

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 février 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Pittet et Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

J._____, à Chavannes-près-Renens, recourant, représenté par Me Michael Weissberg, avocat à Bienne,

et

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

Art. 7, 8, 16, 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. **a)** J._____ (ci-après : l'assuré), né le 16 décembre 1973, travaillait comme magasinier-cariste. Le 6 décembre 2007, en se rendant à son travail, il a fait une chute d'un mur de 5,5 mètres en se réceptionnant sur les talons. Depuis lors, il souffre d'une paraplégie incomplète ainsi que d'une spasticité des membres inférieurs. Le 25 février 2008, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

b) Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA ou SUVA). L'assuré a séjourné dans le service de paraplégie de la Clinique V._____ du 18 décembre 2007 au 12 août 2008, date de son retour à domicile.

Dans un rapport médical détaillé du 17 septembre 2008 adressé au médecin-conseil de la SUVA, le Dr I._____, médecin adjoint à la Clinique V._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 6 décembre 2007 au 10 décembre 2008 et a estimé qu'une activité professionnelle adaptée était tout à fait envisageable.

Dans un avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 13 novembre 2008, le Dr F._____ a estimé que si l'évolution continuait à être favorable, l'assuré devrait théoriquement être à même de pouvoir travailler en plein dans une activité adaptée se pratiquant en position assise, sans port de charges, et ce dès le mois de décembre 2008.

c) Le 1^{er} décembre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Il a exposé que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit dans une activité assise sans port de charges, qui lui permettrait de réaliser un revenu annuel hypothétique de 55'250 fr. 52 ; la comparaison

de ce revenu avec le revenu auquel l'assuré pourrait prétendre sans atteinte à la santé dans son ancienne activité, soit 59'065 fr., faisait apparaître un degré d'invalidité de 6.45%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Le 13 janvier 2009, l'assuré, représenté par l'Association [...], a contesté ce projet de décision, qu'il a estimé mal fondé et prématuré.

d) Dans un rapport médical du 15 décembre 2008, le Dr I. _____ a qualifié à cette date la paraplégie de spastique, incomplète, de stade ASIA C, de niveau sensitif L1 à droite et L3 à gauche et de niveau moteur L2 des deux côtés ; il a estimé que l'on pourrait vraisemblablement déclarer le cas stabilisé lors d'un contrôle qui devrait avoir lieu au mois de juin 2009 au plus tard.

e) L'assuré a de nouveau séjourné dans le service de réadaptation en paraplégie de la Clinique V. _____ du 18 mars 2009 au 29 avril 2009, date de son retour à domicile. Dans un rapport médical du 1^{er} mai 2009 adressé au médecin-conseil de la SUVA, le Dr I. _____ a indiqué que sur le plan professionnel, l'incapacité de travail dans l'ancienne activité de cariste était complète pour une durée prolongée ; la situation actuelle était médicalement stabilisée et l'on pouvait s'attendre à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en position assise, sans port de charges.

Dans un avis médical SMR du 10 septembre 2009, le Dr F. _____ a estimé, sur la base du rapport médical du 1^{er} mai 2009 du Dr I. _____, que l'état de santé de l'assuré était stabilisé à partir du 29 avril 2009, avec dès lors une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée exercée en position assise et sans port de charges.

B. **a)** Le 29 septembre 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un nouveau projet de décision, par lequel il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2008 au 31 juillet 2009 et dont la motivation était en substance la suivante :

Depuis le 6 décembre 2007 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de l'assuré est considérablement restreinte. L'assuré a travaillé comme magasinier et cariste. Des pièces médicales au dossier, il ressort que sa capacité de travail est nulle dans l'activité de cariste. A l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), soit le 6 décembre 2008, son incapacité de travail et de gain est entière, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière de l'AI. Toutefois, depuis le mois d'avril 2009, une capacité de travail entière peut raisonnablement être exigée de lui dans une activité en position assise sans port de charge. Pour établir le degré d'invalidité, le revenu auquel il pourrait prétendre sans atteinte à la santé dans son ancienne activité (59'065 fr.) doit être comparé au revenu qu'il pourrait obtenir dans une activité adaptée, soit 55'250 fr. 50 (revenu calculé sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires, moyennant un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles). L'assuré présente ainsi un degré d'invalidité de 6.45%. Ce degré d'invalidité n'ouvrant plus le droit à une rente de l'AI, la rente doit être supprimée le 31 juillet 2009, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail et de gain de l'assuré.

