

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 août 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Thalmann et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant italien né en 1964, en Suisse depuis 1967 et ayant appris la profession de cuisinier, a œuvré en dernier lieu en tant que chauffeur-livreur pour l'entreprise EE._____ dès le 1^{er} septembre 1999 jusqu'à son licenciement au 31 décembre 2005, après une période d'arrêt de travail du 9 mars au 1^{er} août 2005 puis du 4 août au 31 décembre 2005 (cf. questionnaires pour l'employeur des 17 août 2006 et 27 avril 2007).

En date du 21 juin 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), invoquant une rechute d'une hernie discale ainsi qu'une névralgie des jambes.

Le dossier de l'assureur perte de gain FF._____ Assurances SA a été transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 5 juillet 2006. Il en est notamment ressorti que dans un rapport du 5 mai 2006, le Dr S._____, médecin généraliste traitant, avait signalé les diagnostics d'infarctus en 1998, de hernie discale L5-S1 en 2000, d'apnée du sommeil, de syndrome métabolique ainsi que d'obésité morbide, et fait mention d'une capacité de travail nulle dans la profession d'origine comme dans une autre activité.

Interpellé par l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a fait part de ses observations dans un rapport du 18 juillet 2006. Il a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail d'obésité « *sévèrisime* » [sic] de classe III, de meralgie paresthésique du membre inférieur droit, de syndrome métabolique avec diabète, hyperlipidémie, hypertension artérielle [HTA] et hyperuricémie, d'accès de goutte occasionnels, de syndrome d'apnée du sommeil traité par un système de ventilation à pression positive continue [CPAP], de status après cure de hernie discale L5-S1 droite en 2000 avec lombalgies intermittentes, d'hépatopathie d'origine indéterminée, de status après cure de canal carpien en janvier et mars 1999 et de status après infarctus

du myocarde en 1998. Ce médecin a précisé que l'état de santé de l'assuré s'aggravait depuis avril 2006 et que ce dernier était dans l'attente d'un by-pass gastrique en raison de son obésité. Le Dr X. _____ a relevé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible mais qu'une activité adaptée - soit un travail léger, sans port de charges, avec possibilité d'alterner les positions et ne nécessitant pas de travailler en porte-à-faux - pourrait raisonnablement être envisagée à un taux indéterminé en l'état, après un traitement adéquat de l'obésité et des problèmes rhumatologiques. En annexe, figurait un compte-rendu du 26 avril 2006 du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier R. _____), dont il résultait que l'assuré - ayant progressivement développé un steppage du pied droit plusieurs semaines à mois auparavant, dans un contexte de lombosciatalgies droites de topographie plutôt L5 - avait séjourné dans ce service du 4 au 13 avril 2006 et que les examens pratiqués à cette occasion avaient mis en évidence une volumineuse récurrence de hernie discale L5-S1 droite avec syndrome radiculaire L5 droit déficitaire sensitif et moteur.

Aux termes d'un rapport du 21 juillet 2006 destiné à l'OAI, le Dr S. _____ a retenu les atteintes incapacitantes de syndrome métabolique avec indice de masse corporelle [IMC ou BMI] supérieur à 43 et de cardiopathie ischémique depuis 1998. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'aggravait, étant précisé que l'intéressé portait une attelle de Heidelberg au membre inférieur droit. Ce praticien a ajouté que l'activité habituelle de chauffeur-livreur n'était plus exigible mais qu'elle pourrait être exercée à 50% pour de petits trajets et de petits colis, et que l'on pouvait envisager l'exercice d'un autre travail en position assise à raison de quatre heures par jour. Le Dr S. _____ a encore relevé que la capacité de travail était nulle dans la profession habituelle depuis mars 2005, respectivement de 50% dans le domaine de l'horlogerie ou dans un travail léger dès fin 2006. A ce rapport étaient joints deux comptes-rendus du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier R. _____ des 5 juillet et 15 août 2006, exposant notamment que l'assuré, dont la problématique de pied tombant remontait au mois de novembre 2005, avait bénéficié le

29 juin 2006 d'une reprise d'hémilaminectomie L5-S1 droite pour cure de récurrence de hernie discale à ce niveau.

Dans un rapport du 8 septembre 2006 à l'attention de l'OAI, le Dr H._____, médecin assistant auprès du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier R._____, a retenu le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de pied tombant à droite, évoqué anamnestiquement dès novembre 2005 et constaté le 25 avril 2006. Ce médecin a relevé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible mais qu'une autre activité était envisageable à 100%.

Par rapport du 27 septembre 2006, la Dresse M._____, cheffe de clinique adjointe auprès du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier R._____, a exposé que l'assuré présentait des atteintes se répercutant sur la capacité de travail consistant en une volumineuse récurrence de hernie discale L5-S1 avec syndrome radiculaire L5 droit déficitaire aux plans sensitif et moteur depuis fin 2005, une meralgie paresthésique de la cuisse droite, une obésité morbide avec syndrome métabolique, un status après infarctus inférieur en 1998 et un syndrome d'apnée du sommeil appareillé. Elle a signalé que l'état de santé de l'intéressé s'aggravait.

Par télécopie du 1^{er} février 2007, le Dr S._____ a transmis à l'OAI les résultats d'un bilan annuel du système de ventilation de l'assuré, effectué en novembre 2006. Il en résultait notamment que l'intéressé, appareillé depuis avril 2005, utilisait son système de ventilation de manière insuffisante mais que pour le surplus les résultats obtenus étaient satisfaisants (cf. rapport du 20 novembre 2006 du Service de pneumologie du Centre hospitalier R._____).

Aux termes d'un rapport d'examen du 15 mars 2007 le Dr Q._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que l'atteinte principale à la santé consistait en des séquelles de hernie discale L5-S1, avec des pathologies associées du ressort de l'AI sous forme

de syndrome d'apnée du sommeil, de cardiopathie ischémique et de pied tombant à droite. Ce médecin a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail durable depuis novembre 2005, qu'il n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur mais qu'il disposait en revanche d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée - avec commandes au volant en cas de conduite nécessaire - à ses limitations fonctionnelles (« *pas de port de charge de plus 10 Kg, pas de mouvement en porte-à-faux, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de station statique prolongée, possibilité de changer de position à son [gré]* »), le début de l'aptitude à la réadaptation étant fixé au mois d'octobre 2006. Le Dr Q._____ a de surcroît observé ce qui suit :

"En ce qui concerne l'obésité, elle n'est pas reconnue par l'AI. Par contre ses conséquences sur l'atteinte à la santé doivent être discutées. Le syndrome d'apnée du sommeil peut certes entraîner de la fatigue mais l'assuré ne prend pas toutes les mesures pour réduire le dommage en ne portant pas suffisamment longtemps son appareil par ailleurs parfaitement adapté [...]. Si un by-pass gastrique est prévu pour le traitement de l'obésité, il ne peut constituer un motif d'IT durable et se limitera à l'hospitalisation et à la convalescence. Il ne pourra qu'améliorer la CT.

Il est justifié, si la conduite automobile n'est pas possible avec l'attelle que porte l'assuré à la jambe droite, d'octroyer les commandes au volant si son travail doit impliquer l'utilisation d'une voiture (chauffeur livreur de petits paquets, pizzas etc...). Tout autre travail respectant les limitations fonctionnelles (travail dans l'horlogerie etc.) peut être envisagé."

Dans un compte-rendu du 1^{er} mai 2007 (établi dans le cadre d'une demande de l'assuré visant à obtenir des chaussures orthopédiques spéciales, lesquelles lui seront octroyées par communication du 5 septembre 2007), le Dr S._____ a signalé les diagnostics incapacitants de cardiopathie ischémique depuis 1998, de hernies discales en 2000 et 2006, d'obésité morbide, de paresthésies de la cuisse droite et de pied tombant, et fait mention d'un état de santé stationnaire.

