

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Renens, recourant, représenté par Me Patrick Mangold,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 16 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 25 mars 1951, ressortissant portugais titulaire d'un permis C, chauffeur poids lourds, a déposé plainte pénale le 10 juillet 2009 à raison des faits suivants:

"ME 08.07.09, vers 1500, je suis arrivé à la gravière au volant d'un camion 4 essieux. Je devais décharger de la terre. Pour ce faire, j'ai conduit mon véhicule en haut d'une légère butte. Au bas de celle-ci, il y avait un autre camion dans le même sens que moi, mais arrêté. J'ai donc passé à côté et monté la rampe. Arrivé en haut, j'ai manoeuvré et vidé ma benne. A ce moment, cet autre chauffeur est arrivé rapidement avec son camion. Pour ma part, j'avais la benne en haut et je m'apprêtais à partir. Ce chauffeur a reculé et s'est placé devant mon véhicule. Il s'est mis à klaxonner. J'ai déplacé mon camion et me suis mis plus ou moins à côté de lui et lui ai demandé ce qu'il voulait. Il est descendu de son camion et est venu vers le mien. Il a ouvert ma portière et s'est mis à me frapper. Je l'ai repoussé à coups de pied et j'ai fermé ma portière. Il est revenu à la charge, a rouvert la portière. J'étais décidé à lui donner un bon coup de pied, mais il a saisi ma jambe et m'a tiré dehors. Je suis donc tombé sur le côté gauche d'une hauteur de 1,5 m. Suite à cette chute, j'ai ressenti des douleurs dans le dos. Il est à relever que j'ai eu un accident il y a 2 ans, lors duquel je me suis cassé la 3^{ème} vertèbre lombaire. De ce fait, je dois donc faire attention à mon dos. L'autre chauffeur ne s'est pas inquiété de moi et a quitté les lieux avec son véhicule. Craignant m'être cassé quelque chose, je suis resté étendu sur le sol et c'est un peu plus tard, soit environ 8-10 minutes que le fils de mon patron est arrivé au volant d'un camion pour vider. C'est lui qui a appelé l'ambulance. Lors de mon hospitalisation au [...], j'ai subi un scanner qui n'a rien révélé. Toutefois, j'ai un arrêt de travail jusqu'au 15.07.09."

Le CT cervico-thoraco-abdominal réalisé le 8 juillet 2009 par les Drs Q. _____, chef de clinique et J. _____, médecin-assistant au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du [...] n'a pas mis en évidence de lésion traumatique, seule une ancienne fracture-tassement de L1 ayant été identifiée.

Par rapport médical intermédiaire LAA du 29 août 2009 la Dresse B. _____, médecin-assistant au [...], a diagnostiqué une contusion lombaire, indiquant que le traitement consistait en de l'antalgie simple.

Le 16 décembre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente, en indiquant quant au genre de l'atteinte "troisième vertèbre du dos cassée. Problème de dos + douleurs". Il a précisé avoir été en incapacité de travail totale du 17 avril 2007 au 16 avril 2008, à 50% du 16 avril au 6 juillet 2008 et du 19 janvier au 19 avril 2009, à 20% du 20 avril au 17 mai 2009, et à 100% dès le 9 juillet 2009.

L'assureur-accidents a mandaté le Dr V._____, rhumatologue, afin qu'il examine l'assuré, ce qu'il a fait le 14 décembre 2009. Dans son rapport d'expertise du 18 décembre 2009, ce spécialiste a posé les diagnostics suivants: dorsolombalgies faisant suite à une agression le 8 juillet 2009 avec chute d'environ 1,50 m sur le côté gauche, status après fracture de D12 avec pose puis ablation d'un fixateur interne, état dépressif faisant suite à l'agression. Le Dr V._____ a encore relevé qu'en l'absence de séquelle objective sur le plan neurologique et en tenant compte d'un rachis fragile et traumatisé en 2007, il y avait lieu d'envisager un travail adapté (ne nécessitant pas le port de charges ou le travail en porte à faux antérieur et permettant le changement des postures) à un taux d'au moins 80%. Le Dr V._____ a enfin observé ce qui suit:

"Le traumatisme du 8 juillet 2009 était effectif mais il ne semble pas avoir généré de lésion objective sévère. La problématique liée à cet accident devrait donc s'estomper au fil du temps alors que l'on peut craindre que la problématique maladie (état dépressif et somatisation) s'amplifie notamment dans l'attente du résultat des procédures. Pour M. A._____ son agresseur devra faire face à ses responsabilités. D'un point de vue asséculo-logique il faut dès lors ouvrir un dossier AI puisque l'on pourra considérer, à la date effective du licenciement, que la situation ressortira essentiellement d'une problématique médicale."

