3.2009 au 14.5.2009, puis du 25.7.2009 au 10.9.2009, du 11.9.2009 au 15.1.2010 et enfin du 15.1.2010 au 21.2.2010.

2.6 Reprise à 100% dès le 22 février 2010.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas forcément nécessaires et dépendent probablement plus d'une évaluation du degré d'angoisse lié à la crainte d'un accident sur son œil sain que d'un problème ophtalmologique.

2. La capacité de travail n'étant pas réduite, il n'y a aucune raison de prendre des mesures particulières.

3. Il n'y a plus aucune raison d'exiger une autre activité que la profession exercée par ce patient puisque sa capacité de travail est totale dans son domaine."

Dans un rapport du 13 août 2010, les Drs Z._____ et P._____ du SMR (Service Médical Régional de l'AI) ont repris les conclusions de l'expertise précitée, relevant que le travail avait été repris à 100 % par l'assuré depuis le 22 février 2010.

Le 2 septembre 2010, l'OAI a rendu un projet de décision selon lequel l'assuré avait présenté une incapacité de travail sans interruption notable dès le 22 février 2008, début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20). L'Office AI relevait que l'état de santé de l'assuré et sa capacité de travail s'étaient améliorés entraînant une capacité de travail de 50 % dès le 10 mars 2009 et de 100 % dès le 22 février 2010. Dès cette date, l'exercice de l'activité habituelle de l'assuré était exigible à plein temps. En conséquence, l'Office allouait une rente entière à l'assuré dès le 22 février 2009, une demi-rente dès le 1^{er} juillet 2009, le droit à la demi-rente étant supprimé avec effet au 31 mai 2010.

Le 11 octobre 2010, la Dresse M._____ a établi un rapport médical à l'intention de Me Raphaël Tatti, conseil de l'assuré. Ce rapport a la teneur suivante :

"Voici un rapport médical concernant Monsieur A. _____. J'espère répondre au mieux aux questions que vous me posez.

1. Suite à son accident du 22.02.2008, Monsieur A. _____ a perdu complètement la fonction de son œil droit. Il n'a donc plus de vision binoculaire tridimensionnelle. Dans cette situation, il faut évoquer les risques pour l'œil restant, risques liés à l'accident de l'œil droit, à savoir de développer une ophtalmie sympathique de l'œil gauche. Il faut aussi évoquer les risques liés à la perte de la vision binoculaire.
2. Par rapport à la profession exercée par Monsieur A. _____ lors de son accident, il y a effectivement une limitation de sa capacité de travail liée à la perte de la vision binoculaire. L'activité exercée me semble encore possible mais avec une efficacité réduite d'environ 50%. La capacité de travail est difficile à évaluer car elle dépend du type de travail exercé antérieurement et du degré de précision nécessaire à effectuer les tâches antérieures.
3. Cf ci-dessus.
4. La capacité de travail de Monsieur A. _____ est limitée dans les domaines qui requièrent une vision binoculaire mais d'autres activités sont possibles sans restriction.
5. Le taux d'activité exigible dépend de l'activité professionnelle envisagée.
6. Oui, certains actes professionnels sont impossibles à effectuer par Monsieur A. _____ ; toutes activités nécessitant des ajustements précis ou alors des activités où l'absence de vision binoculaire entraîne un danger notamment sur des chantiers.
7. Non.

Je vous adresse en annexe le rapport AI que j'avais rendu. J'avais proposé qu'une évaluation précise de la capacité de travail de Monsieur A. _____ soit effectuée dans les centres spécialisés de la Suva car les difficultés éprouvées dépendent beaucoup du type d'activité.

Je sais qu'une expertise avait été demandée au Dr J. _____ mais je n'ai jamais eu connaissance des résultats de cette expertise.

