

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 janvier 2011

---

Présidence de M. DIND

Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville, assesseurs

Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Echallens, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 LPGA ; art. 4, 8, 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** En date du 12 février 2007, A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1959, sans formation professionnelle, a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), indiquant qu'il souffrait du dos à la suite d'un accident de la circulation.

**b)** Il ressort des pièces versées au dossier que le prénommé a été victime d'un accident de la route le 24 février 1999, dans le cadre de son activité de chauffeur-livreur-préparateur pour le compte de l'entreprise J.\_\_\_\_\_ SA. Des suites de cet événement, il a souffert de cervico-brachialgies droites associées à des lombosciatalgies droites. Au terme d'un examen par IRM effectué le 10 septembre 2004 au Centre d'imagerie diagnostique de [...], il a été constaté que l'intéressé présentait une hernie discale D11-D12. Affecté progressivement par des troubles de la marche avec troubles sphinctériens, l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail à 50% dès le 2 ou 12 juin 2006 (suivant les versions), puis à un taux de 100% à partir du 25 août 2006 ; il n'a plus repris d'activité professionnelle depuis lors. Hospitalisé du 25 août au 8 septembre 2006 au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_), il a bénéficié d'une corpectomie D12 avec mise en place d'une cage d'expansion et spondylodèse D10-D11 et L1-L2, l'indication opératoire étant basée sur une compression du cône médullaire sur une ancienne fracture D12 avec déplacement du mur postérieur.

**c)** A la requête de l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a fait part de ses observations dans un rapport du 2 mars 2007. Il a retenu que le prénommé présentait des atteintes ayant des répercussions sur sa capacité de travail, sous la forme d'une parésie séquellaire de la jambe droite ("*status après une corpectomie D12, compression du cône médullaire*") et de lombalgies chroniques. Il a relevé que l'état de santé de

l'intéressé était stationnaire, et que ce dernier souffrait de douleurs au dos de jour comme de nuit dans toutes les positions sauf en marchant, étant précisé que son pied droit lâchait facilement et qu'il présentait des faiblesses dans l'extension de ce pied. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'il ne pouvait être exigé de l'assuré qu'il poursuivît son activité de chauffeur-livreur, mais qu'en revanche, un travail léger demeurerait envisageable.

Le 19 mars 2007, dans un rapport également sollicité par l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin assistant en neurochirurgie au Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_, a posé un diagnostic confirmant pour l'essentiel les observations du Dr T.\_\_\_\_\_.

L'OAI a par ailleurs requis le dossier de l'assuré auprès de son assureur perte de gain, F.\_\_\_\_\_ assurances. Il en ressort notamment qu'à la demande de ce dernier, A.\_\_\_\_\_ a été soumis à une expertise médicale effectuée les 23 mai et 6 juin 2007 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans son rapport du 8 juin 2007, ledit praticien a retenu les diagnostics suivants :

- "• Hernies discales D11-D12, D12-L1 avec compression du cône médullaire
- Status après corpectomie D12 avec mise en place d'une cage inter-somatique par thoracotomie et mise en place d'un fixateur interne postérieur avec des vis pédiculaires D10-D11, L1-L2
- Lombo-sciatalgies déficitaires à droite
- Cervicalgies persistantes
- Discopathies pluri-étagées, cervicale, dorsale et lombaire, prédominante C5-C6, D5-D6, D6-D7, D7-D8, D8-D9 en protusion discale lombaire L2-L3, L3-L4, L4-L5
- Troubles statiques vertébraux sur le plan sagittal sous forme d'une cyphose dorsale basse et un renversement postérieur de la colonne lombaire."

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a également précisé que :

"[...] Les limitations fonctionnelles de [M]onsieur A.\_\_\_\_\_ sont en relation avec ses troubles vertébraux et les séquelles neurologiques des membres inférieurs. Il doit éviter le port de charges supérieures à 10 kilos. Il doit éviter de travailler penché en avant, il peut exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire dans laquelle il puisse alterner la position assise avec la position debout selon les douleurs. Dans les métiers exercés par votre assuré avant son arrêt de travail, il doit porter des charges relativement lourdes (cartons de 20 à 30

kilos de poisson), en tant que chauffeur il ne peut pas alterner sa position.