Selon le questionnaire pour l'employeur du 18 janvier 2010, l'assuré avait oeuvré en qualité de chauffeur poids lourd du 1^{er} février 2000 au 30 avril 2010 auprès de l'entreprise G._____, son dernier jour de travail ayant été le 7 juillet 2009. Son salaire mensuel, servi douze fois, se montait à 5'100 fr. dès le 1^{er} janvier 2009. L'employeur a en outre confirmé les périodes d'incapacité que l'assuré avait indiquées à l'appui

de sa demande de prestations AI. Par courrier du même jour à l'assuré, l'employeur a mis un terme aux rapports de travail avec effet au 30 avril 2010.

Dans son rapport médical du 20 janvier 2010, le Dr R._____, médecin traitant, a posé les diagnostics de fracture D12 opérée avec fixateurs D11 -D12 le 17 avril 2007, retenant sans effet sur la capacité de travail un état anxio-dépressif traité par le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le Dr R._____ faisait état d'une incapacité de travail totale à compter du 8 juillet 2009 en raison de douleurs au niveau du dos. Il était d'avis que l'activité de chauffeur poids lourd ne pouvait plus être exercée, mais qu'il était possible qu'une activité adaptée, à évaluer par un spécialiste, soit exercée entre quatre et six heures par jour, observant qu'une reconversion lui paraissait difficile vu l'âge du patient.

Selon le rapport d'évaluation du 1^{er} février 2010 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), l'assuré déclarait ressentir trop de douleurs pour pouvoir retravailler et ne se sentait de ce fait pas capable d'entreprendre des mesures et souhaitait l'octroi d'une rente AI.

Dans son certificat médical intermédiaire LAA du 24 février 2010, le Dr T._____, psychiatre traitant, a relevé qu'il n'y avait pas de dommage permanent à craindre sur le plan psychiatrique, et que l'évolution était bonne, relevant que son patient présentait un handicap majeur sur le plan somatique, savoir une hyperalgie du dos.

Dans son rapport médical du 12 avril 2010 à l'OAI, le Dr T._____ a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, autres réactions à un facteur de stress sévère (agression physique) (F43.8), depuis le 8 juillet 2009, ainsi qu'un status post-fracture de la colonne lombaire, opérée deux ans auparavant. Ce spécialiste a relevé que depuis l'agression du 8 juillet 2009, l'humeur de son patient était dépressive avec péjoration de sa dorsolombalgie sur un status après fracture D12 en 2007.

Il était d'avis que l'état psychique était en évolution progressivement favorable, le pronostic étant lui aussi relativement favorable. Si l'incapacité de travail était de 100% comme chauffeur poids lourd, la capacité de travail était entière sur le plan psychique à 100%, sous réserve de son atteinte "hyperalgie du dos".

Par communication du 10 mai 2010, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, et qu'il examinait le droit à une éventuelle rente.

Par courrier du 10 juin 2010 à l'OAI, l'assureur-accidents lui a fait savoir qu'il avait versé des indemnités journalières LAA à 100% du 11 juillet 2009 au 31 mai 2010, puis à 20% dès le 1^{er} juin 2010, à la suite d'un avis du Dr V. _____, médecin-expert.

Le 5 juillet 2010, le Dr T. _____ a confirmé à l'OAI l'évolution favorable sur le plan psychiatrique, notant à nouveau que son patient présentait une hyperalgie du dos, et renvoyant à son médecin traitant s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Ce médecin relevait que le traitement médicamenteux et psychothérapeutique devait être poursuivi jusqu'à clarification de sa situation socioprofessionnelle.