En date du 6 février 2008, l'OAI a adressé à W._____ un projet d'acceptation de rente. En substance, il a considéré que l'assuré avait présenté une incapacité de travail complète dès le 9 mars 2005 dans

son ancienne activité de chauffeur-livreur, laquelle n'était plus exigible, et qu'à l'issue du délai de carence d'une année, soit le 9 mars 2006, l'incapacité de travail et de gain était de 100%. L'office a estimé cependant que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme par exemple une activité industrielle légère, l'intéressé disposait d'une entière capacité de travail dès le mois d'octobre 2006, date à partir de laquelle son préjudice économique - calculé sur la base d'un gain de valide de 55'672 fr. et d'un revenu d'invalidé de 52'798 fr. 93 - était de 5%. Cela étant, l'OAI a retenu que l'assuré pouvait prétendre à une rente entière d'invalidité pour une période limitée dans le temps, du 1^{er} mars au 31 décembre 2006, et que le droit à des mesures professionnelles n'était pas ouvert.

Le 4 mars 2008, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Pour l'essentiel, il a soutenu que son état de santé s'était dégradé et l'avait amené à consulter différents médecins, dont les Drs X._____, N._____, neurologue, et GG._____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie.

Interpellé par l'OAI, le Dr X._____ a indiqué dans un rapport du 15 avril 2008 que l'assuré, dont il n'avait plus eu de nouvelles suite à son rapport du 18 juillet 2006, s'était spontanément présenté à sa consultation le 25 février 2008. Concernant les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail, ce médecin a mentionné un status après by-pass gastrique en décembre 2007 pour obésité morbide avec perte pondérale d'environ 25 kg, une plégie L5 du membre inférieur droit avec lombalgies résiduelles dans le cadre d'un status après cure de hernie discale L5-S1 droite pour un déficit sensitif et moteur en juin 2006, un ulcère de la jambe gauche d'origine indéterminée, un syndrome métabolique avec diabète, hyperlipidémie, HTA et hyperuricémie, un status après infarctus du myocarde avec cardiopathie ischémique en 1998 et un syndrome d'apnée du sommeil traité par CPAP. Le Dr X._____ a émis un pronostic défavorable compte tenu de l'atteinte la santé globale et surtout de la plégie L5 du membre inférieur droit. Pour le surplus, il a confirmé que l'activité habituelle de l'assuré n'était plus exigible et a préconisé la mise

en œuvre d'une expertise rhumatologique et éventuellement interniste eu égard à la multiplicité des comorbidités.

Dans un rapport du 16 avril 2008 destiné à l'OAI, le Dr N._____ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de syndrome métabolique (obésité, morbide, hypertension artérielle, hypercholestérolémie et hyperuricémie), de status après infarctus inférieur en 1998, de status après cure de hernie discale L5-S1 droite le 25 février 2000, de status après cure pour ménisque au niveau du genou droit en 2004, de status après cure de hernie discale L4-L5 droite laissant une parésie et un pied tombant à droite le 28 juin 2006, et de meralgie paresthésique droite depuis 2004. Il a précisé avoir vu l'assuré à une seule reprise, le 5 octobre 2006 et a estimé que le pronostic était réservé vu la somme de toutes les pathologies. Concernant les limitations, il a signalé des restrictions dues au syndrome métabolique, à la parésie L5 droite séquellaire de la cure de hernie discale de 2006 ainsi qu'à des douleurs liées à la meralgie paresthésique droite. Le Dr N._____ a considéré que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus envisageable et qu'il n'y avait pas de travaux exigibles dans le cadre d'une activité adaptée. A ce compte-rendu était notamment joint un rapport du 11 février 2008 du Dr HH._____, spécialiste en anesthésiologie, mentionnant qu'une stimulation médullaire pourrait être envisagée en cas de persistance de la meralgie paresthésique.

Aux termes d'un compte-rendu du 8 juillet 2008 adressé à l'OAI, le Dr GG._____ a signalé les diagnostics incapacitants de status post infarctus inférieur en 1998 sur cardiopathie ischémique, d'hépatopathie d'origine indéterminée, de syndrome d'apnée du sommeil et de status post cure de hernie discale. Il a précisé que l'évolution était favorable sur les plans pondéral et métabolique. Pour le reste, il a indiqué ne pas être en mesure de répondre au questionnaire médical de l'administration, dans la mesure où l'obésité n'avait pas d'effet sur la capacité de travail.

Le 15 août 2008, le Dr S._____ a produit deux rapports médicaux, l'un du 29 juillet 2008 émanant du Service de pneumologie du Centre hospitalier R._____ et l'autre du 31 juillet 2008 établi par le Centre [...], dont il ressortait que le by-pass gastrique effectué en décembre 2007 avait permis une perte pondérale de 47 kg et qu'il n'y avait désormais plus d'indication à la poursuite d'une ventilation non invasive.

Dans un constat du 19 août 2008 à l'attention de l'OAI, les Drs O._____ et V._____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant au Service de pneumologie du Centre hospitalier R._____, ont exposé qu'ensuite de la perte pondérale de 47 kg consécutive au by-pass gastrique, l'assuré ne présentait plus de problèmes d'ordre pneumologique influant sur sa capacité de travail.

Le 16 septembre 2008, le Dr S._____ a versé au dossier un rapport du 12 août 2008 établi par le radiologue KK._____ à la suite d'une imagerie par résonance magnétique [IRM] de la colonne vertébrale totale, concluant à une légère discopathie dégénérative L1-L2 avec hypertrophie des articulations postérieures, sans hernie à ce niveau, ainsi qu'à une atteinte prédominant en L5-S1 avec discopathie dégénérative, arthrose postérieure modérée, petite protrusion et tissu cicatriciel du côté droit, susceptible d'irriter la racine S1, voire L5 droite ; en outre, le fourreau dural était légèrement rétréci en L3-L4 et L4-L5 sur pathologie discale, arthrose et hypertrophie des articulations postérieures.

Par avis médical du 10 octobre 2008, les Drs LL._____ et K._____, du SMR, ont considéré que l'assuré n'avait pas apporté les preuves d'une aggravation ou d'atteintes à la santé nouvelles susceptibles de modifier les conclusions du rapport d'examen SMR du 16 [recte : 15] mars 2007, les éléments recueillies allant plutôt dans le sens d'une amélioration de l'état de santé.

Aux termes d'un courrier du 17 octobre 2008 à l'assuré, l'OAI a repris les conclusions de l'avis SMR susmentionné et confirmé l'octroi

d'une rente limitée dans le temps conformément à son projet de décision du 6 février 2008. L'office a rendu une décision formelle dans ce sens le 8 janvier 2009, reproduisant la motivation de son projet précité et fixant le montant des rentes pour la période du 1^{er} mars au 31 décembre, compte tenu d'un degré d'invalidité de 100%.

B. Par acte du 5 février 2009 adressé à l'OAI puis transmis par cet office le 9 février suivant à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, W._____ a recouru à l'encontre de la décision du 8 janvier 2009, concluant implicitement à son annulation et faisant valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré après 2006.

Dans sa réponse du 3 septembre 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant en substance à l'avis médical SMR du 10 octobre 2008.

Le recourant, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a répliqué le 23 novembre 2009, concluant à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité postérieurement au 31 décembre 2006, avec intérêt. En substance, il a fait valoir que la preuve d'une amélioration sensible de son état de santé au 1^{er} octobre 2006 n'avait pas été apportée et qu'il ne se justifiait donc pas de réviser le droit à la rente au 31 décembre 2006. Il a estimé en outre qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire pour déterminer sa capacité résiduelle de travail. A cette écriture étaient joints les documents suivants :

- un rapport du 25 juin 2009 du Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie, mentionnant que la mise en place d'une électrode de stimulation épidurale était prévue pour le 31 août 2009 ;

- un rapport du 11 septembre 2009 du Dr X._____, expliquant que l'assuré l'avait consulté spontanément le 5 août 2009 avec des allégations de paresthésies diffuses correspondant à un syndrome du

tunnel carpien au niveau des deux mains, que par ailleurs la plégie du membre inférieur droit persistait, qu'un stimulateur au niveau lombaire avait en outre vraisemblablement été implanté et que, dans ces conditions, il y avait lieu de mettre en oeuvre une expertise multidisciplinaire aux fins de déterminer la capacité résiduelle de travail ;

- un certificat établi le 18 septembre 2009 par le Dr MM. _____, nouveau médecin généraliste traitant, indiquant que l'assuré souffrait d'un handicap physique lié à un syndrome du canal carpien bilatéral, à une lombosciatalgie droite et à des troubles métaboliques (diabète, hyperuricémie, anémie ferriprive).