b) L'assuré, représenté par l'Association [...], a contesté ce projet de décision par courrier du 5 novembre 2009, en indiquant ne pas être en mesure d'exercer une activité professionnelle à plein temps et en demandant la mise en œuvre d'une expertise médicale.

c) Par décision du 25 janvier 2010 – précédée d'une lettre explicative du 10 novembre 2009 qui se référait au rapport médical du 1^{er} mai 2009 du Dr I. _____ (cf. lettre A.e supra) –, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 29 septembre 2009 (cf. lettre B.a supra).

C. **a)** L'assuré a recouru contre cette décision par acte du 24 février 2010, en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation,

la cause étant retournée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens de l'octroi d'une rente.

A l'appui de ces conclusions, le recourant reproche d'abord à l'OAI d'avoir retenu que sa situation médicale était stable et qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en position assise sans port de charge. Selon le recourant, on ne saurait considérer sa situation actuelle comme stable et il souffrirait encore des séquelles de son accident. Le recourant se réfère à cet égard à un certificat médical établi le 9 février 2010 par le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine générale. Dans ce certificat médical, ce praticien atteste être le médecin traitant du recourant et le suivre depuis plusieurs années ; il estime que son patient ne présente pas une capacité de travail entière étant donné son handicap et étant donné sa formation de magasinier-cariste ; selon lui, une activité à 100% est totalement incompatible avec son état de santé actuel.

Le recourant fait en outre valoir qu'il y a lieu de prendre en compte le fait que, étant paraplégique, il doit investir au moins trois heures par jour pour les activités courantes, à savoir faire sa toilette, s'habiller, faire les transferts, les transports et les diverses thérapies, ce qui représente en plus un important inconvénient sur le marché du travail. Le recourant soutient qu'il convient dès lors d'admettre qu'il n'est plus en mesure d'exploiter complètement sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique ; faute d'une pleine capacité résiduelle de travail, il présenterait un degré d'invalidité d'au minimum 50% et, partant, aurait droit au moins à une demi-rente d'invalidité. Soutenant que sa capacité de travail résiduelle n'a pas fait objet d'une étude circonstanciée, le recourant estime que la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction supplémentaire sous la forme d'une expertise médicale.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 27 avril 2010, l'OAI rappelle que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une expertise judiciaire complétant une expertise administrative ne peut être accordée, en principe, que lorsque la partie qui la requiert fournit des éléments très sérieux permettant de mettre en doute soit l'impartialité de l'expert, soit la valeur des méthodes utilisées ou si le rapport déposé apparaît comme insuffisant ou contradictoire, notamment s'il peut sérieusement être discuté quant au fond. En l'espèce, les rapports médicaux des médecins de la Clinique V._____ des 17 septembre 2008, 15 décembre 2008 et 1^{er} mai 2009 se basent sur des examens complets, prennent en compte les plaintes exprimées et décrivent clairement le contexte médical ; leurs conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées, de sorte qu'il doit leur être reconnu pleine valeur probante. Le certificat médical du Dr G._____ du 9 février 2010 ne contient par ailleurs aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions des médecins de la Clinique V._____ ; il ne pose notamment aucun diagnostic et ne précise aucun taux de capacité de travail. Ainsi, il convient de retenir que la paraplégie dont souffre l'assuré est médicalement stabilisée, et que bien que la capacité de travail dans l'ancienne activité de cariste soit nulle, on peut s'attendre à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en position assise, sans port de charges, ce depuis le 29 avril 2009. L'OAI propose dès lors le rejet du recours.