Par rapport SMR du 27 octobre 2010, le Dr W. _____ a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle comme chauffeur poids lourds, mais qu'elle était de 80% dans une activité adaptée (soit une baisse de rendement de 20% sur un plein temps), avec les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions. Il retenait le mois de juillet 2010 comme début de l'aptitude à la réadaptation.

Par projet de décision du 23 novembre 2010, l'OAI a refusé la rente à l'assuré, en retenant qu'il présentait un degré d'invalidité de 24% ne donnant pas droit à une rente d'invalidité, avec la motivation suivante:

"Résultat de nos constatations:

Vous exercez l'activité de chauffeur poids lourds auprès de l'entreprise G._____.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 7 juillet 2009. C'est à partir de cette date qu'est fixé le 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]. A l'échéance du délai en question, soit au 7 juillet 2010, votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle de chauffeur poids lourds.

Toutefois, selon les pièces médicales portées au dossier, une capacité de travail de 80% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions).

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé, soit CHF 61'200.-, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières à un taux de 80%.

[...]

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 2008, CHF 4'806.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'010.26 (CHF 4'806 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 60'123.06.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 2.10 %; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'385.64 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 80%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 49'108.52 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de votre âge, un abattement de 5% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé d'élève ainsi à CHF 46'653.09. Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant:

Comparaison des revenus:

sans invalidité	CHF	61'200.00	
avec invalidité	CHF	46'653.10	
La perte de gain s'élève à	CHF	14'546.90	= un degré d'invalidité de 24%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.
Compte tenu de votre âge et de l'absence de formation, il n'existe pas de mesures professionnelles susceptibles de réduire votre perte économique. Seule une aide au placement peut vous être proposée."

L'assuré, par son conseil, s'est déterminé sur le projet de décision le 6 janvier 2011, en relevant que son médecin traitant était d'avis qu'il ne pouvait travailler qu'à 50% dans une activité adaptée et en contestant le revenu sans invalidité ainsi que l'abattement de 5%.

Par décision du 26 octobre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 novembre 2010. Il a en outre joint à son envoi un courrier du même jour, dans lequel il a expliqué s'être fondé sur l'expertise du Dr V._____, qui avait pleine valeur probante, précisant, s'agissant du revenu sans invalidité, qu'il ne percevait pas de 13^{ème} salaire. L'OAI a par ailleurs maintenu l'abattement de 5%.

B. Par acte du 18 novembre 2011, A._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité, et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction. Il requiert en outre une expertise judiciaire à confier à des spécialistes en psychiatrie. En substance, il fait valoir que le Dr V._____ ne s'est pas formellement prononcé sur sa capacité de travail résiduelle, que son expertise est incomplète, notamment lorsqu'elle n'explique pas la froideur des deux pieds avec prédominance à gauche, et que selon ses médecins traitant (généraliste et psychiatre), l'incapacité de travail perdure. Il produit à cet égard la feuille d'accident LAA signée par le Dr R._____, ainsi qu'un certificat médical du Dr T._____ du 7 novembre 2011 selon lequel il nécessite une prolongation de son incapacité de travail de 100% du 8 novembre au 15 novembre 2011, date à laquelle elle sera réexaminée. Il en conclut que l'expertise du Dr V._____ est insuffisante pour établir sa capacité de travail résiduelle, le taux de 80% avancé par l'expert ne l'étant qu'avec retenue. Il relève encore que le Dr V._____ évoque une

composante psychiatrique, savoir un état dépressif, directement liée à l'accident selon lui, qui doit également être instruite. Dans un autre moyen, il fait valoir que l'intimé aurait dû adapter le salaire sans invalidité à l'évolution des salaires, ce qui le porte à 61'489 fr. 60 (+ 0,8%). Il conteste en outre l'abattement de 5%, arguant qu'il est étranger, qu'il parle mal le français et qu'il a passé de nombreuses années auprès du même employeur, qu'il est proche de l'âge de la retraite, et qu'il souffre quotidiennement des suites morales et physiques de son accident ce qui justifie un abattement de 25%. Il en résulte ainsi selon lui une perte de gain de 24'658 fr. 20, correspondant à un degré d'invalidité de 40.3% qui lui ouvre le droit à un quart de rente. Il produit notamment le jugement rendu le 12 mai 2011 par le tribunal de police de l'arrondissement de [...], qui a constaté que l'auteur de l'événement du 8 juillet 2009 s'était rendu coupable de lésions corporelles simples, donnant acte pour le surplus de ses réserves civiles au recourant, dans la mesure où il ne pouvait déterminer si les maux dont il se plaint sont liés à l'événement de juillet 2009 ou à un précédent accident survenu en avril 2007.