Se déterminant le 8 janvier 2010, l'OAI a maintenu sa position au regard d'un avis médical du 5 janvier 2010 des Drs K. _____ et C. _____, du SMR, considérant que dans le cadre de son recours, l'assuré n'avait pas apporté d'éléments nouveaux ou susceptibles de remettre en cause les conclusions du rapport d'examen SMR du 16 [recte : 15] mars 2007.

Par envoi du 27 janvier 2010, le recourant a produit un nouveau lot de pièces se rapportant essentiellement à des consultations ayant eu lieu en 2007 auprès des Etablissements hospitaliers [...]. Par ailleurs, il est ressorti d'un compte-rendu du 12 décembre 2009 que l'assuré avait consulté le jour même les urgences de l'Hôpital de [...] pour des douleurs thoraciques bilatérales en regard de la deuxième côte, prédominant à droite, et que l'électrocardiogramme [ECG] pratiqué à cette occasion s'était avéré superposable à un précédent examen effectué en 2007.

Le 3 février 2010, le recourant a demandé l'appointement d'une audience publique en vue de son audition.

Prenant position le 23 février 2010, l'OAI a confirmé son appréciation et renvoyé à un avis médical SMR du 17 février 2010 des Drs K. _____ et C. _____. Ces derniers y exposaient que les pièces produites

concernant l'année 2007 n'apportaient aucun élément nouveau, que le rapport du 12 décembre 2009 mentionnait l'absence de modification à l'ECG en comparaison avec 2007 et était postérieur à la décision attaquée du 8 janvier 2009, et que ces éléments n'étaient donc pas susceptibles de modifier les conclusions du SMR.

C. Une audience d'instruction s'est tenue le 19 avril 2010, au cours de laquelle le recourant a été entendu dans ses explications, l'intimé ayant pour sa part été dispensé de comparaître. Aux termes de cette audience, il a été décidé de procéder à une expertise pluridisciplinaire comportant un volet neurologique, un volet de médecine interne et un volet psychiatrique.

A cet effet, un mandat d'expertise judiciaire a été confié aux Drs L._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, Z._____, spécialiste en neurologie, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Bureau [...] (ci-après : le Bureau F._____. Le recourant a été examiné le 14 avril 2011 par les experts susnommés. En parallèle, le Dr Z._____ s'est fait transmettre diverses pièces médicales par le Dr N._____, auquel l'assuré avait été adressé en 2009 par le Dr X._____ pour l'évaluation d'une récurrence d'un syndrome du tunnel carpien ; il en est ressorti que l'examen neurologique des membres supérieurs était parfaitement dans la norme et qu'il n'y avait pas de souffrance du nerf médian ou cubital (cf. rapport du 23 septembre 2009 du Dr N._____). Divers documents concernant le suivi médical du recourant depuis l'an 2000 ont par ailleurs été recueillis. C'est dans ce contexte qu'a été produit un rapport du 17 novembre 2011 du neurologue B._____, évoquant notamment des dysesthésies récurrentes, brèves sur quelques minutes, des membres inférieurs au niveau du territoire du nerf sciatique des deux côtés (avec un diagnostic différentiel de « *syndrome du muscle piriforme ; atteinte pluriradiculaire sur trouble de la statique de la colonne lombaire* »), à la suite de quoi l'intéressé a été réexaminé par le Dr L._____ le 24 novembre 2011. Faisant part de leurs conclusions dans un rapport du 25 janvier 2012, les experts ont notamment retenu ce qui suit :

"4. Diagnostics

Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents ?

- STATUS APRES CURE DE HERNIE DISCALE L5-S1 DROITE (M51.1), LE 20.11.2000.
- STATUS APRES CURE POUR UNE RECIDIVE DE HERNIE DISCALE L5-S1 DROITE EN 2006 AVEC PARESIE DES MUSCLES DEPENDANTS DE LA RACINE L5 SECONDAIRE (M51.1).
- STATUS APRES MERALGIE PARESTHESIQUE DROITE (G57.1), STABILISEE PAR STIMULATIONS MEDULLAIRES LE 31.08.2009.
- SYNDROME METABOLIQUE AVEC DIABETE DE TYPE II (E 11) TRAITE, DEPUIS 2005, HTA ESSENTIELLE (I 10) TRAITEE, DEPUIS ? HYPERLIPIDEMIE (E 78.2) TRAITEE, DEPUIS ?

4.2 diagnostics sans r[é]percussion sur la capacit[é] de travail

depuis quand sont-ils pr[é]sents ?

- STATUS APRES NEUROLYSE DU NERF MEDIAN BILATERAL EN 1999 (G56.0).
- PROBABLE PHENOMENE DE TROUSSEAU (G50.0) (PARESTHESIE DES EXTREMITES ET DE LA POINTE DE LA LANGUE AVEC SENSATION D'OPPRESSION RETROSTERNALE) SURVENU DEPUIS QUELQUES MOIS.
- OBESITE MORBIDE (E 66.2), STATUS APRES UN BY-PASS GASTRIQUE (DECEMBRE 2007).
- HEPATOPATHIE AVEC STEATOSE DU FOIE AVEC CYTOLYSE ET CHOLESTASE D'ORIGINE INDETERMINEE (METABOLIQUE ?) (K 77.0), DEPUIS?
- STATUS APRES UN INFARCTUS INFERIEUR (I 21 1X-002) EN 1998, UN ANGOR (I 20) EN 1999 ET UNE THERMO-ABLATION POUR UNE TACHYCARDIE NODALE (I 471X-004) PAR REENTREE ATRIO-VENTRICULAIRE EN 2002.
- PERSONNALITE EMOTIONNELLEMENT LABILE TYPE BORDERLINE (COMPENSEE F60.31) PRESENTE DEPUIS JEUNE ADULTE

5. Appréciation du cas et pronostic

Résumé du cas :

[...]

Monsieur souffre de lombosciatalgies droites depuis 1999. Il a été opéré en 2000 pour une hernie discale L5-S1 droite. Suite à cette opération, l'évolution est bonne. Monsieur peut reprendre son travail de chauffeur livreur à 100 %.

En 2004, il développe une meralgie paresthésique droite. Cette pathologie est constatée plus souvent chez les patients atteints d'obésité et de diabètes, ce qui est le cas de Monsieur W._____. Ne répondant pas aux traitements conservateurs, un stimulateur épidural est implanté en 2009.

En 2005, il présente un pied droit tombant mais il ne consultera pas tout de suite. Les investigations mettent en évidence une récurrence de l'hernie discale L5-S1 droite. Il est donc réopéré en 2006[.] L'évolution est de nouveau favorable de point de vue des douleurs, mais il gardera comme séquelle le pied tombant.

Monsieur souffre d'une obésité morbide. Un by-pass gastrique est mis en place en décembre 2007. Monsieur passe d'un BMI de 45.2 à un BMI 31.9 Malheureusement une reprise de poids se fera par la suite, son BMI en avril 2011 est de 37, en novembre 2011 de 38.1.

Monsieur a fait un infarctus inférieur en 1998. Il a souffert d'un angor en 1999 et il a bénéficié d'une thermo-ablation pour une tachycardie nodale (2002). Depuis, du point de vue cardiovasculaire, il va bien.

Monsieur souffre d'un syndrome métabolique ; un diabète de type II trait[é], une hyperlipidémie et une HTA, traitées.

Il a souffert d'un syndrome d'apnées du sommeil actuellement en rémission.

Au plan rhumatologique et médecine interne

Monsieur se plaint de lombalgies présentes 24 h sur 24 et de raideurs matinales.

L'examen clinique montre des troubles de la posture liés à son obésité, avec une rétraction des ischio-jambiers, un relâchement de la sangle abdominale, une augmentation de la lordose et de la cyphose.

La double opération lombaire (ablation d'hernies discales L5-S1 droites) entraîne une discopathie sévère L5-S1 et une probable instabilité segmentaire.

Monsieur doit continuer à essayer de perdre du poids. Il doit également faire un exercice physique régulier (natation, vélo ou marche rapide).