Le métier de livreur est à mon avis contre indiqué. En tant que chauffeur uniquement il pourrait exercer à temps partiel en acceptant de travailler en dépit de ses douleurs. A mon avis sa capacité de travail en tant que chauffeur non-livreur est très faible et des récives douloureuses sont à craindre.

[...] Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles préalablement décrites [M]onsieur A. \_\_\_\_\_ est apte à travailler à temps complet. A mon avis l'exigibilité est complète dans un travail adapté [...] à partir du mars 2007. [...]

Le pronostic n'est pas favorable. Monsieur A. \_\_\_\_\_ souffre de troubles dégénératifs pluriétagés au niveau cervical, dorsal et lombaire. Des douleurs vertébrales chroniques sont à craindre. [...]"

Dans un nouveau rapport médical du 3 janvier 2008, le Dr T. \_\_\_\_\_ a, en substance, exposé que son patient souffrait toujours de douleurs lombaires invalidantes avec faiblesse du membre inférieur droit, pathologies dont l'évolution était peu favorable. Il a estimé que l'intéressé n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative à temps plein, fût-elle adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a joint divers documents à son rapport, dont il ressortait notamment que l'assuré avait consulté en 2006 le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies des voies respiratoires, pour un syndrome d'apnées du sommeil débutant.

A la requête de l'OAI, le dossier de l'assuré a été soumis au Service médical régional de l'AI [...] (ci-après : SMR). Dans un rapport du 24 octobre 2008, les Drs X. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint dudit service, ont repris l'analyse du Dr H. \_\_\_\_\_ et retenu que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle, et que la capacité de travail dans une activité adaptée était exigible à 100 % dès le mois de mars 2007.

**C.** Le 25 novembre 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision lui refusant l'octroi d'une rente d'invalidité. Dit office a fixé le taux d'invalidité à 14,14%, sur la base d'un revenu sans atteinte à la santé de 63'050 fr. pour l'année 2007 (selon les informations fournies par l'entreprise J. \_\_\_\_\_ SA), et d'un revenu exigible de 54'130 fr. - ce dernier montant étant calculé sur la base de données statistiques, en

fonction d'un salaire mensuel de 4'732 fr. (part au 13<sup>e</sup> salaire comprise), d'un horaire hebdomadaire de travail de 41,7 heures durant l'année de référence, d'une indexation à l'évolution des salaires nominaux de 1,6% de 2006 à 2007, et d'une déduction jurisprudentielle de 10% compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré. L'OAI en a déduit que le degré d'invalidité du prénommé était inférieur au seuil de 40 % permettant l'octroi d'une rente. L'autorité a, par ailleurs, estimé qu'il n'y avait pas lieu d'instaurer des mesures professionnelles en faveur du prénommé, auquel il convenait en revanche d'octroyer une aide au placement.

Par courrier daté du 12 décembre 2008 (envoyé sous pli recommandé le 19 décembre 2008), l'intéressé a fait part de son opposition au projet précité.

Le 13 janvier 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI quatre rapports du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier Q. \_\_\_\_\_ datés respectivement des 4 mars, 16 avril, 3 juin, 17 juin et 15 juillet 2008. Il en ressortait notamment qu'A. \_\_\_\_\_ avait présenté des cervico-brachialgies droites depuis février 2008, qu'il avait subi une foraminotomie postérieure C7-D1 droite pour cure d'hernie discale en date du 12 juin 2008, et que depuis lors, son état évoluait favorablement, malgré la persistance d'une hypoesthésie au niveau de l'auriculaire droit et de douleurs cervicales.

A la requête de l'OAI, l'intéressé a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique au SMR, le 23 février 2009. Dans son rapport du 6 mars 2009, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, s'est prononcé comme suit :

"[...]

**DIAGNOSTICS**

**- avec répercussion sur la capacité de travail**

- LOMBOSCIATALGIES DROITES M 54.46.
- TROUBLES NEUROLOGIQUES SÉQUELLAIRES SENSITIVOMOTEUR[S].
- STATUS APRÈS SPONDYLODÈSE D10-L2.
- STATUS APRÈS CORPECTOMIE D12 AVEC MISE EN PLACE D'UNE CAGE D'EXPANSION POUR CANAL MÉDULLAIRE ÉTROIT AVEC COMPRESSION AU NIVEAU DU CÔNE MÉDULLAIRE ET TROUBLES SPHINCTÉRIENS.
- CERVICO-BRACHIALGIES DROITES SÉQUELLAIRES SUR STATUS APRÈS CURE DE HERNIE DISCALE C7-D1 DROITE M 54.2.