Dans sa réponse du 22 décembre 2011, l'intimé propose le rejet du recours. Il admet néanmoins de revoir l'abattement, en le faisant passer à 10%, mais observe que cela ne conduit pas à admettre le droit à une rente d'invalidité.

Dans sa réplique du 24 janvier 2012, le recourant maintient sa demande de nouvelle expertise, estimant que l'expertise du Dr V. _____ est insuffisante. Il rappelle par ailleurs qu'il a passé trente ans à exercer la même activité de chauffeur poids lourds, facteur dont il y a lieu de tenir compte. Il en déduit qu'un abattement de 25% est justifié. A l'appui de sa réplique, le recourant produit un extrait du procès-verbal de l'audience pénale des 9 mars et 12 mai 2011, ainsi qu'une copie du courrier adressé le 5 juillet 2010 au juge d'instruction par le Dr T. _____, dans lequel on peut lire que ce médecin le suit depuis le 6 novembre 2009 des suites de l'agression du 8 juillet 2009, qu'il présente un diagnostic de trouble de l'adaptation à un facteur de stress sévère (agression physique) et un status post-fracture de la colonne lombaire opéré deux ans auparavant. Le

Dr T._____ explique encore que la vie du recourant était structurée autour de son activité professionnelle et qu'il présente depuis l'agression une humeur dépressive avec péjoration de sa dorsolombalgie.

L'OAI a indiqué par duplique du 6 février 2012 ne pas avoir d'autre commentaire à formuler.

C. Le dossier de l'assureur-accidents a été produit et les parties invitées à le consulter et à faire part de leurs déterminations éventuelles le concernant. Elles n'ont pas déposé de déterminations complémentaires.

Il ressort notamment du dossier de l'assureur-accidents que le recourant a été victime d'un accident professionnel le 17 avril 2007 (chute d'une remorque de camion avec fracture de D12), qui a justifié le 18 avril 2007 une réduction sanglante et la mise en place d'un fixateur interne D11-L1 (cf. rapport médical du 10 mai 2007 des Drs E._____ et I._____). Selon le rapport d'expertise médicale du Dr V._____ du 20 février 2009, les diagnostics retenus sont ceux de douleurs de la jonction dorsolombaire après fracture de D12, pose puis ablation d'un fixateur interne et probable irritation de la racine postérieure D12-L1 gauche, ainsi que celui de diabète de type II avec surcharge pondérale. Le Dr V._____ note encore que la capacité de travail exigible comme chauffeur poids lourds est d'environ 50%, avec alors des risques de licenciement. Il relève que le handicap subsistant est à attribuer à l'accident du 17 avril 2007 et que d'un point de vue théorique et dans une activité parfaitement adaptée au rachis, permettant l'alternance des postures et sans port de charge, une capacité de travail de plus de 75% serait envisageable, mais il faudrait alors proposer une reconversion professionnelle.

Il figure également au dossier de l'assureur-accidents un certificat médical du 4 juin 2011 du Dr R._____ à l'attention de l'assurance-chômage selon lequel le recourant est inapte au travail à 50% depuis le 1^{er} juin 2010, avec la précision qu'il peut encore exercer une activité sans effort avec le dos avec changement de position.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) 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). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- 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 (let. a);

- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne

durant une année sans interruption notable (let. b);

- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, 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).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 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. 2 et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/2006 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 et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

4. Le recourant conteste disposer d'une capacité résiduelle de travail de 80% (soit de 100% avec une baisse de rendement de 20%) dans une activité adaptée, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé dans la décision litigieuse. Il soutient que le Dr V._____ ne s'est pas formellement déterminé sur sa capacité de travail résiduelle et que son expertise est incomplète, l'aspect psychiatrique devant en outre être instruit. L'intimé se réfère pour sa part à cette expertise.