Cette prise en charge sera aussi bénéfique pour son syndrome métabolique, son diabète de type II et son HTA.

Les problèmes liés à la meralgie paresthésique et au pied droit tombant seront discutés par le neurologue.

Sur le plan rhumatologique, nous retenons une incapacité de travail à 100 % dans son dernier emploi chez EE. _____ (livraison des médicaments) depuis mars 2005.

Dans un emploi adapté sans port de charge de plus de 5 kilos, sans mouvements répétés du rachis, sans position debout de plus de 45 minutes, avec la possibilité de changer de position tou[t]es les 45 minutes, sans devoir monter et descendre, la capacité de travail est de 100 %, depuis le 1^{er} janvier 2007, soit 6 mois après l'intervention chirurgicale pour hernie discale L5-S1.

Il faut également tenir compte dans les limitations fonctionnelles des problèmes liés au syndrome métabolique que présente Monsieur. Il faudra donc également veiller à des horaires réguliers diurnes avec des pauses régulières pour pouvoir prendre des collations et éviter des emplois stressants.

Un emploi assis, dans la petite mécanique serait possible.

Au plan neurologique :

Il s'agit d'un chauffeur livreur de 46 ans ayant développé un syndrome du tunnel carpien en 1999 ayant été opéré avec succès. En octobre 2000, il bénéficie d'une cure de hernie discale L5-S1 droite avec succès. Il présentera une récurrence en 2006 nécessitant une nouvelle intervention au niveau L4-L5. Il en résulte une paralysie des muscles dépendants de la racine L5 droite. Par ailleurs, dès 2004, il développe une meralgie paresthésique à rattacher à une obésité. Il bénéficie d'un by-pass gastrique ayant engendré une perte pondérale de près de 55 kg, sans aucun changement significatif de sa symptomatologie neurologique. Cette pathologie engendrera une gêne importante qui persistera malgré la prise d'anti-épileptiques et de tricycliques. Le 31.08.2009, il bénéficiera de la pose d'un stimulateur médullaire ayant engendré une nette amélioration de ce point de vue. Plus récemment, il relève l'apparition de paresthésies des quatre extrémités et de la pointe de langue, associées parfois à une sensation d'oppression rétrosternale. Ceci est très nettement modulé par le stress. Ce jour, l'examen neurologique met en évidence la normalité de l'examen neurologique aux membres supérieurs. Aux membres inférieurs, il existe une hypoesthésie-dysesthésies dans le territoire du nerf fémoro-cutané droit ainsi qu'un déficit sensitivo-moteur intéressant la racine L5 droite. L'électromyographie confirme l'existence de signes de dénervation chronique dans le territoire L5 droit. Par contre, le reste de cet examen infirme l'existence d'une polyneuropathie, d'une compression du nerf médian ou cubital au poignet, du cubital au coude des deux côtés ou d'élément nous dirigeant vers une polyneuropathie diabétique.

Au plan psychiatrique

Dès l'âge de 21 à 25 ans, l'expertisé a présenté une polytoxicomanie et un exhibitionnisme motivant une hospitalisation en milieu psychiatrique. Un traitement obligatoire sur décision pénale a été mis en place sur une durée de 2 ans. Par la suite, Monsieur a arrêté toute consommation de substance et selon ses dires d'exhibitionnisme.

Dès 2007, dans le cadre d'un futur by-pass pour obésité morbide, Monsieur est adressé à l'Unité Psychiatrique ambulatoire d' [...]. Il consulte également en raison de conflits conjugaux dus à une dépendance à l'alcool de Madame. Début 2010, Monsieur cesse tout suivi.

M. W. _____ est sous traitement d'amitriptyline (Saroten®) à dose progressivement augmentée et ceci dans un but antalgique et non antidépresseur.

Dans l'anamnèse de l'expertisé, on relève une instabilité professionnelle avec, hormis le dernier emploi, des changements d'employeurs tous les deux ans environ, une propension à l'agir, un fonctionnement dans le "tout ou rien", des défenses de type clivage et projection. Ceci permet de retenir le diagnostic de personnalité émotionnellement labile type borderline selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10). Cette personnalité est actuellement compensée. Des traits immatures et dépendants sont également présents.

L'expertisé ne présente pas d'attaque de panique, d'anxiété généralisée, d'épisode dépressif majeur, de phobie, de symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire ou une psychose.

Je ne retiens pas un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant car lors de l'entretien, M. W. _____ n'a pas évoqué de douleur majeure et ne présente pas de détresse émotionnelle conséquente.

Sur le plan psychique, l'expertisé ne présente pas de limitation ; par conséquent, sa capacité de travail est entière dans une activité simple.

Toutefois, le pronostic reste réservé quant à la reprise d'une activité professionnelle au vu des représentations négatives de M. W. _____ et de nombreux facteurs sociaux ; ces éléments sortent du champ médical.

Evaluation de l'évolution des pathologies invalidantes, le 24 novembre 2011.

Monsieur arrive à l'heure, la démarche se fait sans boiterie.

Il déclare spontanément qu'il s'occupe de ses enfants, car il est en instance de divorce (fin mai 2011). Le juge lui a donné la garde des enfants, car sa femme souffre d'un problème de dépendance à l'alcool.

Il déclare qu'il n'a pas constaté de changement dans son état de santé depuis le 14 avril 2011.

Il signale que son électrostimulation fonctionne bien. Les deux électrodes sont opérationnelles, alors que le 14 avril, une seule était en fonction.

Le traitement médicamenteux est toujours le même.

Il décrit des paresthésies aux deux MI irradiant jusqu'aux pieds. Ces paresthésies durent quelques minutes et disparaissent au massage musculaire.

Monsieur a consulté pour ce problème, le 15 novembre 2011 le Dr. B. _____, neurologue FMH.

Ce dernier conclut à des dysesthésies récidivantes, brèves, sur quelques minutes, sans déficit associé. Le territoire évoque plus un problème du tronc sciatique que d'une atteinte radiculaire, de par l'extension à l'ensemble du pied et sans relation avec la présence ou non de la neuromodulation. Il propose le diagnostic différentiel d'un syndrome du muscle piriforme ou une atteinte pluri radiculaire sur trouble de la statique de la colonne lombaire.

L'examen clinique est superposable à celui du 14 avril, à part une prise de poids de 3 kilos (106 kilos, BMI 38.1)[.]

Notre appréciation reste donc la même.

Consensus :

M. W. _____ présente un status après cure pour une récurrence de hernie discale L5-S1 droite en 2006 avec parésie des muscles dépendants de la racine L5 secondaire.

Il présente aussi une meralgie paresthésique droite apparue en 2004.

Si les radiculalgies ont évolué favorablement depuis la cure d'hernie discale, la meralgie paresthésique droite s'est aggravée depuis cette opération, requérant la prise d'antalgiques puissants à fortes doses, sans pouvoir amener les douleurs. La pose d'un stimulateur médullaire le 31.08.2009 entraîne une nette amélioration. Actuellement la situation est stabilisée.

Ces deux pathologies sont à l'origine d'une incapacité de travail totale dès mars 2005 dans son ancienne activité de chauffeur livreur et de cuisinier.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100% à partir du 01.09.2009.

De point de vue psychiatrique, le diagnostic de personnalité émotionnellement labile type borderline, actuellement compensée, n'est pas invalidant.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Au plan rhumatologique et médecine interne :

Pas de port de charge de plus de 5 kilos, pas de mouvements répétés de flexion du rachis, pas de position debout de plus de 45 minutes, avec la possibilité de changer de position toutes les 45 minutes, pas de devoir monter et descendre. Travail avec horaire fixe, diurne, avec des pauses régulières pour pouvoir prendre des collations. Eviter les situations stressantes.

Au plan neurologique, il existe une discrète parésie de l'élévation du pied droit, bien stabilisé par le port d'une attelle. Il existe aussi des troubles sensitifs dans le territoire fémoro-cutané droit eux aussi stabilisés par une stimulation médullaire. Ces éléments représentent une limitation de ses capacités dans le cadre du port de charge ou dans la déambulation. Toutefois, toutes activités professionnelles adaptées, sédentaires sont largement envisageables.