**- sans répercussion sur la capacité de travail**

- HYPERTENSION ARTÉRIELLE.
- SURCHARGE PONDÉRALE AVEC OBÉSITÉ DE CLASSE 1.
- PHÉNOMÈNE D'AMPLIFICATION DES PLAINTES DANS UN CONTEXTE D'ANXIÉTÉ SECONDAIRE AUX TROUBLES SOMATIQUES.

**APPRÉCIATION DU CAS**

Assuré d'origine portugaise, âgé de 50 ans, exerçant habituellement l'activité de chauffeur-livreur (poissons surgelés). En incapacité de travail depuis le mois d'août 2006 en relation avec une symptomatologie déficitaire neurologique (troubles sphinctériens), perte de la sensibilité de la force au niveau du membre inférieur droit dans un contexte de compression au niveau du cône médullaire sur un status après fracture tassement de D12. L'assuré bénéficie d'un traitement chirurgical sous la forme d'une corpectomie D12 avec spondylodèse secondaire D10-L1. Associées à ce trouble dorsolombaire, l'assuré présente des cervico-brachialgies droites évoluant depuis 1999 secondaires à un traumatisme (accident de la circulation). L'évolution radiologique met en évidence une hernie discale de localisation C7-D1 droite induisant un trouble sensitif dans les territoires C7 et C8 à droite. L'assuré bénéficie d'une cure de hernie discale cervicale au mois de juin 2008.

L'examen clinique de ce jour met en évidence une diminution des amplitudes articulaires aux dépens du rachis dorsolombaire en parfaite adéquation avec la spondylodèse présentée. Sur le plan neurologique, l'assuré présent[e] une hypo-sensibilité diffuse touchant tout l'hémicorps droit sans véritable territoire anatomique reconnu. Associé à ce trouble de la sensibilité, mise en évidence d'une diminution de la force aux dépens des extenseurs du pied caractérisé par une difficulté à maintenir la position sur la pointe des pieds à droite. [...]

En conclusion, cet assuré présente une symptomatologie algique chronique centrée essentiellement sur le rachis dorsolombaire et, dans une moindre mesure, au niveau du rachis cervical. Cette symptomatologie est en adéquation directe avec les troubles ostéoarticulaires mis en évidence de façon objective par les différents examens complémentaires mis à disposition. Au vu des atteintes à la santé sur le plan ostéoarticulaire, l'activité antérieure de chauffeur-livreur ne peut plus être exercée de façon formelle. Une activité dite adaptée serait théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement actuellement évaluée à 50% au vu des limitations fonctionnelles retenues, de l'importance de la spondylodèse présentée et de l'atteinte multiple du rachis. [...]

**Les limitations fonctionnelles**

Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle de 7,5 kg de façon générale. Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon générale en ce qui concerne le membre supérieur droit. Pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assise et debout, minimum 2 fois à l'heure, toutes les 2 heures, l'assuré doit avoir la possibilité d'effectuer des mouvements de détente et d'assouplissement sur une période de 15 à 20 minutes. Pas de

position en porte-à-faux en antéflexion du rachis, éviter les positions en genuflexion ou accroupies, pas d'activité en hauteur ou sur terrain instable. Pas d'activité nécessitant des positions fixes au niveau du rachis cervical, aussi bien en flexion/extension qu'en rotation. Pas d'activité nécessitant des antépulsions au-delà de 60° de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90°. Pas d'exposition à des machines/outils réalisant des vibrations de 5 Hertz ou plus.

**Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?**

Sur la base de l'anamnèse fournie et de la documentation mise à disposition au dossier médical, l'assuré est en incapacité de travail depuis le mois de juin 2006.

**Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?**

Elle est restée inchangée en ce qui concerne son activité habituelle, 100% d'incapacité de travail.

**Concernant la capacité de travail exigible**, toute activité adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles préétablies est théoriquement possible à un taux de 100%, avec une diminution de rendement évalué à 50%. Une telle activité est théoriquement possible à partir de décembre 2008 (6 mois après la dernière intervention sur le rachis cervical).

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE :	0%		
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE :	50 %	DEPUIS	: DÉCEMBRE 2008".

**D.** Par décision du 17 août 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 25 novembre 2008, rejetant la demande de rente d'invalidité de l'assuré.