a) Sur le plan somatique, le Dr V._____ pose les diagnostics de dorsolombalgies faisant suite à une agression le 8 juillet 2009 avec chute d'environ 1,50 m sur le côté gauche, de status après fracture de D12 avec pose puis ablation d'un fixateur interne et d'état dépressif faisant suite à l'agression. Confirmant les observations faites à la suite de l'accident du 8 juillet 2009, en particulier par la Dresse B._____ qui diagnostique une contusion lombaire (cf. rapport médical du 29 août 2009), ainsi que par les Drs Q._____ et J._____, qui relèvent que le CT cervico-thoraco-abdominal réalisé le 8 juillet 2009 n'a pas mis en évidence de lésion traumatique, le Dr V._____ constate que l'événement du 8 juillet 2009 ne semble pas avoir généré de lésion objective sévère (cf. rapport d'expertise du 18 décembre 2009). Le Dr V._____ a examiné le

recourant une première fois le 19 février 2009, à la suite de l'accident que ce dernier a subi le 17 avril 2007 et qui lui a occasionné une fracture de D12. Le Dr V._____ relevait alors que la capacité de travail exigible comme chauffeur poids lourds était de 50%, alors qu'elle était de 75% dans une activité adaptée au rachis, permettant l'alternance des postures et sans port de charges. Dans son appréciation de décembre 2009, le Dr V._____ tient ainsi compte du fait que le recourant présente un rachis fragile et traumatisé en 2007. C'est donc en parfaite connaissance du dossier et des antécédents du recourant qu'il évalue la capacité de travail résiduelle à 80% dans un travail adapté, ne nécessitant pas le port de charges, ni de travail en porte-à-faux et permettant l'alternance des postures. L'appréciation du Dr V._____ n'est pas contredite par celle du Dr R._____, qui pose le diagnostic de fracture D12 opérée avec fixateurs le 17 avril 2007. Pour le médecin traitant, une activité adaptée pourrait être exercée à raison de quatre à six heures par jour. Ce n'est qu'en raison de l'âge du patient qu'il retient qu'une reconversion lui paraît difficile (cf. rapport médical du 20 janvier 2010). La feuille LAA produite en procédure, dont il résulte que le Dr R._____ continue à reconnaître une incapacité de travail totale, sans autres explications, ne permet pas de remettre en cause cette appréciation. Finalement, il convient de retenir que l'expertise du Dr V._____, établie à la suite d'un examen du recourant, en pleine connaissance de son dossier, qui tient compte de ses plaintes, de son anamnèse, et dont les conclusions sont claires et exemptes de contradictions, remplit les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître valeur probante. C'est le lieu de rappeler que 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 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

En particulier, le fait que le Dr V._____ déclare ne pas avoir d'explications à fournir pour expliquer la froideur des deux pieds prédominant à gauche ne permet pas de nier valeur probante à son rapport. Au reste, ce spécialiste relève que les artères sont toutes palpées symétriquement, et que l'examen médical n'a pas changé depuis février

2009. Enfin, le Dr V._____ a demandé une nouvelle radiographie de la colonne lombaire et constate qu'elle est superposable à celle réalisée lors de l'expertise précédente, sans nouvelle lésion traumatique ou aggravation du tassement de D12.

Dans ces conditions, il convient donc de retenir que le recourant présente bien au plan somatique une capacité de travail résiduelle de 80%.