c) Dans sa réplique du 18 octobre 2010, le recourant conteste l'argumentation développée par l'OAI dans sa réponse. Selon lui, il ressort clairement des différents rapports médicaux se trouvant dans le dossier de l'OAI, ainsi que de ceux fournis ultérieurement au tribunal, que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée au moment où l'OAI a mis un terme au versement des prestations. De surcroît, différents rapports médicaux confirmeraient qu'aucune activité professionnelle à plein temps ne peut être exigée de lui. Ainsi, le médecin d'arrondissement de la SUVA Lausanne, le Dr R._____, retient dans un rapport d'examen final du 13 septembre 2010, produit en annexe à la réplique, que « *[d]ans une activité adaptée, on peut estimer que le patient aura une capacité de travail de 20% à partir d'octobre 2010, et que cette capacité de travail*

augmentera progressivement pour atteindre 80% en avril 2011 ». Suivant l'avis de ce spécialiste, la SUVA a communiqué le 29 septembre 2010 au conseil du recourant que ce dernier « serait apte au travail à 20% dès le 01.10.2010 pour atteindre 80% en avril 2011 ». Enfin, invité par la SUVA à prendre position sur la situation médicale du recourant, le Dr I. _____ de la Clinique V. _____ a estimé dans une lettre du 4 août 2010, également produite en annexe à la réplique, que la capacité de travail du recourant dans une poste adapté était à l'heure actuelle de 80%. Fondé sur ces éléments, le recourant fait valoir que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée et qu'il ne disposait ni au moment où l'intimée a rendu la décision attaquée, ni aujourd'hui, d'une pleine capacité de travail. En conséquence, la décision attaquée du 25 janvier 2010 devrait être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité.

d) Dans son rapport d'examen final du 13 septembre 2010, le médecin d'arrondissement de la SUVA Lausanne, le Dr R. _____, spécialiste FMH en chirurgie, a en particulier exposé ce qui suit :

« En dehors du transit, pour lequel le patient a besoin d'environ 2 heures tous les 2 jours pour bien contrôler la situation, l'état de Monsieur J. _____ peut être considéré comme stabilisé. Il vit, la plupart du temps, dans sa chaise roulante, de manière indépendante, et lorsqu'il a des activités hors de son domicile, il s'y rend après un auto-sondage urinaire.

Son traitement médicamenteux est bien [établi] (cf. antécédents d'après les actes du dossier). Sa prise en charge médicale est bien agendée. Le patient pense qu'avec des exercices, il va pouvoir améliorer son équilibre et sa force au niveau des deux cuisses, avec, en conséquence, une augmentation du temps où il pourra se déplacer à l'aide de ses attelles rigides de stabilisation des chevilles, avec ses cannes.

De point de vue asséculogique, le patient n'a plus aucune capacité de travail dans son activité antérieure de magasinier ou de cariste. Par contre, en dans une activité adaptée, c'est-à-dire dans une activité sédentaire, en position assise et sans port de charges, le patient aura une capacité de travail qui, après augmentation progressive, devrait être d'environ 80%. Le 20% d'incapacité de travail résiduelle est lié au temps que le patient doit passer pour ses déplacements et pour les manoeuvres qu'il doit effectuer pour la vidange de sa vessie et pour son transit. Dans une activité adaptée, on peu[t] estimer que le patient aura une capacité de travail de 20% à partir d'octobre 2010, et que cette capacité de travail augmentera progressivement pour atteindre 80% en avril 2011. »

Dans son rapport médical du 4 août 2010 adressé à la SUVA, le Dr I. _____ a indiqué que le cas était stabilisé ; il a estimé qu'« à l'heure actuelle, compte tenu de l'état de santé, la capacité de travail dans un poste adapté [était] de 80% ».

e) Dans sa duplique du 23 novembre 2010, l'OAI indique avoir soumis les nouvelles pièces produites par le recourant aux médecins du SMR et expose qu'il ressort de leur avis médical du 10 novembre 2010 que l'avis du Dr R. _____ peut être suivi s'agissant de l'augmentation progressive de la capacité de travail de 20% à 80% sur six mois, mais pas concernant la date de la reprise progressive d'une activité adaptée, que ce praticien situe à octobre 2010 ; l'état de santé de l'assuré étant stabilisé depuis mai 2009, il y lieu de considérer que la reprise d'une activité adaptée à 20% intervient à ce moment, avec une capacité de 80% six mois plus tard, soit dès novembre 2009.