**E.** Agissant par l'entremise de son conseil, l'intéressé a recouru le 16 septembre 2009 contre cette décision, concluant à son annulation et à ce qu'une rente AI entière lui soit allouée dès juin 2007, subsidiairement à ce que cette rente soit remplacée par une demi-rente dès décembre 2008. Il a reproché à la décision attaquée de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis mars 2007, alors même que «*tous les médecins, y compris ceux du SMR*» avaient retenu une capacité de travail de 50% dès la fin de l'année 2008 dans une telle activité. Il a soutenu que l'instruction menée par l'intimé était lacunaire, ajoutant qu'une expertise psychiatrique et neurologique était nécessaire. Il s'est prévalu d'une capacité de concentration restreinte en raison de troubles

du sommeil, d'apnées du sommeil et de ronchiopathie, produisant à cet égard un certificat médical du 18 août 2006 émanant du Dr K.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 6 novembre 2009, l'OAI a reconnu qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant n'était possible qu'à un taux de 50%, conformément au rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ 6 mars 2009 ainsi qu'à un nouvel avis médical du SMR du 26 octobre 2009 joint aux observations de l'intimé. Pour déterminer la rémunération que l'assuré aurait pu percevoir en mettant en œuvre sa capacité résiduelle de travail, il a été tenu compte du salaire statistique d'hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé de la production et des services, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2006. L'OAI a retenu un montant de 4'933 fr. 11 par mois ou 59'197 fr. 32 par année en 2006, pour un horaire hebdomadaire de travail de 41,7 heures. Adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009, cela représentait une rémunération annuelle de 62'218 fr. 23. Compte tenu de la diminution de rendement de 50 % et d'un abattement pour les limitations fonctionnelles de 5 %, le revenu annuel d'invalidé a été arrêté à 29'553 fr. 65. Comparant ce revenu à la rémunération que le recourant aurait perçue sans invalidité dans son ancienne activité en 2009, soit 65'223 fr. 80, l'OAI a déterminé que le degré d'invalidité était de 54,7%, taux qu'il convenait d'arrondir à 55% et qui ouvrait le droit à une demi-rente, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2009. Pour le surplus, l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'accorder des mesures professionnelles, dès lors qu'elles ne permettraient pas de réduire le préjudice économique subi, étant rappelé que l'assuré pouvait en revanche prétendre à une aide au placement.

Invité à prendre position sur les déterminations de l'OAI, le recourant a fait valoir, par réplique du 1<sup>er</sup> décembre 2009, qu'il lui serait impossible d'exercer une activité assise comme ouvrier de production à l'établi, compte tenu de limitations fonctionnelles constatées suite à l'examen du SMR du 23 février 2009. Il a soutenu que des observations professionnelles sérieuses s'imposaient pour déterminer sa capacité à travailler comme ouvrier d'usine ou en atelier. Il a contesté la déduction

jurisprudentielles de 5% admise par l'OAI dans sa réponse du 6 novembre 2009 pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Il a reproché à l'intimé de ne pas avoir fait partir le droit à la rente dès juin 2007, mais uniquement dès le 1<sup>er</sup> juin 2009. Enfin, il a affirmé son droit à une rente d'invalidité entière, subsidiairement à un trois-quarts de rente.

Dans sa duplique du 6 janvier 2010, l'OAI a souligné que l'intéressé pourrait exercer une activité simple et répétitive dans le secteur de l'industrie légère ou dans la livraison légère, et qu'au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvraient les secteurs de la production et des services, l'on pouvait convenir qu'un certain nombre d'entre elles étaient adaptées à l'état de santé du recourant. Il a relevé que celui-ci avait présenté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles de mars 2007 à mai 2008, et que ce n'était que depuis le mois de juin 2008 que sa capacité de travail s'était réduite. Pour le surplus, l'intimé a renvoyé à la motivation développée dans sa réponse du 6 novembre 2009.

Dans ses déterminations du 18 mars 2010, le recourant a soutenu que la duplique de l'OAI ne répondait pas aux arguments exposés dans sa réplique du 1<sup>er</sup> décembre 2009.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique 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).

Interjeté dans le délai légal de 30 jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA ; art. 79 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

La présente cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr., s'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente AI illimitée dans le temps.

**2.** 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 131 V 164; ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir dans quelle mesure et à partir de quelle date le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité. En revanche, l'intéressé ne conteste pas le refus de mesures professionnelles prononcé par l'OAI, si bien que cette problématique n'a pas à être examinée dans la présente procédure.