Au plan psychique et mental

Pas de limitation qualitative ou quantitative mise en évidence.

Au plan social

Pas de limitation, la sociabilité est bien conservée.

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

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Au plan rhumatologique et de médecine interne.

Les lombalgies chroniques empêchent l'activité de chauffeur-livreur. Dans cet emploi, Monsieur doit porter des charges de plus de 5 kilos, il doit constamment monter et descendre et faire des mouvements de flexion et d'extension du rachis, toutes activités contre-indiquées.

Au plan neurologique

Il est évident que durant les périodes où il a développé les syndromes radiculaires il existait une incapacité de travail. Enfin, la pathologie liée à la meralgie paresthésique engendre une limitation de ses capacités de travail notamment dans le cadre des conséquences de douleurs chroniques, invalidantes. Toutefois, cet aspect de sa problématique est actuellement stabilisé par la mise en place d'un neuro-stimulateur. La parésie des muscles dépendants de la racine L5 secondaire limitent la déambulation.

Au plan psychique

La personnalité émotionnellement labile type borderline, compensée, n'interfère pas sur l'activité exercée jusqu'ici.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Au plan rhumatologique et de médecine interne.

0 % dans sa dernière activité.

Au plan neurologique,

0% dans sa dernière activité.

Au plan psychique

La capacité de travail est entière.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Au plan rhumatologique et de médecine interne.

Non.

Au plan neurologique,

Non, je ne pense pas que nous puissions envisager une activité de chauffeur livreur ou comme cuisiner, comme il l'était de par le passé. En effet, ces deux activités représentent une contrainte au niveau de son dos où il existe des limitations inhérentes aux suites de ses cures de hernies discales. Il existe aussi une diminution de la force dans les mouvements d'élévation du pied droit, représentant aussi une limitation dans ses capacités de déambulation malgré le port d'une attelle.

Au plan psychique

Oui, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 8 heures par jour.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Au plan rhumatologique et médecine interne.

Question sans objet.

Au plan neurologique

Question sans objet.

Au plan psychique

Pas de diminution du rendement.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Au plan rhumatologique et médecine interne :

09.03.2005.

Au plan neurologique

Incapacité de travail depuis le 09.03. 2005

Au plan psychique

Pas d'incapacité de travail.

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

Au plan médecine interne et rhumatologie.

Dans son dernier emploi est toujours resté à 100 % depuis mars 2005.

Dans une activité adaptée, incapacité de 100% jusqu'au 31.12.2006 et incapacité de 0% depuis janvier 2007.

Au plan neurologique,

Incapacité de travail toujours à 100% depuis mars 2005 dans son dernier emploi.

Dans une activité adaptée, incapacité de 100% jusqu'au 31.08.2009 (date de la pose du stimulateur médullaire) et incapacité de 0% depuis le 01.09.2009.

Au plan psychique

Question sans objet car la capacité de travail a toujours été entière.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Au plan psychique

Le trouble de personnalité n'empêche pas une adaptation à un environnement professionnel.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

[...]

Au plan rhumatologique et médecine interne :

Oui, toute réadaptation qui respecte les limitations énoncées ci-dessus.

Au plan neurologique, je pense qu'une réadaptation professionnelle dans une activité sédentaire est certainement envisageable. Toutes activités sédentaires, de contrôle ou de surveillance sont amplement envisageables.

Au plan psychique

La capacité de travail est entière, pas de mesure de réadaptation professionnelle à envisager. Par ailleurs, M. W. _____ s'estime dans l'incapacité d'exercer une activité, même à temps partiel ; par conséquent de telles mesures seraient vouées à l'échec.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Au plan rhumatologique et médecine interne :

Non.

Au plan neurologique, je ne pense pas que nous puissions envisager la reprise d'une activité de chauffeur livreur ou de cuisinier compte tenu des suites des cures de hernie discale. Il existe de plus une parésie dans le myotome L5 limitant aussi ses capacités de déplacement.

Au plan psychique

Pas de mesure à proposer car la capacité de travail est entière et la personnalité compensée.

[...]

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Au plan physique

Toutes activités sédentaires, de surveillance, qui respectent les limitations énoncées ci-dessus.

Au plan psychique

Oui, d'autres activités simples sont exigibles de la part de l'assuré sans que l'on n'ait à tenir compte de critères particuliers.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

Au plan rhumatologique et médecine interne :

A 100% soit 8h30 par jour, dès le 1^{er} janvier 2007.

Au plan neurologique

A 100%, soit 8h30 par jour, dès le 01.09.2009.

Au plan psychique

L'activité peut être exercée 8h30 par jour.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Au plan physique

Non.

Au plan psychique

Pas de diminution du rendement.

[...]"

Se déterminant le 23 février 2012, l'OAI a indiqué se rallier à un avis médical SMR du 16 février 2012 des Drs K. _____ et C. _____, dont on extrait ce qui suit :

"Commentaires :

- Ce rapport d'expertise remplit les critères de qualité actuellement requis en la matière.
- Tout comme le SMR, les experts concluent à une CT nulle dans les activités antérieures (chauffeur livreur en particulier).
- Tout comme le SMR, les experts concluent à une pleine CT en toute activité adaptée aux atteintes rachidiennes et des MI ; ils y ont ajouté la meralgie paresthésique D et le syndrome métabolique avec le diabète.
- Ils s'éloignent des conclusions du SMR dans le sens que ce dernier n'avait pas tenu compte des douleurs engendrées par la meralgie paresthésique au MID, qui a été notoirement soulagée par la mise en place d'un stimulateur médullaire en date du 31.08.2009.
- C'est la raison pour la quelle les experts estiment que la CT est nulle en toute activité jusqu'à la mise en place du stimulateur médullaire, et admettent la pleine CT en toute activité adaptée à partir du 01.09.2009 (et non pas dès octobre 2006 comme le SMR l'avait admis, se référant alors aux conclusions du Dr H. _____, neurochirurgie Centre hospitalier R. _____ [...]).
- Les limitations fonctionnelles sont admises : port de charges au-delà de 5kg, mouvements répétés de flexion du rachis, position debout au-delà de 45min, position statique assis-/debout au-delà de 45min ; horaire irrégulier, de nuit, situations stressantes ; il est par ailleurs nécessaires de pouvoir effectuer des pauses pour les collations justifiées par le diabète.
- Les experts ont admis le trouble de personnalité émotionnellement labile, type borderline non décompensé, qui ne justifie ni limitation fonctionnelle, ni diminution de la CT ou du rendement. Aucune autre affection psychiatrique n'a été retenue.

Remarques :

- Nous n'avons pas de raison médicale de nous écarter des conclusions des experts.

- Les limitations fonctionnelles relevées ci-dessus valent également pour la cardiopathie ischémique."

Prenant position le 9 juillet 2012, le recourant a fait valoir qu'au vu du tableau neurologique et psychiatrique, il y avait encore lieu de procéder à un examen neuropsychologique. Il a ajouté que compte tenu de la complexité du tableau clinique somatique et psychiatrique, tant la capacité résiduelle de travail que le taux de rendement devraient être déterminés par les experts, pour chaque profession adaptée, avec le concours d'un service d'ergothérapie.

Le 22 mars 2013, le recourant a versé au dossier une nouvelle copie du rapport du Dr B. _____ du 17 novembre 2011 ainsi que les documents suivants :

- un rapport du 9 février 2012 adressé au Dr B. _____ par le Dr G. _____, médecin adjoint au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier R. _____, indiquant qu'il était effectivement fort possible que l'assuré présente un syndrome du pyramidal et que des changements allaient être proposés au niveau des semelles des chaussures de l'intéressé afin de mieux stabiliser le pied ;

- un rapport du 25 mai 2012 du Dr J. _____, dont il ressortait notamment que le score de douleur de l'assuré avait initialement atteint 8/10 avant l'implantation du stimulateur épidural en août 2009, que ce score avait diminué à 1/10 en septembre 2010, qu'il avait été évalué à 3/10 en moyenne au contrôle de septembre 2011 et qu'après une consultation en urgence en novembre 2011 ayant motivé un examen auprès du Dr B. _____, la stimulation épidurale avait été réglée le 21 novembre 2011 dans le cadre du suivi du traitement médical.