L'avis médical SMR du Dr F. _____ du 10 novembre 2010 joint à la duplique a la teneur suivante :

C, de « L'assuré souffre donc d'une paraplégie incomplète spastique, ASIA niveau sensitivomoteur L3, après chute le 06.12.2007.

01.05.2009 Sur la base du dossier SUVA, en particulier du rapport daté du (voir dernières lignes de la p. 5) et concernant le séjour à la Clinique V. _____ du 18.03.2009 au 29.04.2009, nous avons admis en date du 10.09.2009 une CT nulle en tant que cariste, entière en toute activité adaptée à partir du 29.04.2009, d'autant que la situation médicale était considérée comme stabilisée. L'assuré fait recours à la décision d'attribution de rente entière limitée dans le temps entre le 01.12.2008 et le 31.07.2009 ; inv. calculée à 6.45%, au motif que son cas n'est pas stabilisé, et qu'en raison des limitations dans la vie quotidienne liées à la paraplégie, une diminution de la CT de 30% est requise. Les pièces médicales soumises à examen sont :

dynamique et le bilan de santé général réalisés par le Dr I. _____, médecin adjoint à la Clinique V. _____, qui souligne que l'on « peut considérer la situation médicale stabilisée en ce qui concerne la paraplégie » (p. 2 de la lettre du 02.08.2010), sans se prononcer sur la CT.

final, - Celle du 13.09.2010, signée par le Dr R. _____, chirurgien FMH, médecin d'arrondissement de la SUVA, rapportant l'examen médical s'appuyant sur les observations de son collègue I. _____ ; le Dr R. _____ admet que l'état de M. J. _____ est stabilisé, en dehors des problèmes de transit abdominal ; il conclut à une CT nulle dans

l'activité de magasinier ou de cariste, et à terme (soit dès avril 2011) de 80% en toute activité adaptée, de type sédentaire, en position assise et sans port de charges ; il y a 20% d'IT liés au temps nécessaire aux déplacements, à la vidange vésicale et intestinale ; la CT est considérée à 20% dès octobre 2010 pour arriver à 80% en avril 2011.

- Celle du 02.11.2011 : la réplique, qui n'apporte pas d'élément supplémentaire.

Conclusions :

Si l'on se réfère aux documents médicaux au dossier, clairement l'état de M. J. _____ était stabilisé au 29.04.2009, comme on a pu le lire dans le document SUVA daté du 01.05.2009 (voir ci-dessus): depuis cette date, aucune modification de la santé n'est annoncée ou relatée. C'est donc, *d'un point de vue strictement médical*, à partir du 01.05.2009 que l'on aurait pu admettre une CT dans une activité adaptée, capacité que nous avons admise comme entière à l'époque, nous référant en cela aux conclusions du Dr I. _____ dans son rapport du 01.05.2009. Cependant ce n'est qu'en date du 13.09.2010, soit 16 mois après, que l'exigibilité dans toute activité adaptée a été fixée par le Dr R. _____, médecin d'arrondissement, non plus à 100% comme le préconisait le Dr I. _____ mais à 80% progressivement sur 6 mois, en commençant à 20%. Nous proposons de tenir compte des motifs évoqués par le Dr R. _____ pour admettre la reprise progressive et la limitation de CT à 80%, mais alors, d'un point de vue médico-théorique, depuis le 01.05.2009, puisque dès cette date l'état a été considéré comme stabilisé et que depuis lors aucune modification de l'état de santé n'a été signalée et/ou démontrée.