Je pense que l'on peut aussi évoquer dans le cas de Monsieur A. _____ le côté psychologique qui est très important, à savoir qu'il a dû faire le deuil d'un organe, de la vision binoculaire et probablement également un deuil esthétique. Il doit faire face à l'angoisse qu'il arrive quelque chose à son seul œil restant.

Je ne sais pas si ces arguments peuvent avoir un poids juridique mais humainement, on peut bien comprendre qu'il soit réticent à reprendre en plein une activité qu'il [recte : qui] l'a rendu borgne."

Le 10 novembre 2010, l'assuré a présenté des objections par l'intermédiaire de son conseil sur le projet de décision susmentionné. Il rediscutait principalement le bien fondé de l'expertise du 2 juillet 2010 du Dr J._____ qui à ses dires, n'était pas claire, voire contradictoire.

Le 10 février 2011, le Dr Q._____, chirurgien orthopédiste FMH, a procédé à un examen clinique de l'assuré. Son rapport d'examen SMR du 21 mars 2011 se concluait comme il suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
- PERTE FONCTIONNELLE POST-TRAUMATIQUE DE L'OEIL DROIT D90.4

- sans répercussion sur la capacité de travail
- STATUS APRÈS ENTORSE DU GENOU DROIT AVEC LÉSION DU LCA ET DU MÉNISQUE INTERNE AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN TRAITEMENT CONSERVATEUR

APPRÉCIATION DU CAS

Assuré âgé de 36 ans, ayant travaillé comme mécanicien sur voitures, indépendant. Suite à un accident de travail survenu le 22 février 2008, l'assuré a eu une perte fonctionnelle définitive de l'oeil droit. L'assuré a été vu en expertise par le Dr J._____, spécialiste FMH en ophtalmologie en juin 2010. Il a conclu que sur le plan ophtalmique, la capacité de travail était complète avec une perte de rendement de 15%. Il ne se prononce pas quant à l'arrêt de travail de plus d'une année. Rappelons que l'assuré a repris son travail de mécanicien à 50% le 10 mars 2009 et à 100% le 22 février 2010.

Trois mois après l'accident de l'oeil droit, l'assuré fait une entorse grave de son genou droit alors qu'il jouait au football en salle. Il y a eu une lésion complète du LCA avec une déchirure en anse de saut du ménisque interne. L'assuré a bénéficié d'un traitement conservateur. Il a vu deux chirurgiens orthopédistes qui lui ont proposé une intervention chirurgicale. Etant donné que l'assuré est pratiquement asymptomatique de son genou, aucune intervention chirurgicale n'a été effectuée. Actuellement, il n'a aucune gêne avec son genou dans l'exercice de son métier de mécanicien. Il a arrêté ses activités sportives en dehors du vélo.

Limitations fonctionnelles ostéomusculaires

Doit éviter de marcher en terrain irrégulier, éviter les changements brusques de direction, les accélérations ou freinages brusques lors de la course.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?
Arrêt de travail de 100% à partir du 22.02.2008.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?
L'assuré a repris son travail de mécanicien à 50% à partir du 10.03.2009 et à 100% à partir du 22 février 2010. Sur le plan ostéomusculaire, un arrêt de travail de six semaines est justifié à partir du 20 mai 2008 et de deux semaines début 2009 suite à un épisode de blocage du genou. En dehors de ces périodes, l'assuré est toujours apte sur le plan ostéomusculaire à travailler à 100% dans son métier habituel.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 100 %
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100 %"

Dans un avis médical du 4 avril 2011, les Drs Z._____ et P._____ ont relevé que l'avocat de l'assuré, en critiquant l'expertise, n'apportait aucun élément médical nouveau au dossier et qu'il mettait simplement en avant les différences d'appréciation de deux praticiens devant le même problème. Quant aux atteintes à la santé d'ordre orthopédique, les Drs Z._____ et P._____ s'en référaient à l'examen pratiqué par le Dr Q._____.