Par écriture du 30 avril 2013, l'OAI a déclaré se rallier à un avis médical du 22 avril 2013 des Drs NN. _____ et OO. _____, du SMR, considérant que les pièces produites le 22 mars 2013 par le recourant ne justifiaient aucune modification de l'appréciation de ce service.

Le 7 juin 2013, le recourant a produit un rapport du 17 mai 2013 consécutif à un scanner du rachis lombaire, aux termes duquel les Drs PP._____ et QQ._____, respectivement chef de service et médecin assistant au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier R._____, signalaient la persistance d'un rétrécissement foraminaux significatif en L5-L1 [recte : L5-S1] à droite, de par des troubles dégénératifs, ainsi qu'un possible canal lombaire étroit L4-L5 à confirmer par un examen complémentaire de type myélographie, qui permettrait également de mieux évaluer le status cicatriciel L5-S1.

Le 15 novembre 2013, le recourant a versé de nouvelles pièces au dossier, soit :

- un rapport établi le 26 juin 2013 suite à un myélo-CT-scanner, aux termes duquel les Drs P._____, D._____ et R._____, chefs de clinique du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier R._____, concluaient à un canal lombaire étroit sévère en L3-L4 et L4-L5 de type C selon la classification de Lausanne, d'origine dégénérative ;

- un rapport du 11 octobre 2013, émanant des Drs A._____ et E._____, respectivement médecin associé et médecin assistant au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier R._____, exposant que l'assuré présentait une claudication neurogène de caractère invalidant, confirmée à l'examen électrophysiologique, et que de ce fait, après discussion du dossier avec l'équipe de neurochirurgie spinale, l'intéressé allait être convoqué pour discuter d'une éventuelle prise en charge chirurgicale.

Le 2 juin 2014, le recourant a requis la production complète du dossier du Centre hospitalier R._____ ainsi que l'interpellation des neurologues de cet établissement sur différents points. Il a également produit de nouvelles pièces, dont un rapport du 16 décembre 2013 des Drs I._____ et U._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier R._____.

considérant que le bénéfice d'une nouvelle intervention chirurgicale était incertain au vu notamment des multiples comorbidités vasculaires et métaboliques de l'assuré ainsi que de son passé chirurgical lourd, avec un « *fail back surgery syndrome* » et plusieurs opérations dont un stimulateur médullaire antalgique encore en place, et ne retenant donc pas d'indication à une chirurgie actuellement.

Se déterminant le 18 juin 2014, l'OAI a maintenu sa position, rappelant qu'une expertise judiciaire avait été mise en œuvre, que le SMR estimait qu'il n'y avait aucune raison médicale de s'en écarter et que les mesures d'instruction requises auprès du Centre hospitalier R. _____ n'étaient donc pas nécessaires. Pour le surplus, l'intimé s'est référé à un avis médical SMR du 12 juin 2014 des Drs NN. _____ et OO. _____, aux termes duquel ces derniers estimaient que les pièces produites par le recourant n'établissaient pas d'aggravation durable de l'état de santé antérieurement à la décision querellée du 8 janvier 2009 ou au rapport d'expertise judiciaire du 25 janvier 2012, dont il n'y avait pas de motif de s'écarter.

Par avis du 25 juin 2014, le juge instructeur a fait savoir au recourant que sa requête en complément d'instruction était rejetée en l'état.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente

jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 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 ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question du droit éventuel de l'assuré à des prestations de l'AI - singulièrement à une rente d'invalidité - au-delà du 31 décembre 2006.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40% 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se base sur des documents médicaux, le cas

échéants, 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 médicaux 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). 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 exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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 (cf. ATF 125 V 350 consid. 3b/cc et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des

opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

d) Selon la jurisprudence (cf. ATF 125 V 413 consid. 2b ; cf. TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; cf. TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4).

Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé in : ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et 135 V 141 consid. 1.4.4).

4. Aux termes de sa décision du 8 janvier 2009 fondée essentiellement sur les avis médicaux du SMR des 15 mars 2007 et 10 octobre 2008, l'intimé a alloué une rente entière d'invalidité au recourant, avec effet limité du 1^{er} mars au 31 décembre 2006. L'OAI a considéré que l'incapacité de travail et de gain était totale à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par la loi (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI, anciennement art. 29 al. 1 let. b LAI), soit au mois de mars 2006, justifiant l'ouverture du droit à la rente. L'office a toutefois estimé que si l'activité habituelle de chauffeur-livreur n'était plus envisageable, l'exercice d'une activité adaptée était en revanche exigible à 100% dès le mois d'octobre 2006, avec un préjudice économique de 5% conduisant à la suppression du droit à la rente au 31 décembre 2006, soit trois mois après l'amélioration survenue en octobre 2006 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

Le recourant, pour sa part, a contesté une quelconque amélioration de son état de santé à partir du mois d'octobre 2006.

a) Dans le cadre de la présente procédure judiciaire, le recourant a fait l'objet d'une expertise réalisée par les Drs L._____, Z._____ et T._____ du Bureau F._____. Dans leur rapport d'expertise du 25 janvier 2012, les experts ont retenu les diagnostics incapacitants de status après cure de hernie discale L5-S1 droite le 20 novembre 2000, de status après cure pour une récurrence de hernie discale L5-S1 droite en 2006 avec parésie des muscles dépendants de la racine L5 secondaire, de status après méralgie paresthésique droite, stabilisée par stimulation médullaire le 31 août 2009, et de syndrome métabolique avec diabète de type II traité depuis 2005, d'hypertension artérielle essentielle traitée et

d'hyperlipidémie traitée. Sur le plan de la rhumatologie et de la médecine interne, le Dr L. _____ a considéré que l'incapacité de travail était totale dans le dernier emploi depuis mars 2005 et que dans une activité adaptée - sans port de charges de plus de 5 kg, sans mouvements répétés du rachis, sans position debout au-delà de 45 minutes, permettant l'alternance des positions toutes les 45 minutes, ne nécessitant pas de monter ou descendre, évitant le stress et comportant des horaires réguliers diurnes avec des pauses régulières afin de pouvoir prendre des collations -, la capacité de travail était de 100% depuis le 1^{er} janvier 2007, soit six mois après l'intervention subie en 2006. Sous l'angle neurologique, le Dr Z. _____ a retenu une entière incapacité de travail dans le dernier emploi exercé, cela depuis le mois de mars 2005, et que la capacité de travail était entière dans une activité professionnelle adaptée - sédentaire - dès après le 31 août 2009, date de l'implantation d'un stimulateur médullaire. Enfin, concernant l'aspect psychiatrique, la Dresse T. _____ a exposé que l'assuré présentait une personnalité émotionnellement labile type borderline depuis qu'il était jeune adulte (avec des traits immatures et dépendants), que cette personnalité était actuellement compensée et que cette atteinte n'était pas susceptible d'influer sur la capacité de travail.

A l'aune de ces éléments, les spécialistes du Bureau F. _____ ont retenu de manière consensuelle que l'activité habituelle n'était plus exigible depuis le mois de mars 2005 mais que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière dès le 1^{er} septembre 2009.

Les conclusions des experts doivent toutefois être appréhendées au regard de la date déterminante de la décision administrative du 8 janvier 2009, qui définit le cadre temporel de l'examen du juge (cf. TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée). Autrement dit, l'expertise du Bureau F. _____ n'entre en considération dans la présente affaire qu'en tant qu'elle porte sur la situation de l'assuré jusqu'à la date de la décision litigieuse, la période postérieure échappant quant à elle au pouvoir d'examen de la Cour de céans. Cela étant, il résulte du rapport d'expertise judiciaire du 25

janvier 2012 que, lorsque la décision entreprise a été rendue le 8 janvier 2009, la capacité de travail de l'assuré était nulle tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

b) Encore faut-il examiner si des éléments au dossier viennent mettre en doute l'appréciation des experts du Bureau F._____.

aa) A cet égard, on relèvera préalablement que, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4).