S'agissant d'un cas commun avec la SUVA, nous vous laissons le soin [de] déterminer à partir de quelle date l'assuré présente une CT initiale de 20%. »

f) Se déterminant le 12 janvier 2011 sur la duplique de l'OAI du 23 novembre 2010, le recourant prend acte de ce que l'OAI reconnaît désormais que sa capacité de travail est de 80% dès novembre 2009, alors que la décision attaquée retenait une capacité de travail entière depuis avril 2009. Le recourant estime toutefois qu'on ne saurait suivre le raisonnement de l'OAI consistant à reprendre l'augmentation progressive de la capacité de travail de 20% à 80% sur six mois stipulée par le Dr R. _____ tout en prenant la date de mai 2009 comme point de départ, car l'appréciation du Dr R. _____ prend en compte la situation du recourant en septembre 2010, alors qu'en 2009 la situation n'était pas identique. Le recourant conteste au surplus que son état de santé soit stabilisé depuis mai 2009. Il se réfère à cet égard au rapport de consultation du 30 juillet 2010 du Dr I. _____ de la Clinique V. _____, selon lequel la situation médicale était stabilisée en ce qui concernait la paraplégie, et au rapport d'examen final du 13 septembre 2010 du Dr

R._____, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui considère que le recourant présente une capacité de travail de 20% depuis le 1^{er} octobre 2010 seulement. Faisant ainsi valoir que l'OAI a, d'une manière prématurée, cessé le versement des prestations de l'assurance-invalidité, le recourant confirme ses conclusions tendant à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision.

g) Le 14 janvier 2011, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger.

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 LAI 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 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par J. _____ contre la décision rendue le 25 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417 ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'OAI était en droit de supprimer au 31 juillet 2009 la rente entière d'invalidité qu'il avait octroyée au recourant à partir du 1^{er} décembre 2008.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 26 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

c) 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2 ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA ; 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 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a ; voir aussi ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b).

4. a) En l'espèce, il est constant que le recourant, qui a déposé une demande de prestations le 25 février 2008, a présenté depuis le 6 décembre 2007 une incapacité totale de travail et de gain pendant plus d'une année, de sorte qu'il a droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, depuis le 1^{er} décembre 2008 (art. 28 al. 1 et 2 et art. 29 al. 1 et 3 LAI). Il est également admis par les deux parties que depuis la naissance du droit à la rente, il existe une amélioration de l'état de santé entraînant une récupération progressive (de 80% à terme) de la capacité de travail et de gain du recourant dans une activité adaptée (cf. lettres C.c, C.e et C.f supra).

b) Il résulte de manière concordante des rapports médicaux du Dr R._____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA (rapport d'examen final du 13 septembre 2010, lettre C.d supra) et du Dr I._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, médecin adjoint à la Clinique V._____, qu'au terme de l'amélioration de son état de santé, le recourant présente une capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée (rapport médical du 4 août 2010, lettre C.d supra). Le Dr R._____ a précisé dans son rapport d'examen final du 13 septembre 2010 que la récupération de la capacité de travail était progressive et qu'elle passait de 20% à 80% sur six mois (cf. lettre C.d supra), partant de 20% en octobre 2010 pour atteindre 80% en avril 2011. Pour sa part, le Dr I._____ a simplement indiqué dans son rapport médical du 4 août 2010 que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était de 80% à cette date (lettre C.d supra).

Pour les raisons exposées dans l'avis médical SMR du Dr F._____ du 10 novembre 2010 et comme l'admet expressément l'OAI

(cf. lettre C.e supra), il y a lieu d'admettre que la récupération de la capacité de travail maximale de 80% intervient progressivement sur six mois, la reprise d'activité étant d'abord exigible à 20%. Il reste ainsi à trancher la question du point de départ de cette récupération progressive, par le recourant, de sa capacité de travail.

c) Il résulte clairement du rapport médical du 1^{er} mai 2009 du Dr I. _____ - qui est certainement le médecin qui connaît le mieux le cas du recourant, puisqu'il l'a suivi au cours des deux séjours que celui-ci a effectués dans le service de réadaptation en paraplégie de la Clinique V. _____, le premier du 18 décembre 2007 au 12 août 2008 et le second du 18 mars 2009 au 29 avril 2009 (cf. lettres A.b et A.e supra) - que, comme ce médecin le pronostiquait déjà dans son rapport médical du 15 décembre 2008 (cf. lettre A.d supra), la situation était stabilisée sur le plan médical depuis le 29 avril 2009, date à partir de laquelle l'exercice d'une activité adaptée - moyennant, comme on vient de le voir (cf. consid. 4b supra), augmentation progressive de la capacité de travail de 20% à 80% sur six mois - était exigible (cf. lettre A.e supra).