Une analyse économique pour les indépendants a été effectuée le 13 juillet 2011. L'enquêteur de l'OAI a procédé à une comparaison des champs d'activités, reproduite dans le tableau ci-après, dégageant une capacité de travail de l'assuré de 88.3 % :

A._____

Enquête économique : annexe 3, Comparaison des champs d'activité

	Champ d'activité	Heures hebdos sans handicap	Pondération sans handicap (en %)	Heures hebdos avec handicap	Rendement estimé avec handicap	Capacité de travail résiduelle avec handicap (en %)	Capacité de travail pondérée	Commentaires Précision de la limitation
1	Gestion, Admin, contacts, organisation	10	20.0 %	10.0	85%	85%	17.0 %	LF visuelles

2	Mécanique auto (travaux lourds)	15	30.0 %	15.0	100%	100%	30.0 %	pas de LF
3	Mécanique auto (travaux fins + soudure)	17.5	35.0 %	17.5	75%	75%	26.3 %	LF visuelles
4	Déplacements, expertises, vente	7.5	15.0 %	7.5	100%	100%	15.0 %	pas de LF
5	Total	50	100 %	50.0			88.3 %	

Les Drs Z._____ et P._____, dans un avis du 21 juillet 2011, constataient que sur l'activité globale, l'enquêteur arrivait à une capacité de travail de 88.3%, c'est-à-dire très proche des résultats de l'expertise ophtalmologique.

Le 13 septembre 2011, la Dresse M._____ a écrit que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié depuis l'année précédente, le gros problème professionnel de celui-ci restant la perte de sa vision binoculaire. Elle soulignait le risque pour l'œil gauche de présenter une ophtalmie sympathique en raison de l'accident subi sur l'œil droit.

Une nouvelle analyse économique pour les indépendants a été effectuée le 9 novembre 2011 après que l'assuré a transmis ses comptes d'exploitation ainsi que ses déclarations fiscales. Il en découlait un taux d'invalidité de l'assuré de 12.02 % selon le tableau suivant :

A._____

Enquête économique : annexe 4, Méthode extraordinaire (CII ch. 3103 et suivants)

	Activités	Pondération sans handicap	Pondération avec handicap	Salaire théorique mensuel	Salaire théorique annuel	Revenu sans handicap	Revenu avec handicap
1	Gestion, Admin, contacts, organisation	20.0%	17.0%	SFr. 6'667	SFr. 80'004	SFr. 16'001	SFr. 13'601
2	Mécanique auto (travaux lourds)	30.0%	30.0%	SFr. 6'029	SFr. 72'348	SFr. 21'704	SFr. 21'704
3	Mécanique auto (travaux fins + soudure)	35.0%	26.3%	SFr. 6'029	SFr. 72'348	SFr. 25'322	SFr. 18'991
4	Déplacements, expertises, vente	15.0%	15.0%	SFr. 5'333	SFr. 63'996	SFr. 9'599	SFr. 9'599
	Total	100.0 %	88.3 %			SFr. 72'626	SFr. 63'896

Revenu sans atteinte à la santé (RS brut)	72626
Revenu d'invalidé (RI brut)	<u>63896</u>
Préjudice économique	8731 [recte : 8730]
Taux d'invalidité	12.02%

Le 6 janvier 2012, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière dès le 1^{er} février 2009, et à une demi-rente dès le 1^{er} juillet 2009 jusqu'au 31 mai 2010. A la suite des objections formulées par l'assuré le 8 février 2012, l'Office AI a, par décision du 23 avril 2012, confirmé le projet précité.