Conformément aux principes exposés ci-dessus, le moment déterminant est en l'occurrence celui de la décision attaquée, rendue le 8 janvier 2009. En tant que les rapports médicaux produits céans par le recourant concernent l'évolution de son état de santé après la décision entreprise (cf. let. B et C supra), ils ne sont donc pas juridiquement pertinents dans le présent contexte.

bb) Au niveau physique, les avis médicaux pertinents au dossier ne mentionnent aucun élément important qui aurait échappé aux spécialistes du Bureau F._____, que ce soit sous l'angle de la rhumatologie, de la médecine interne ou de la neurologie. Ainsi, on constate que les experts ont répertorié l'essentiel du dossier médical (cf. rapport d'expertise du 25 janvier 2012 pp. 2 à 15 et 17 à 20), puis résumé les principales atteintes à la santé en découlant - à savoir des séquelles de deux cures de hernie discales L5-S1 droite, un pied tombant droit, une méralgie parasthésique droite, une obésité morbide, des antécédents

cardiovasculaires, un syndrome métabolique et un syndrome d'apnée du sommeil (cf. *ibid.* p. 38). Sur le plan de la rhumatologie et de la médecine interne, l'expert L._____ a reconnu une nature incapacitante aux séquelles des deux cures de hernie discale de 2000 et 2006, tout en ajoutant que les troubles métaboliques de l'assuré engendraient également des restrictions dans le cadre d'un travail adapté (cf. *ibid.* pp. 38 à 39 et 40 à 41). Du point de vue neurologique, l'expert Z._____ a exposé que la meralgie paresthésique de l'assuré avait une influence sur la capacité de travail et que la discrète parésie de l'élévation du pied droit engendrait également certaines limitations (cf. *ibid.* pp. 39 et 42). Pour le reste, les experts du Bureau F._____ ont considéré que les autres troubles physiques de l'assuré n'étaient pas invalidants, appréciation que rien ne vient infirmer en l'état du dossier.

Il est vrai que certains médecins traitants ont attribué un caractère incapacitant aux antécédents cardiaques de l'assuré (cf. rapports des Drs X._____ [des 18 juillet 2006 et 15 avril 2008], S._____ [du 21 juillet 2006], M._____ [du 27 novembre 2006], N._____ [du 16 avril 2008] et GG._____ [du 8 juillet 2008]). Ils n'ont toutefois fourni aucune motivation spécifique sur le sujet. A l'examen du dossier, on ne trouve par ailleurs aucun indice laissant à penser que les antécédents cardiovasculaires de l'intéressé seraient importants au point d'entamer significativement sa capacité de travail. Tout au plus peut-on relever que ce point n'a guère de portée dans le cas particulier, puisque même à admettre le caractère incapacitant des troubles en question, les limitations fonctionnelles n'en demeureraient pas moins identiques à celles retenues par les experts du Bureau F._____ (cf. avis médical SMR du 16 février 2012). Dans ces conditions, la Cour de céans ne voit pas de motif de s'écarter des conclusions des spécialistes du Bureau F._____, qualifiant la situation de bonne du point de vue cardiovasculaire (cf. rapport d'expertise du 25 janvier 2012 p. 38) et considérant que les antécédents de l'assuré sur ce plan n'étaient pas invalidants (cf. *ibid.* p. 37).

Il est par ailleurs constant que l'assuré a souffert d'un syndrome d'apnée du sommeil appareillé dès avril 2005 et qualifié à l'époque d'incapacitant par les médecins traitants (cf. rapports des Drs X._____ [des 18 juillet 2006 et 15 avril 2008], M._____ [du 27 novembre 2006] et GG._____ [du 8 juillet 2008]). Suite à une perte pondérale de 47 kg consécutivement à la réalisation d'un by-pass gastrique en décembre 2007, les médecins du Centre hospitalier R._____ ont toutefois estimé, au cours de l'été 2008, qu'il n'y avait plus d'indication à la poursuite du traitement (cf. rapport du Service de pneumologie du Centre hospitalier R._____ du 29 juillet 2008 et du Centre [...] du 31 juillet 2008) et que l'assuré ne présentait plus de problèmes d'ordre pneumologique influant sur sa capacité de travail (cf. rapport du Service de pneumologie du Centre hospitalier R._____ du 19 août 2008). Quand bien même il est vrai que l'assuré a ultérieurement repris du poids, il n'en demeure pas moins qu'aucune pièce au dossier n'atteste d'une nouvelle dégradation significative de la situation sous l'angle respiratoire. On comprend ainsi que les experts du Bureau F._____ aient considéré que le syndrome d'apnée du sommeil était en rémission (cf. rapport d'expertise du 25 janvier 2012 p. 38), de sorte qu'il ne pouvait influencer sur la capacité de travail.

En ce qui concerne l'obésité, considérée comme incapacitante par certains des médecins traitants de l'assuré (cf. rapports des Drs X._____ [du 18 juillet 2006] et M._____ [du 27 novembre 2006]), on notera qu'en soi, ce trouble n'est pas constitutif d'invalidité. Celle-ci doit néanmoins être admise si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (cf. TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.3 et 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.1 ; cf. TFA I 583/82 du 17 octobre 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 359) - ce qui n'est pas le cas dans la présente affaire. D'une part, s'il résulte de l'expertise du Bureau F._____ que les troubles alimentaires de l'assuré s'inscrivent dans un contexte de « *binge eating* » (cf. rapport d'expertise du 25 janvier 2012 p. 24), rien au

dossier n'incite à considérer qu'il s'agisse là d'un trouble invalidant. D'autre part, aucun des médecins interpellés au cours de la procédure n'a concrètement expliqué en quoi l'obésité aurait engendré des atteintes entravant la capacité de travail du recourant. L'examen clinique de rhumatologie/médecine interne effectué dans le cadre de l'expertise du Bureau F._____ a certes montré des troubles de la posture liés à l'obésité (cf. rapport d'expertise du 25 janvier 2012 p. 38), mais les experts n'en ont pas pour autant déduit d'atteinte spécifique ou de restrictions particulières. Si on peut en outre admettre que l'excédent de poids a participé aux problèmes respiratoires de l'assuré (cf. avis SMR du 15 mars 2007), il reste que ces derniers ont fait l'objet d'un traitement adéquat dès avril 2005 - bien qu'insuffisamment observé par l'intéressé (cf. rapport du Service de pneumologie du Centre hospitalier R._____ du 20 novembre 2006) - et qu'ils sont désormais en rémission ainsi que l'ont relevé les experts du Bureau F._____. Par ailleurs, même à admettre une certaine interdépendance entre le syndrome métabolique (diabète, HTA et hyperlipidémie) et l'obésité du recourant (cf. dans ce sens les rapports des Drs S._____ [du 21 juillet 2006], M._____ [du 27 novembre 2006] et N._____ [du 16 avril 2008]), les pièces en mains de la Cour de céans ne permettent pas pour autant d'établir une relation causale entre ces deux affections. Par conséquent, on ne peut affirmer de manière catégorique, sur la base des constatations médicales au dossier, que l'obésité du recourant serait elle-même la conséquence ou la cause d'une maladie invalidante. Au demeurant, dans la mesure où les avis médicaux au dossier ne retiennent pas de limitations propres à l'obésité, on peine à voir en quoi la question du caractère invalidant de cette atteinte pourrait s'avérer pertinente pour l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Finalement, il n'y a pas lieu de faire cas de l'avis du Dr X._____ considérant que le status après by-pass gastrique en décembre 2007 serait susceptible d'avoir des conséquences sur la capacité de travail du recourant ; à cet égard, il y a lieu de rappeler qu'aucun autre médecin ne s'est prononcé dans ce sens et que le SMR a par ailleurs expliqué de manière convaincante qu'une telle intervention ne pourrait entraîner d'incapacité de travail durable (cf. avis SMR du 15 mars 2007).

Pour le surplus, s'agissant des autres troubles somatiques évoqués au cours de la procédure (en particulier : accès de goutte occasionnels, hépatopathie, status après cure de canal carpien en 1999, ulcère de la jambe gauche et status après cure pour ménisque du genou droit en 2004 [cf. rapports des Drs X._____ [des 18 juillet 2006 et 15 avril 2008], N._____ [du 16 avril 2008] et GG._____ [du 8 juillet 2008]), l'examen du dossier ne révèle aucun indice laissant à penser que ces atteintes pourraient concrètement avoir un impact significatif et durable sur la capacité de travail du recourant. C'est donc à juste titre que les experts du Bureau F._____ ne leur ont pas prêté de caractère incapacitant.