b) Sur le plan psychiatrique, le Dr V._____ fait état d'un état dépressif faisant suite à l'agression de juillet 2009. Cela étant, ce médecin est spécialiste en rhumatologie, et si son rapport peut se voir accorder pleine valeur probante sur ce plan, tel n'est pas le cas en matière psychiatrique. Au demeurant, le Dr R._____, qui n'est pas non plus psychiatre, observe que l'état anxio-dépressif traité par le Dr T._____ est sans effet sur la capacité de travail (cf. rapport médical du 20 janvier 2010). Il convient encore de relever que même le psychiatre traitant, le Dr T._____, relève qu'il n'y a pas de dommage permanent à craindre sur le plan psychiatrique à la suite de l'événement du 8 juillet 2009, avec une bonne évolution (cf. certificat médical intermédiaire LAA du 24 février 2010). Ce médecin pose le diagnostic de trouble de l'adaptation, autres réactions à un facteur de stress sévère (agression physique) (F43.8) existant depuis le 8 juillet 2009. Il relève ainsi depuis cette date une humeur dépressive, mais note que l'évolution est pourtant progressivement favorable. Ce praticien retient certes une incapacité de travail totale comme chauffeur poids lourds, mais constate que la capacité de travail est entière au plan psychique, sous réserve d'une hyperalgie du dos (cf. rapport médical du 12 avril 2010 à l'OAI). Le psychiatre traitant a confirmé l'évolution favorable sur le plan psychiatrique dans son rapport médical du 5 juillet 2010 à l'OAI. Le même jour, le Dr T._____ s'est adressé par courrier au juge d'instruction chargé d'instruire l'accident survenu le 8 juillet 2009. A cette occasion, il lui a fait savoir que le recourant présentait un trouble de l'adaptation à un facteur de stress sévère ainsi qu'un status post-fracture de la colonne lombaire, savoir des diagnostics connus qu'il avait déjà posés dans les mois précédents. Il a

encore précisé que le recourant présentait depuis l'agression une humeur dépressive, ce qu'il indiquait déjà dans son rapport médical du 12 avril 2010 à l'OAI. Cela étant, le Dr T. _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant lorsqu'il s'est adressé au juge d'instruction. Son courrier du 5 juillet 2010 n'apporte donc aucun élément supplémentaire dont il n'aurait pas été tenu compte. Il en résulte que si le Dr T. _____ retient effectivement que l'accident de juillet 2009 a eu une influence au plan psychiatrique, il est d'avis que la capacité de travail est néanmoins entière à ce niveau. Dans ces conditions, il ne peut être fait grief à l'intimé de ne pas avoir, à la suite du rapport du Dr V. _____, instruit plus avant la problématique psychiatrique. Le certificat médical du Dr T. _____ produit en procédure, selon lequel le recourant nécessite une prolongation de son incapacité de travail de 100% du 8 novembre au 15 novembre 2011, qui n'est pas motivé, ne permet pas de contredire ce qui précède.

5. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

a) A teneur de 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.

b) L'OAI retient un revenu sans invalidité de 61'200 fr., en se fondant sur les renseignements obtenus auprès de l'ancien employeur du recourant. Or il convient d'admettre, comme l'observe à juste titre ce dernier, que ce montant n'a pas été indexé de 2009 à 2010 (année d'ouverture du droit éventuel à la rente). Il convient dès lors de porter le revenu sans invalidité à 61'628 fr. 40 (cf. évolution des salaires nominaux selon le renchérissement de l'Office fédéral de la statistique [OFS], savoir une variation de + 0.7%).

c) Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence

admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires), publiées par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de quarante heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation, une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

d) En l'espèce, le recourant, sans formation professionnelle, a travaillé comme chauffeur poids lourds. Cette activité est considérée comme n'étant plus adaptée (cf. notamment le rapport médical du Dr W. _____ du SMR du 27 octobre 2010). Il convient par conséquent de se référer aux données de l'ESS, en prenant pour base le niveau de rémunération pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit 4'806 fr. par mois en 2008 selon l'ESS 2008, TA niveau de qualification 4 - Principaux résultats (Neuchâtel, novembre 2009), respectivement 4'935 fr. par mois selon les résultats définitifs de l'ESS 2008 (Neuchâtel, 2010, publiés le 16 juin 2010).

En procédant aux adaptations requises pour prendre en considération la durée du travail hebdomadaire dans les entreprises en 2008 (41.6 heures, La Vie Economique, 10-2010, p. 94, tableau B 9.2), on obtient un revenu annuel de 61'588 fr. 80. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 2.90%; La Vie économique, 10-2011. p. 99 tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel

de 63'374 fr. 88. Compte tenu d'un taux d'activité de 80% dans une activité adaptée, le salaire hypothétique est dès lors de 50'699 fr. 90.