B. Par acte du 24 mai 2012, A. _____, représenté par Me Raphaël Tatti, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision rendue le 23 avril 2012 par l'Office AI. Il conclut avec dépens, principalement, à la réforme de la décision

attaquée en ce sens qu'il a droit à une demi-rente au-delà du 31 mai 2010 et subsidiairement, au renvoi du dossier de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants du recours. Le recourant conteste en substance l'amélioration à 100 % de sa capacité de travail dès le 22 février 2010, tel que cela ressort du rapport d'expertise ophtalmologique ainsi que de l'enquête économique du 13 juillet 2011. Le recourant souligne d'une part que les conclusions de l'expert J. _____ s'inscrivent en contradiction avec celles de l'ensemble des médecins consultés (en particulier la Dresse M. _____ ainsi que les médecins de l'Hôpital ophtalmique [...]). D'autre part, la reprise de l'activité professionnelle à 100 % depuis le 22 février 2010 n'aurait jamais été admise, justifiée ou étayée et serait ainsi dépourvue de tout fondement médical. Le recourant constate par ailleurs que dans son rapport du 10 février (recte : 21 mars) 2011, le Dr Q. _____ aurait apprécié l'état de santé général et la capacité de travail résiduelle en prenant en compte la lésion à l'œil alors que ce praticien n'est pas un spécialiste en ophtalmologie. Le recourant relève que nonobstant ses demandes, aucune expertise médicale n'a été diligentée en lien avec l'incidence sur son rendement professionnel de son angoisse liée aux risques de perte de son deuxième œil. Pour le surplus, le recourant expose qu'il ressortirait des documents fiscaux et bilans comptables produits en relation avec l'enquête économique complémentaire du 13 juillet 2011 une diminution de son bénéfice net depuis son accident de février 2008. Il précise à cet égard que sans l'aide bénévole de son père, un employé devrait être engagé à mi-temps, ce qui réduirait d'autant le bénéfice en question.

Dans sa réponse du 9 août 2012, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il se détermine comme il suit sur les arguments avancés par le recourant :

"Le rapport d'expertise du Dr J. _____ a pleine valeur probante. Sur le fond, il se base sur un examen détaillé de l'assuré, avec des conclusions claires, contrairement à ce que prétend l'assuré. Le seul fait que les conclusions de l'expert divergent de l'avis d'autres médecins consultés par l'assuré ne suffit pas à les invalider.

[...]

En l'espèce, il ne peut être que constaté que l'expert J. _____ n'a omis aucun élément pertinent dans le cadre du mandat qui lui a été

confié. Quant à l'avis contraire des médecins consultés, à savoir principalement la Dresse M. _____, il ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expert. Ce dernier a constaté que l'assuré a présenté une pleine incapacité de travail du 22 février 2008 au 9 mars 2009, puis une incapacité de 50% jusqu'au 21 février 2010. Il précise que le dommage subi à l'œil a entraîné une perte de fonction visuelle unilatérale droite et de la vision stéréoscopique. Cela implique que l'assuré doit fournir davantage d'efforts et de temps ainsi que mettre en place des stratégies compensatoires, mais que les troubles sont en fait minimes. En définitive, la capacité de travail dans l'activité habituelle est à nouveau entière, avec une baisse de rendement de 15%, cette dernière devant disparaître dans le futur.

Quant à la Dresse M. _____, nous constatons qu'elle se limite à dire dans son rapport du 11 octobre 2010 que l'œil valide (gauche) pourrait développer une ophtalmie sympathique et que la perte de la vision binoculaire semble limiter la capacité de travail de l'assuré à 50%.

Force est de constater que cette praticienne évoque une atteinte susceptible d'apparaître ultérieurement. Nous ne pouvons dès lors pas en tenir compte. En outre, son estimation de la capacité de travail ne repose sur aucun élément étayé. Le ton prudent transparaissant sous sa plume est d'ailleurs éloquent : « l'activité exercée me **semble** encore possible mais avec une efficacité réduite d'**environ** 50%. La capacité de travail est **difficile à évaluer...** » (mis en évidence par nous).

Pour terminer, la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous l'angle psychiatrique n'est pas nécessaire. En effet, aucun élément au dossier ne permet de soupçonner une telle atteinte, et le recourant n'a jamais consulté de médecin pour bénéficier de soins de cette nature."