En l'absence de toute modification de l'état de santé du recourant relatée postérieurement au 29 avril 2009, rien ne permet de s'écarter de la constatation du Dr I. _____ selon laquelle la situation était stabilisée à cette date, ainsi que le relève à juste titre le Dr F. _____ dans son avis médical SMR du 10 novembre 2010 (cf. lettre C.e supra). Dans ces conditions, on ne saurait, du point de vue médical, fixer le début de l'exigibilité progressive dans une activité adaptée au mois d'octobre 2010 seulement, comme le fait le Dr R. _____ dans son rapport d'examen final du 13 septembre 2010 (cf. lettre C.d supra), ce début devant être fixé au 1^{er} mai 2009, date à laquelle l'état de santé du recourant était stabilisé.

d) Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que le recourant a présenté depuis le 1^{er} mai 2009 une amélioration de sa capacité de travail dans une activité adaptée, qui, de nulle qu'elle était jusqu'alors, est passée progressivement de 20% au 1^{er} mai 2009 à 80% six mois plus tard. Il s'agit là d'un changement déterminant pour le droit à

la rente (cf. consid. 3c supra), puisqu'au terme de cette récupération progressive, soit au 1^{er} novembre 2009, le recourant présente une capacité de travail lui permettant de réaliser dans une activité adaptée un revenu annuel de 44'200 fr. 40 – soit 80% de 55'250 fr. 50 (cf. lettre B.a supra) – et que la comparaison de ce revenu d'invalidé avec le revenu auquel le recourant pourrait prétendre sans atteinte à la santé dans son ancienne activité, soit 59'065 fr. (cf. lettre B.a supra), aboutit à une perte de gain de 14'864 fr. 60 et donc à un degré d'invalidité de 25.17%, qui n'ouvre plus le droit à une rente (cf. consid. 3a supra).

e) Dès lors que le recourant n'a pas immédiatement récupéré dès le 1^{er} mai 2009 une capacité de travail lui permettant de réaliser un revenu excluant le droit à la rente, mais que cette récupération a été progressive, passant de 20% au 1^{er} mai 2009 à 80% dès le 1^{er} novembre 2009, l'OAI n'était pas fondé à supprimer au 31 juillet 2009 la rente entière d'invalidité du recourant. La décision attaquée doit par conséquent être annulée en tant qu'elle supprime la rente entière d'invalidité du recourant au 31 juillet 2009 et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il statue sur le droit à la rente au-delà du 31 juillet 2009.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis, que la décision attaquée doit être annulée en tant qu'elle supprime la rente entière d'invalidité du recourant au 31 juillet 2009 et que la cause doit être renvoyée à l'OAI pour qu'il statue sur le droit à la rente au-delà du 31 juillet 2009 conformément aux considérants du présent arrêt.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices

chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le recourant, qui succombe partiellement, supportera ainsi un émolument judiciaire réduit (art. 49 al. 1 LPA-VD), qu'il y a lieu d'arrêter à 250 fr.

c) Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit de la part de l'OAI à des dépens réduits, qu'il convient d'arrêter équitablement à 1'000 fr. (art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 25 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée en tant qu'elle supprime la rente entière d'invalidité du recourant au 31 juillet 2009 ; la cause est renvoyée à cette autorité pour nouvelle décision sur le droit à la rente au-delà du 31 juillet 2009.
- III.** Un émolument judiciaire réduit de 250 fr. est mis à la charge du recourant.
- IV.** Une indemnité de 1'000 fr., à verser au recourant à titre de dépens réduits, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Michael Weissberg (pour le recourant),
- 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).

La greffière :