L'intimé a procédé à une déduction de 5% en indiquant tenir compte de l'âge du recourant. Ce dernier fait pour sa part valoir qu'il est étranger, qu'il parle mal le français, qu'il a passé de nombreuses années à travailler pour le même employeur, qu'il est proche de la retraite, qu'il a travaillé durant trente ans comme chauffeur poids lourds et qu'il souffre quotidiennement des suites de son accident. Il en déduit que c'est un abattement de 25% qui aurait dès lors dû être opéré sur le revenu d'invalidité.

En cours de procédure, l'intimé a admis de faire passer l'abattement à 10%, tout en observant que cela ne permettait pas pour autant l'ouverture du droit à la rente.

Il convient de constater que les limitations fonctionnelles du recourant ont déjà été prises en compte dans le taux d'activité de 80% retenu dans une activité adaptée. S'il est exact qu'il est étranger, il n'en demeure pas moins titulaire d'un permis C et il vit en Suisse depuis 1979 (sous réserve d'une activité au Portugal de 1996 à 1998). Il ressort en outre de l'extrait de son compte individuel qu'il a travaillé à tout le moins pour six employeurs avant d'oeuvrer pour le compte de G._____. Certes le recourant était âgé de 60 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue. Or selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. arrêt TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.2.2.2, et, implicitement, TF 9C_835/2009 du 27 mai 2010, consid. 4.2), il apparaît que le moment déterminant pour procéder à l'évaluation de l'invalidité d'un assuré proche de l'âge de la retraite n'a pas encore été fixé — moment de la naissance éventuelle du droit à la rente ou moment de la décision litigieuse. En l'espèce, la Cour peut s'abstenir de prendre position sur cette problématique. En effet, que l'on se fonde sur l'âge du recourant au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente (59 ans et 3 mois), ou sur son âge au moment de la décision litigieuse (60 ans et 7 mois), il demeure que l'assuré n'était pas suffisamment proche de l'âge donnant

droit à une rente de vieillesse (65 ans révolus pour les hommes, cf. art. 21 al. 1 let. a LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10]) pour que l'on doive considérer qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité de travail sur un marché équilibré (cf. pour un cas d'admission, TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.2 et la référence citée, concernant un assuré âgé de près de 60 ans au moment de la naissance du droit à la rente, et de 61 ans et 5 mois au moment de la décision litigieuse). Aussi, au vu également du contexte personnel et professionnel de l'intéressé, la mise en valeur d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à son état de santé paraît objectivement exigible.

Compte tenu de l'ensemble des circonstances, c'est un abattement de 15% qui aurait dû être reconnu par l'intimé. Il en résulte dès lors un revenu avec invalidité de 43'094 fr. 92. En comparant ce revenu avec le revenu sans invalidité de 61'628 fr. 40, cela conduit à retenir une perte de gain de 18'533 fr. 48, soit un taux d'invalidité de 30.07% qu'il convient d'arrondir à 30%, et qui n'ouvre pas le droit à la rente. Même en retenant un salaire mensuel de 4'806 fr. pour le calcul du revenu d'invalidé, il en découlerait un taux d'invalidité de 32.26%, arrondi à 32%, qui n'ouvre pas non plus le droit à la rente. Le même constat s'imposerait avec un abattement de 20%.

6. L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mise en oeuvre d'expertise formulée par le recourant. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n°450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Il n'y a pas lieu non plus de donner suite à la

demande du recourant tendant à sa comparution personnelle (cf. TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011, consid. 2.1).

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Le recourant ne peut pas prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, de même qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant sera tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) et le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

c) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [Règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, Me Mangold a produit une liste de ses opérations pour une durée de 10 heures et 30 minutes au total, en précisant que c'est sa stagiaire qui s'est chargée de ces opérations. Compte tenu d'une rémunération de 110 francs de l'heure pour un avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. b RAJ), à laquelle s'ajoutent la TVA et les débours demandés par le

recourant (5 fr. 40, TVA comprise), une indemnité totale arrondie à 1'253 fr. (1'155 fr. + 92 fr. 40 de TVA + 5 fr. 40 de débours) est adéquate.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 octobre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Mangold, conseil du recourant, est arrêtée à 1'253 francs (mille deux cent cinquante trois francs).
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Patrick Mangold (pour A. _____),
- 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 :