Par réplique du 19 novembre 2012, le recourant maintient l'intégralité des conclusions développées à l'appui de son mémoire du 24 mai 2012. Soutenant que l'expertise sur laquelle l'Office AI s'est fondé est entachée de contradictions, d'incertitudes et de lacunes, il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire devant non seulement porter sur l'évaluation de la capacité de travail et du rendement compte tenu de la perte de son œil mais également sur l'éventuel impact psychologique de l'accident sur l'une des capacités précitées.

Dans sa duplique du 27 novembre 2012, estimant que les arguments développés par le recourant dans sa dernière écriture ne sont pas de nature à remettre en cause le bien fondé de sa décision, l'Office AI confirme la teneur de sa réponse du 9 août 2012.

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 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 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 23 avril 2012 par l'OAI.

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. (cf. 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 vaudoise 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. L'OAI a alloué au recourant une rente entière du 1^{er} février 2009 au 30 juin 2009, puis une demi-rente pour une durée limitée, soit jusqu'au 31 mai 2010. Il y a lieu d'examiner sa suppression remise en cause par le recourant.

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

b) L'article 17 LPGA prévoit que, 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 (al.1).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

3. **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une

infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à un trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI).

Selon l'art. 88a RAI (Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201), dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

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. 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_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 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; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

c) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. 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 d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013, consid. 2.3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a).

4. Le recourant conteste le bien fondé de la décision dont est recours. Il invoque une mauvaise évaluation de son état général par l'OAI.

a) Sur le plan psychique, le recourant ne suit aucun traitement et ne consulte aucun médecin de ce chef. S'il est certes compréhensible que l'accident vécu soit traumatisant rien n'indique en l'espèce, qu'il existe une incapacité de travail du recourant à cet égard. Dans ces circonstances il ne se justifie pas de donner suite à la requête de mise en œuvre d'une expertise telle que formulée par le recourant (cf. appréciation anticipée des preuves; ATF 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2 et les références citées, 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_818/2008 du 18 juin 2009, consid. 2.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008).

b) Sur le plan orthopédique du recourant, les Drs L. _____ et V. _____ ont signalé un problème au genou droit (entorse avec lésion du LCA et du ménisque interne) survenu à la suite d'un accident de football datant de mai 2008. Une intervention chirurgicale avait d'ailleurs été proposée au recourant par le Dr V. _____ au mois de mars 2009. Le 29 septembre 2009, ce même médecin a informé l'Office AI qu'aucune suite n'avait été donnée à sa proposition. L'OAI a instruit ce point en confiant la réalisation d'un examen orthopédique au Dr Q. _____. Au terme de son rapport d'examen, établi à la suite d'un examen clinique de l'assuré, cet orthopédiste n'a pas retenu de diagnostic invalidant en lien avec cette atteinte à la santé. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, il l'estimait entière tant dans l'activité habituelle de mécanicien que dans toute autre activité adaptée. En effet, hormis deux arrêts de travail de durée limitée (six et deux semaines), l'assuré a toujours bénéficié d'une aptitude de travail entière sur le plan ostéomusculaire dans son métier habituel. Il n'existe en l'occurrence aucun motif de se distancer de cette dernière appréciation, le recourant ne paraissant au demeurant pas la contester.