**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 (TF I 106/04 du 23 novembre 2004).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (correspondant à l'ancien art. 28 al. 1 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.

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)** 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. 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 261 consid. 4 et les références; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Il appartient au juge des assurances sociales d'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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe 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 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-

invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 c. 3.3.2; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). En revanche, 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3.b/cc et les réf. citées; Pratique VSI, jurisprudence et pratique administrative AVS/AI/PC/APG/AF/PP [VSI] 2001 p. 106 c. 3.b/bb et cc).

**c)** La comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA) s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1).

En ce qui concerne l'évaluation du revenu sans invalidité, est déterminant le revenu que l'assuré aurait concrètement obtenu, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, sans l'atteinte à la santé; ce faisant, on prendra en règle générale en considération le dernier revenu que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1).

Pour fixer le revenu d'invalidé - second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA -, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la

santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base notamment des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique. Dans ce cas, l'on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation, susceptibles de limiter ses perspectives salariales; on procédera alors à une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidé, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction supérieure à 25% (ATF 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 3b/aa et bb et 5a).

**d)** Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle la personne assurée présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a), ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). En principe, cette période de carence est censée commencer à courir dès qu'une diminution sensible de la capacité de travail est apparue. Au-dessous d'un certain minimum, cette diminution est sans importance pour le calcul de l'incapacité moyenne de travail. D'après la jurisprudence, une diminution de 20% doit déjà être qualifiée d'importante (ATF 124 V 108, 104 V 141, 96 V 39).

**4. a)** En ce qui concerne la capacité de travail, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a retenu, le 2 mars 2007, que son patient souffrait de lombalgies chroniques ainsi que d'une parésie séquellaire de la jambe droite consécutive à une corpectomie D12, et que l'on ne pouvait exiger de l'intéressé qu'il poursuivît son activité de chauffeur-livreur-préparateur,

un travail léger demeurant toutefois envisageable. Ces constatations ont pour l'essentiel été confirmées par le Dr V.\_\_\_\_\_, du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 19 mars 2007. Par la suite, dans un nouveau rapport du 3 janvier 2008, le Dr T.\_\_\_\_\_ a exposé que les atteintes susmentionnées persistaient, que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était peu favorable, et qu'une activité lucrative à temps plein - fût-elle adaptée - n'était pas exigible.

Mandaté par l'assureur perte de gain du recourant, le Dr H.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 8 juin 2007, retenu que l'intéressé présentait des hernies discales D11-D12 et D12-L1 avec compression du cône médullaire, un status après corpectomie D12 avec mise en place d'une cage inter-somatique et d'un fixateur interne postérieur, des lombosciatalgies déficitaires à droite, des cervicalgies persistantes, des discopathies pluri-étagées et des troubles statiques vertébraux sur le plan sagittal. Il a estimé que la poursuite du précédent métier de l'assuré était contre-indiquée, mais qu'une activité adaptée était exigible à 100% depuis mars 2007.

Dans leur rapport du 24 octobre 2008, les Drs X.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, du SMR, se sont référés à l'analyse effectuée par le Dr H.\_\_\_\_\_, considérant que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle était nulle et que la capacité de travail dans une activité adaptée était exigible à 100% dès le mois de mars 2007.

A la requête de l'OAI, le SMR a procédé à un nouvel examen de l'état de santé de l'intéressé. Dans son rapport du 6 mars 2009, il a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à partir de décembre 2008.

**b)** Conformément à la jurisprudence selon laquelle un rapport émanant d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a une pleine valeur probante s'il remplit les exigences requises (ATF 135 V 254 c. 3.3.2), il y a lieu de se référer en l'espèce aux conclusions formulées par

le SMR suite à son examen du 23 février 2009. En effet, ledit examen satisfait aux conditions jurisprudentielles posées en la matière, dès lors que le Dr J.\_\_\_\_\_ a procédé à l'anamnèse complète du recourant, a exposé les plaintes de celui-ci, a établi un diagnostic et a motivé son appréciation de manière claire et circonstanciée. Son rapport du 6 mars 2009 repose donc sur des investigations complètes et son résultat est convaincant, sans qu'aucun élément du dossier ne permette d'en douter. Au demeurant, le recourant ne conteste pas les conclusions exposées par le Dr J.\_\_\_\_\_. Aussi, se fondant sur l'analyse de ce praticien, la cour de céans retient que l'assuré présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, et possède depuis décembre 2008 une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le SMR.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de faire procéder à une expertise neurologique et psychiatrique supplémentaire telle que requise par le recourant, attendu qu'une telle mesure ne serait pas de nature à modifier dite appréciation (cf. ATF 134 I 140 c. 5.3, JT 2009 I 303; ATF 130 II 425 c. 2.1; ATF 122 II 464 c. 4.a, JT 1997 I 786). Quant aux arguments sur la nécessité d'une observation professionnelle, force est de constater que suivant la jurisprudence récente, le salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que l'intéressé est en mesure de réaliser en tant qu'invalidé, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec les limitations fonctionnelles mentionnées par le SMR; il n'est donc pas nécessaire de faire allusion à des exemples concrets (ATF 129 V 472 c. 4.2.1 p. 475 ss). Les griefs du recourant ne sont donc, à cet égard, pas fondés.

S'agissant des difficultés de concentration alléguées par le recourant en rapport avec des troubles du sommeil (cf. let. E supra), rien au dossier ne laisse à penser que ces maux seraient d'une amplitude telle qu'ils seraient susceptibles d'avoir un impact significatif sur la capacité de travail. Ce d'autant plus que, bien qu'ayant relevé dans son rapport du 6 mars 2009 qu' "*occasionnellement, l'assuré déclar[ait] des réveils en relation avec une symptomatologie algique au niveau lombaire. Au réveil, il déclar[ait] plutôt un sentiment de fatigue qui a[vait] tendance à*

*s'accentuer de façon progressive sur la journée*", le Dr J.\_\_\_\_\_ n'a en revanche pas retenu que ces troubles pouvait influencer d'une manière ou d'une autre sur la capacité de travail de l'intéressé.

**c)** Il appert du dossier que le recourant a présenté une incapacité de travail partielle (50%) du 2 ou 12 (suivant les versions) juin 2006 au 24 août 2006, incapacité devenue totale à compter du 25 août 2006, date à partir de laquelle l'intéressé n'a plus exercé d'activité lucrative. Selon les conclusions du SMR, cette incapacité est depuis lors demeurée inchangée en ce qui concerne l'activité habituelle de l'assuré; en revanche, la capacité de travail exigible est de 50% depuis décembre 2008.

Il découle de ce qui précède que de juin 2006 à juin 2007, l'intéressé a présenté une incapacité de travail de plus de 40% durant une année sans interruption notable (délai d'attente au sens de l'ancien art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, correspondant à l'actuel art. 28 al. let. b LAI). L'incapacité étant totale à partir de juin 2007, il est justifié d'allouer une rente d'invalidité entière à l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> juin 2007, comme il le demande dans son recours du 16 septembre 2009.

**d)** Depuis décembre 2008, le recourant présente une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - élément qui influe sur l'étendue de son droit à une rente d'invalidité (art. 88a al. 1 RAI). A cet égard, le calcul effectué par l'intimé dans la décision querellée est, sur le plan économique, justifié dans son principe. Il apparaît toutefois que l'OAI a fixé la déduction jurisprudentielle pour les limitations fonctionnelles à 10% dans sa décision du 17 août 2009, avant de réduire ce taux à 5% dans sa réponse du 6 novembre 2009. Attendu que l'office n'a avancé aucun motif pertinent pour justifier cette modification, il convient de s'en tenir au taux de 10% figurant dans la décision du 17 août 2009. Cela étant, pour calculer le revenu exigible après atteinte à la santé, il suffit de reprendre le résultant figurant dans la décision entreprise, soit 54'130 fr., et de le diviser par 2 pour tenir compte

de la capacité de travail de 50%, ce qui équivaut à 27'065 fr. Ce chiffre étant comparé au revenu sans atteinte à la santé (soit 63'050 fr.), on obtient un préjudice économique de 57%. C'est donc une demi-rente à laquelle le recourant a droit depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2008 (art. 88a al. 1 RAI).

**5.** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2007, et à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2008.

Le recourant, qui obtient gain de cause – si l'on considère ses conclusions avant la réplique – avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision attaquée du 17 août 2009 est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2007 et une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2008.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

**IV.** Le recourant a droit à une indemnité de dépens de 2'000 fr. 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 Philippe Nordmann, avocat (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 :