Cela étant, sous l'angle de l'exigibilité, il convient d'observer que tant les médecins traitants que les experts du Bureau F._____ ont retenu, de manière unanime, que l'exercice de l'activité habituelle de chauffeur-livreur n'était plus exigible sur le plan physique (cf. notamment les rapports des Drs X._____ [des 18 juillet 2006 et 15 avril 2008], S._____ [du 21 juillet 2006], H._____ [du 8 septembre 2006] et N._____ [du 16 avril 2008]). L'exigibilité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques a quant à elle fait l'objet d'appréciations discordantes de la part des médecins traitants, ceux-ci ayant tour à tour évoqué une exigibilité de taux indéterminé (cf. rapport du Dr X._____ du 18 juillet 2006), de 50% (cf. rapport du Dr S._____ du 21 juillet 2006) de 100% (cf. rapport du Dr H._____ du 8 septembre 2006) ou même nulle (cf. rapports des Drs S._____ [du 5 mai 2006] et N._____ [du 16 avril 2008]). Les avis des médecins traitants ne contiennent toutefois que peu - voire pas - de motivation sur cette question. En outre, ces praticiens se sont prononcés sans nécessairement tenir compte de la situation somatique dans son ensemble, respectivement sans disposer des compétences spécialisées idoines. Par opposition, les spécialistes du Bureau F._____ ont procédé en toute connaissance de cause à une évaluation globale du cas particulier, tant sous l'angle de la rhumatologie que de la médecine interne et de la neurologie, et ont exposé de manière convaincante leur appréciation quant à l'exigibilité d'une activité adaptée aux restrictions physiques (cf.

consid. 4a supra). Les conclusions consensuelles et motivées de ces experts doivent dès lors se voir accorder la préséance.

cc) Sous un autre angle, il faut noter qu'aucun des médecins interpellés au cours de la procédure n'a évoqué le moindre problème relevant du domaine psychiatrique. Ce nonobstant, dans le cadre du mandat d'expertise confié au Bureau F._____ suite à l'audience d'instruction du 19 avril 2010, cet aspect a été analysé par l'experte psychiatre T._____. A l'issue de son examen, cette spécialiste a expliqué que l'assuré présentait une personnalité émotionnellement labile type borderline depuis qu'il était jeune adulte mais que ce trouble était compensé et n'avait aucune incidence sur la capacité de travail. Attendu que cette appréciation n'est remise en doute par aucune pièce du dossier, la Cour de céans ne peut donc que s'y rallier.

dd) A cela s'ajoute que les médecins du SMR ont admis qu'il n'y avait aucun motif médical de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise du 25 janvier 2012 (cf. avis médicaux des 16 février 2012 et 12 juin 2014).

Il n'y a par ailleurs pas lieu de rejoindre le recourant lorsqu'il soutient que l'expertise du Bureau F._____ devrait être complétée. D'une part, l'assuré fait valoir qu'un examen neuropsychologique s'impose « *au regard du tableau neurologique et psychiatrique* » (cf. déterminations du 9 juillet 2012 p. 2). Au vu d'une argumentation aussi laconique, on peine toutefois à suivre son raisonnement. Quoi qu'il en soit, il reste que le tableau tant neurologique que psychiatrique a fait l'objet d'une analyse circonstanciée de la part des experts du Bureau F._____ et qu'aucun indice témoignant d'hypothétiques troubles neuropsychologiques n'a été mis en évidence dans ce contexte ; de même, les médecins traitants de l'assuré n'ont pas évoqué de troubles relevant de la neuropsychologie ou encore moins préconisé des examens complémentaires sur ce point. Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi un examen neuropsychologique pourrait s'avérer pertinent pour la résolution du présent litige. D'autre part, le recourant prétend que les experts du Bureau F._____ devraient

être appelés à se déterminer sur la capacité résiduelle de travail et le taux de rendement, pour chaque profession adaptée, avec le concours d'un service d'ergothérapie. A cet égard, il y a lieu de rappeler que c'est à l'issue d'une analyse détaillée que les experts ont conclu à une entière capacité de travail sans diminution de rendement dans toute activité sédentaire, de surveillance, respectant les limitations fonctionnelles retenues (cf. rapport d'expertise du 25 janvier 2012 p. 47). Or, le recourant ne démontre pas que cette appréciation serait incomplète. Loin d'avancer un quelconque élément concret susceptible d'ébranler le bien-fondé des conclusions des spécialistes du Bureau F._____, l'assuré se limite à invoquer là encore une argumentation elliptique tirée de « *la complexité de tableau clinique somatique et psychiatrique* » (cf. déterminations du 9 juillet 2012 p. 2), argumentation qui n'emporte donc pas la conviction. Au surplus, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier -, il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées au recourant et accessibles sans formation particulière (cf. TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3), notamment dans le cadre d'une activité industrielle légère telle que mentionnée par l'OAI dans la motivation de la décision litigieuse (p. 2). On notera du reste que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (cf. ATF 123 V 96 consid. 4c et 113 V 28 consid. 4a ; cf. TFA I 606/02 du 30 janvier 2003 consid. 2 et les références citées). Cela étant, c'est donc à tort que le recourant a contesté l'exigibilité d'une activité adaptée telle que décrite par les experts judiciaires. On relèvera enfin que la requête visant à la production du dossier du Centre hospitalier R._____ et à l'interpellation des neurologues de cet établissement (cf. écriture du 2 juin 2014) a été rejetée en l'état le 25 juin 2014, et que l'on ne voit toujours pas à ce stade en quoi de telles mesures pourraient s'avérer pertinentes pour statuer sur le présent litige. Contrairement à l'avis du recourant, l'administration de preuves supplémentaires s'avère donc superflue (« *appréciation anticipée des preuves* » ; cf. ATF 130 II 425

consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, 119 V 335 consid. 3c et la référence).

c) La Cour de céans retient dès lors qu'il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de douter des conclusions des spécialistes du Bureau F._____. Le rapport d'expertise du 25 janvier 2012 a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées. Cette expertise remplit par conséquent les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra).

Or, si l'intimé a déclaré se rallier aux avis du SMR confirmant cette expertise judiciaire (cf. écritures de l'office des 23 février 2012 et 18 juin 2014), il n'en a toutefois pas tiré les conséquences qui s'imposaient du point de vue du droit à la rente. En effet, sur la base de cette expertise, il y a lieu d'admettre que l'assuré, qui n'est plus à même d'exercer son ancienne activité de chauffeur-livreur depuis le mois de mars 2005, disposait d'une capacité de travail nulle dans une activité adaptée à la date de la décision litigieuse, rendue par l'OAI le 8 janvier 2009 (cf. consid. 4a supra). En tant que la décision entreprise fixe l'exigibilité d'une activité adaptée au mois d'octobre 2006 et prévoit la suppression du droit à la rente dès après le 31 décembre 2006, elle s'avère par conséquent incompatible avec les conclusions des experts du Bureau F._____ et ne saurait être maintenue.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans conclut que le recourant peut prétendre à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2006 (compte tenu du délai de carence d'une année, cf. consid. 3a supra) et ce jusqu'à la date de la décision entreprise qui définit le cadre temporel de l'examen du juge (cf. TF 9C_500/2011 précité loc. cit.), la période postérieure devant faire l'objet d'une nouvelle décision.

5. a) Il suit de là que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2006 jusqu'au 8 janvier 2009, date de la décision litigieuse. Pour le surplus, la cause est retournée à l'OAI afin qu'il calcule le montant de la rente et des intérêts dus sur les arriérés (cf. art. 26 LPGGA) et statue sur le droit à la rente pour la période postérieure au 8 janvier 2009.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, 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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, il a droit à des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 2'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours déposé le 5 février 2009 par W. _____ est admis.

- II.** La décision rendue le 8 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que W. _____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2006 au 8 janvier 2009, la cause étant pour le surplus retournée à l'office afin qu'il calcule le montant de la rente et des intérêts dus sur les arriérés et qu'il statue sur le droit à la rente pour la période postérieure au 8 janvier 2009.

III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W._____ une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (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 :