c) La perte de l'œil droit, a entraîné celle de la vision stéréoscopique. Le Dr J. _____, dans son expertise, aboutit à la conclusion que la capacité de travail du recourant est entière dès le 22 février 2010 avec un rendement cependant réduit d'au maximum 15%. Le recourant conteste cette appréciation en se prévalant des certificats de la Dresse M. _____. Dans son rapport du 11 octobre 2010, celle-ci écrit que l'activité exercée lui semblait encore possible mais avec une efficacité réduite d'environ 50 %. Cette dernière estimation est néanmoins sujette à réserve dès lors qu'à sa suite, la Dresse M. _____ y précise que "la capacité de travail est difficile à évaluer car elle dépend du type de travail exercé antérieurement et du degré de la précision nécessaire à effectuer les tâches antérieures". Il est ici le lieu de relever que la perte de la vision binoculaire est problématique pour l'exercice de travaux fins ou de la soudure mais pas pour les travaux lourds ou administratifs. Ce constat s'impose d'autant que la Dresse M. _____ affirme que la capacité de

travail du recourant est limitée dans les domaines qui requièrent une vision binoculaire mais que d'autres activités sont possibles sans restriction. En l'espèce, le recourant est propriétaire de son garage et son activité habituelle ne se cantonne pas à la réalisation de travaux fins. Il résulte ainsi des tableaux des analyses économiques au dossier que l'activité de l'assuré se décompose en quatre ; soit la part administrative, à raison de 20 %, la part de travaux lourds, à raison de 30 %, la part de travaux fins, à raison de 35 % et la part de déplacements, expertises, vente, à raison de 15 %. Or, seule la part de travaux fins est problématique du fait de la perte de la vision binoculaire et dans laquelle une diminution de rendement existe. On ne peut donc admettre comme le fait la Dresse M. _____ une incapacité de travail du recourant de 50 % dans l'activité exercée.

En ce qui concerne l'expertise du Dr J. _____, le recourant avance que rien n'indique que l'expert a eu accès à son dossier médical complet. L'expert n'énumère certes pas les documents mais il décrit dans l'anamnèse les suites directes de l'accident avec le diagnostic posé à l'hôpital ophtalmique et les soins prodigués alors. Partant il ne fait nul doute que l'expert a eu à disposition les documents médicaux ne serait-ce déjà que par la remise du dossier de l'intimé. Cela étant, cette critique formelle est tout à fait secondaire compte tenu de l'absence de contestation sur les diagnostics posés par l'expert. Quant au fait que l'expert a indiqué que sur le plan physique, le recourant ne présente aucune limitation il n'est pas contradictoire avec le constat d'un problème de stéréoscopie. Rien n'indique au dossier que certaines activités seraient inaccessibles au recourant. Elles apparaissent au contraire toutes à sa portée mais avec pour certaines d'entre elles une diminution de rendement. Quant à l'utilisation de l'expression « capacité résiduelle » par le Dr J. _____ on n'y voit pas la portée que lui prête le recourant selon lequel, il y aurait contradiction à parler de « capacité de travail résiduelle » tout en reconnaissant une capacité de travail entière. Il est le lieu de préciser qu'à aucun moment, l'expert ne mentionne une diminution de la capacité de travail autre qu'une diminution de rendement.

Enfin, l'expert mentionne une reprise de l'activité professionnelle à 100% dès le 22 février 2010, ce que le recourant conteste. Or, le dernier certificat médical du 15 février 2010 de la Dresse M. _____ fait mention d'une incapacité de travail de 50% jusqu'au 21 février 2010. Pour le surplus, aucun motif au dossier ne laisse supposer que cette incapacité de travail ait perduré. Le recourant ne produit aucune pièce en ce sens.

En définitive, à l'aune de ces constatations, il y a lieu d'attribuer pleine valeur probante aux conclusions du rapport d'expertise du Dr J. _____ qui se fonde sur une étude complète et fouillée du dossier. Il convient par voie de conséquence de s'en tenir à l'appréciation médicale retenue par l'OAI dans la décision attaquée.

d) Dans sa réplique, le recourant invoque l'art. 17 LPGA en soutenant l'absence de modification de son état de santé justifiant finalement la suppression de son droit à la rente. On doit admettre qu'il est vrai que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié dans la mesure où il y a eu perte de son œil droit le jour de l'accident et que la situation n'a pas évolué depuis lors. Il est néanmoins de fait que l'ensemble des praticiens consultés ont relevé que la situation devait évoluer dans le sens que le nouvel état du recourant nécessitait une période de réadaptation. Or, au sens de l'art. 17 LPGA, une rente peut aussi être révisée lorsque l'état de santé de l'assuré est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3063 pp. 832 - 833).

e) En définitive, c'est à raison que dans sa décision, l'Office AI a constaté que consécutivement à l'évolution de sa capacité de travail vers 100 % dès le 22 février 2010, le recourant présentait dès lors un degré d'invalidité de 56 % (après comparaison des revenus raisonnablement exigibles au sens de l'art. 16 LPGA). Ladite amélioration

ayant duré plus de trois mois (cf. art. 88a al. 1 RAI), la suppression du droit à la demi-rente se justifiait à partir du 1^{er} juin 2010.

f) Par surabondance, on constate que le recours devrait de toute façon être rejeté dans la mesure où au titre de son devoir de diminuer le dommage, il est exigible de la part du recourant qu'il change de profession à la suite de son accident.

En effet, lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, ce dernier peut être tenu de quitter son poste de travail, voire de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité plus lucrative (cf. TFA I 840/1981 du 26 avril 1982, in RCC 1983 p. 246), ou encore d'accepter un emploi le contraignant à changer de domicile, en vertu de son obligation de réduire le dommage résultant de l'invalidité (ATF 113 V 22 consid. 4 et 109 V 25 consid. 3c). L'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle, l'ensemble des circonstances devant être prises en considération, conformément au principe de proportionnalité, applicable de manière générale en droit des assurances sociales (ATF 122 V 377 consid. 2b/cc, 119 V 250 consid. 3a ; voir également ATF 113 V 22 consid. 4d, ainsi que PETER OMLIN, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Fribourg 1995, p. 185 ss, spéc. p. 203 ss).

Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que moins l'entreprise est importante, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers les tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de

l'atteinte à la santé (TF 9C_580/2007 du 17 juin 2008, consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances objectives et subjectives du cas concret, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 7.2.1 et 9C_236/2009 du 7 octobre 2009, consid. 4.3 ; voir également TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 4 ; s'agissant de la situation d'un agriculteur, voir TFA I 38/2006 du 7 juin 2006, consid. 3.2 et les références).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_540/2011 du 15 mars 2012, consid. 3.2 et les arrêts cités et 9C_578/2009 du 29 décembre 2009, consid. 4.2.2 et les arrêts cités). Par ailleurs, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple,

lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle (ATF 113 V 22 consid. 4d et les références citées ; TF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009, consid. 4.2.3 et les références citées) (TF 9C_924/2011 du 3 juillet 2012, consid. 5.2).

En l'occurrence, le recourant était âgé de 37 ans au moment de la décision litigieuse sans qu'il n'existe de motif contredisant que l'on puisse exiger de sa part l'abandon de son activité d'indépendant au profit d'une activité salariée qu'il pourrait exercer à plein temps. La Dresse M._____ est elle-même d'avis que d'autres activités étaient possibles sans restriction (cf. chiffre 4 du rapport médical du 11 octobre 2010 de ce médecin). Ainsi, tenant compte du niveau de salaire pour l'exercice d'activités simples et répétitives selon l'ESS (61'238 fr. 44 pour 2009, année d'ouverture du droit à la rente) et du revenu sans invalidité retenu par l'intimé (72'626 fr.), il en découlerait un degré d'invalidité de 15,68 %, arrondi à 16 % (ATF 130 V 121), insuffisant pour ouvrir le droit à la rente (cf. consid. 3a supra).

5. a) En définitive mal fondé, le recours 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 (art. 69 al. 1bis LAI) ; 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 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice peuvent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des

dépens dès lors que l'intéressé n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours déposé le 24 mai 2012 par A. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 avril 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'A. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Raphaël Tatti (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :