

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 avril 2010

Présidence de M. NEU
Juges : M. Perdrix et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

A. _____, à Sainte-Croix, recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. A._____, né le 30 mars 1947, titulaire d'un CFC de fonctionnaire postal en 1964 mais fromager de profession dès 1965, a travaillé en dernier lieu à la fromagerie de [...] jusqu'au 30 avril 2000, ainsi qu'accessoirement comme berger jusqu'en octobre 2000. Souffrant d'une hernie discale et d'arthrose à la colonne vertébrale et aux épaules, il a déposé, le 10 avril 2002, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente. A sa demande, il a joint différents certificats médicaux, attestant d'une incapacité totale de travail du 18 mars au 15 avril 2000, du 10 octobre 2000 au 28 février 2001, puis du 5 mars au 6 mai 2001.

Procédant à l'instruction du cas, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a requis divers avis médicaux. Dans un rapport du 7 mai 2002, le Dr C._____, généraliste et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics principaux de syndrome cervico-radiculaire gauche sans déficit neurologique depuis février 2002, provoqué par un effort de retournement d'une meule de fromage, et de status après cure chirurgicale de hernie discale et spondylodèse au niveau de C6-C7 en mars 2001. Il recensait en outre les incapacités de travail totales suivantes : du 24 au 25 février 2000, du 13 au 17 mars 2000 et du 25 février au 15 avril 2002. Ce médecin traitant était d'avis que l'activité professionnelle habituelle n'était plus exigible, que le rendement au travail était réduit de moitié, mais qu'un travail nécessitant moins d'effort au niveau de la ceinture scapulaire pouvait être exercé à 100 pour-cent.

Le Dr F._____, neurochirurgien au Centre hospitalier X._____, a retenu, dans un rapport du 3 décembre 2002, les diagnostics de neuropathie ulnaire gauche depuis le 14 février 2002 et de hernie discale C6-C7 depuis le 31 janvier 2001. Il fixait l'incapacité de travail à 100% du 25 février au 28 juin 2002, estimant que l'activité habituelle de

fromager n'était plus exigible, mais qu'une autre activité restait toutefois envisageable.

Le 15 mai 2003, le Dr C. _____ a annoncé une aggravation de l'état de santé de son patient et posé de nouveaux diagnostics, à savoir un tunnel carpien droit, opéré le 8 avril 2003, ainsi qu'une souffrance chronique radiculaire gauche et droite. Il précisait que l'intéressé ne recouvrerait probablement pas la capacité de ses membres supérieurs, ce qui faisait obstacle à la poursuite de son métier de fromager, considéré comme lourd, mais confirmait qu'une activité évitant la surcharge de la ceinture scapulaire était pleinement exigible. Se trouvait joint à son rapport un courrier du Dr [...] du Département de neurochirurgie du Centre hospitalier X. _____ du 2 avril 2003, rendant compte d'une très bonne évolution deux ans après l'intervention chirurgicale du 6 mars 2001.

Dans un avis médical daté du 13 avril 2003 [recte : 2004], le Dr J. _____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR) a relevé les divergences d'avis des Drs C. _____ et F. _____, mais néanmoins tenu les constatations objectives sur les plans neurologique et radiologique pour satisfaisantes. Retenant l'existence de limitations d'ordre mécanique résultant de la spondylodèse et de la parésie résiduelle distale, il a évalué la capacité de travail exigible à 50% maximum en tant que fromager et à 100% dans une activité évitant le port de charges moyennes à lourdes répété, les positions prolongées en flexion-extension de la nuque et les mouvements extrêmes et forcés du rachis dans toutes les directions.

Le 29 avril 2004, le Dr V. _____ du Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier X. _____ a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies, surtout à gauche, avec neuropathie cubitale bilatérale, de status après cure de hernie discale C6-C7 par spondylodèse (2001), de status post-multiples opérations aux membres supérieurs avec libération du nerf médian au poignet gauche (1987) et droit (2003) et du nerf ulnaire droit (1988) et gauche (2000), et de haute tension artérielle traitée. Il indiquait avoir effectué un bloc sur l'articulation postérieure C4-C5 à gauche avec anesthésique local fin janvier 2004, qui avait soulagé les

douleurs dans un premier temps, avant que la symptomatologie neurogène ne réapparaisse. Il estimait néanmoins que l'intéressé restait actif et à même de travailler, les douleurs à la nuque ne se manifestant qu'après d'importants efforts.

Dans un rapport final du 16 novembre 2004, l'OAI a indiqué avoir rencontré le médecin de garde du SMR, lequel avait estimé qu'il était prématuré d'envisager la mise en œuvre de mesures professionnelles et proposé de revoir la situation au printemps 2005, après avoir interrogé les Drs H. _____ et V. _____.

Le Dr H. _____, généraliste traitant de l'assuré depuis octobre 2004, a posé, dans son rapport du 22 avril 2005, les diagnostics de cervico-brachialgies, à gauche principalement, avec neuropathie cubitale bilatérale, d'état après cure de hernie discale C6-C7 en 2001, d'état après multiples opérations aux membres supérieurs et d'état anxio-dépressif, affections à l'origine d'une incapacité de travail totale depuis le 20 octobre 2004. Il se référait en particulier à un rapport du Dr V. _____ du 18 mars 2005, qui constatait la persistance des douleurs sous forme de brûlures, malgré une dénervation par radiofréquence effectuée en novembre 2004, et le développement d'un état anxio-dépressif ; il se rapportait en outre à un avis du 30 mars 2005 de la Dresse B. _____ de l'Unité du rachis et réhabilitation de l'Hôpital H. _____, qui observait « une symptomatologie qui sembl[ait] invalidante par la persistance des douleurs et des limitations fonctionnelles prenant le rachis cervical et dorsal haut et entraînant également des acroparesthésies dans les membres supérieurs et des troubles neurologiques, type spasmes, voire décharges électriques dans les mains et les jambes », affections qu'elle jugeait compatibles avec une myélopathie cervicale.

Une IRM cervicale et dorsale effectuée le 12 avril 2005 a notamment mis en évidence une protrusion discale C4-C5 sans conflit radiculaire, ainsi qu'une hernie discale C5-C6 associée à une sténose foraminale au même niveau à gauche, d'origine dégénérative, qui

représentaient, selon la Dresse B._____, des épines irritatives aggravant les limitations fonctionnelles déjà présentes (cf. rapport du 26 avril 2005).

L'assuré a bénéficié d'une prise en charge intensive et multidisciplinaire de reconditionnement physique au sein de l'Unité du rachis et réhabilitation de l'Hôpital H._____ du 9 au 27 mai 2005. A cette occasion, la présence de cervico-brachialgies bilatérales prédominant à gauche dans un contexte de troubles dégénératifs, associés à des dysbalances musculaires, et d'un état dépressif réactionnel a été constatée. Le rapport de sortie du Dr [...] du 30 mai 2005 faisait toutefois état d'une amélioration globale de la souplesse, de la marche et du sommeil, et une nette diminution des douleurs dans le membre supérieur.

Le 12 août 2005, le Dr V._____ a noté une amélioration de l'état de santé de l'intéressé, décrit comme stable, avec une situation antalgique correcte, mais conclu à une incapacité totale de travail, estimant que son patient ne pourrait vraisemblablement plus effectuer d'activités manuelles impliquant des efforts importants.

Dans un rapport médical du 3 octobre 2005, la Dresse B._____ a fixé l'incapacité de travail de l'assuré en tant que berger à 80% depuis 2001, pour une durée indéterminée, et émis un pronostic défavorable avec risques de récurrences douloureuses et aggravation des limitations fonctionnelles.

Une nouvelle IRM de la colonne cervicale, réalisée le 2 mars 2006, a mis en évidence un canal cervical étroit avec saillies disco-ostéophytaires prédominant en C5-C6 sans signe de myélopathie, une sténose foraminale C4-C5 et C5-C6 bilatérale prédominant à droite et un status post-spondylodèse C6-C7.

Un examen rhumatologique a été effectué en date du 7 juin 2006 par le Dr L._____ du SMR, qui a posé, dans son rapport du 21 juillet suivant, le diagnostic de cervico-brachialgies droites chroniques, irritatives, non déficitaires, dans un contexte de canal cervical et de

saillies disco-ostéophytaires étagées prédominant en C5-C6, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de status post-décompression chirurgicale du nerf médian des deux côtés aux poignets et du nerf ulnaire des deux côtés au coude, de status post-arthroscopie de l'épaule droite et de status post-intervention d'une hernie hiatale. Il constatait dans l'ensemble une péjoration de l'état de santé de l'assuré, avec une radiculalgie C6 droite et des signes d'irritation médullaire sur canal cervical étroit, et relevait que l'incapacité de travail en tant que berger-fromager s'élevait à 80% depuis 2001 jusqu'à l'apparition du syndrome radiculaire irritatif en mars 2006, où elle avait atteint 100% de manière définitive. Le médecin du SMR était toutefois d'avis que l'intéressé conservait une capacité de travail résiduelle dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (port de charges limité à 7-8kg en bi-manuel, pas de mouvements répétitifs de flexion-extension, pas de position soutenue en extension, surtout si associée à une rotation), activité qu'il reviendrait toutefois au Dr P. _____ de définir, sur status post-opératoire, une fois l'état de santé stabilisé.

L'assuré a été hospitalisé au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier X. _____ du 11 au 17 juillet 2006, où une prothèse discale a été posée. Dans son rapport de sortie du 18 juillet 2006, le Dr P. _____ a observé une évolution favorable sans complication post-opératoire, avec la disparition complète des douleurs notamment au niveau du bras droit. L'incapacité de travail restait néanmoins totale jusqu'au prochain contrôle.

Dans un rapport de synthèse du 10 août 2006, la Dresse M. _____ du SMR a considéré que l'atteinte principale à la santé de l'assuré tenait à des cervico-brachialgies droites chroniques, irritatives, non déficitaires, dans un contexte de canal cervical étroit et de saillies disco-ostéophytaires étagées prédominant en C5-C6. Elle fixait la capacité de travail dans l'activité habituelle de fromager à 20% depuis 2001, puis à 0% de manière définitive dès mars 2006, et la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telles que décrites par le Dr L. _____, à 100% depuis 2001 et à 0% depuis mars

2006. Elle suggérait cependant de s'enquérir auprès du Dr P._____ dès le mois de janvier 2007, afin de connaître l'évolution de la capacité de travail dans une activité réputée adaptée.

Le 2 août 2007, le Dr P._____ a observé une amélioration de l'état de santé de son patient, tout en émettant un pronostic réservé sur la persistance et la réapparition de cervicalgies, voire de cervico-brachialgies. Selon lui, l'incapacité de travail était toujours totale dans l'activité habituelle depuis 2006 en raison des efforts physiques qu'elle impliquait, une autre activité sans soulèvement de charges lourdes avec les bras pouvant probablement être exigible à 100 pour-cent.

Par décision du 5 décembre 2007, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 octobre 2007, considérant que, si l'intéressé avait présenté une incapacité de travail de 80% depuis janvier 2001, puis de 100% depuis le 1^{er} mars 2006 dans son ancienne activité de fromager, il avait néanmoins conservé en tout temps une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, hormis pendant la période du 1^{er} mars 2006 au mois d'août 2007, durant laquelle l'incapacité de travail s'était révélée totale dans toute activité.

B. A._____ a recouru contre cette décision le 21 janvier 2008, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au constat du droit aux prestations, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il reproche essentiellement à l'intimé d'avoir retenu une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée jusqu'en mars 2006 et depuis août 2007, sans même avoir attendu le rapport réactualisé du Dr P._____ et sur la base du seul rapport de la Dresse M._____, dont il réfute la valeur probante. Il allègue que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR ne rendent pas compte de l'ensemble des problèmes de santé qu'il présente et déplore le fait que l'OAI n'ait pas tenu compte d'une quelconque diminution de rendement. Il fait valoir en outre que l'intimé a omis d'aborder la problématique psychique, quand bien même la présence d'un état anxio-

dépressif avait été signalée par plusieurs spécialistes, et sollicite dès lors la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volet psychiatrique. Il conteste enfin le calcul du préjudice économique et rappelle qu'au vu de son âge déjà avancé, il n'est pas réaliste de retenir qu'il puisse retrouver un emploi sur le marché du travail sans mesure professionnelle préalable, ce d'autant moins qu'il n'a pas exercé d'autre activité que celle de fromager depuis de nombreuses années. Il estime ainsi que le droit à la rente est toujours ouvert, et ce sans discontinuer, depuis le mois de février 2001.

A l'appui de son recours, l'assuré a produit une attestation du Dr H. _____ du 21 janvier 2008, selon laquelle son état de santé est resté stationnaire entre mars 2005 et mars 2006.

Dans sa réponse du 25 février 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se prévalant des avis du Dr L. _____ du 7 juin 2006 et de la Dresse M. _____ du 10 août 2006. Il justifie l'absence d'instruction sur le plan psychique par le fait qu'il n'existe aucun élément clinique objectif plaidant en faveur d'un état dépressif invalidant.

Dans sa réplique du 31 mars 2008, le recourant réitère ses griefs, en insistant sur le fait que la Dresse M. _____ n'était pas en mesure de se prononcer sur sa capacité de travail résiduelle, dès lors qu'elle n'avait pas participé à l'examen clinique du Dr L. _____ et que ce dernier ne s'était pas prononcé sur ce point à défaut de status post-opératoire, suite à la décompression foraminale du 13 juillet 2006. Il maintient par ailleurs que son état psychique aurait justifié de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Enfin, il considère que la détention d'un CFC devrait influencer à la hausse le revenu sans invalidité et rappelle qu'à l'approche de l'âge de la retraite, une reprise d'activité ne saurait être exigée de lui.

Dans sa duplique du 5 mai 2008, l'OAI a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. **a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile, compte tenu des feries de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 466 consid. 1). Par faits juridiquement déterminants, on entend l'état de fait fixé par une décision, en règle générale, une décision administrative (Kieser, ATSG - Kommentar, 2^e éd., Zurich 2009, ad art. 82 LPGA, p. 1017). En outre, le Tribunal fédéral apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_537/2009 1^{er} mars 2010, consid. 3.2).

Le cas d'espèce est, en conséquence, régi, du point de vue matériel, par les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, eu égard au fait que la décision litigieuse - qui fixe définitivement

l'état de fait – date du 5 décembre 2007. En revanche, les dispositions de droit matériel de la nouvelle loi du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de l'AI) ne sont pas applicables au présent litige ratione temporis, la décision litigieuse ayant été rendue avant son entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008.

A noter que la LPGA constitue pour l'essentiel la codification et l'uniformisation de pratiques antérieures, raison pour laquelle la jurisprudence développée avant son entrée en vigueur demeure pour l'essentiel applicable.

3. a) Le litige porte sur la pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée telle que retenue par l'OAI de janvier 2001 à mars 2006, puis dès le mois d'août 2007.

b) Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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.

En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

c) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

d) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1 et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 ; cf. aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce

dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

4. a) En l'espèce, l'OAI considère que le recourant, bien qu'atteint dans sa santé dans une mesure déterminante dès janvier 2001, disposait d'une pleine capacité de travail théorique, cela jusqu'en mars 2006, se fondant à cet égard sur l'avis de la Dresse M._____ du 10 août 2006, lui-même fondé sur celui du Dr J._____ du 13 avril 2004. Cette argumentation ne saurait être suivie.

b) En mai 2002, le Dr C._____, médecin traitant du recourant, a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, eu égard au status (hernie discale, arthrose à la colonne et aux épaules) comme aux antécédents de l'intéressé (neufs interventions chirurgicales). Il a ensuite observé, en mai 2003, une aggravation de l'état de santé de son patient s'agissant du tunnel carpien, lequel donnera effectivement lieu à une nouvelle intervention chirurgicale, sans exclure une fois encore la possibilité d'une réadaptation dans une activité adaptée. Le Dr C._____ n'a pas été contredit par le neurochirurgien F._____, lequel s'est borné à constater, le 3 décembre 2002, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité améliorable pour le reste.

Le 13 avril 2004, le Dr J._____, qui n'a pas examiné le recourant, retient quant à lui, sans la motiver, une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, ce qu'il déduit d'une divergence qu'il estime pouvoir déceler entre les appréciations des Drs C._____ et F._____ concernant des limitations d'ordre mécanique, tout en admettant des limitations fonctionnelles claires et en constatant l'absence de renseignement clinique utile s'agissant du tunnel carpien. L'instruction du cas sur le plan médical étant alors toujours en cours et, partant, incomplète, comme cela ressortira clairement de l'avis médical de la Dresse [...] du SMR du 9 novembre 2004, cet avis du Dr J._____ n'avait pas à être tenu pour concluant par la Dresse M._____, ce d'autant moins que peu avant la

synthèse de cette dernière du 10 août 2006, l'avis du Dr L._____ du 7 juin 2006 laissait encore ouverte la question de la capacité de travail dans une activité réputée adaptée. Le Dr J._____ sera du reste contredit quant à la capacité dans l'activité habituelle, qui a finalement été arrêtée le 7 juin 2006 par le Dr L._____ du SMR à 20% dès 2001.

A cela s'ajoute qu'aucune réduction de rendement dans l'activité habituelle n'a été prise en compte, alors même que retenue d'entrée par le médecin traitant C._____ puis par la plupart des spécialistes consultés, ce dont on ne saurait du reste disconvenir, au degré de la vraisemblance, au regard du fait que l'assuré a suivi dès 2001 moult examens et traitements destinés à converger vers un diagnostic clair et à déterminer une capacité de travail raisonnablement exigible au vu de l'état de santé global de l'intéressé. A cela s'ajoute encore que le rapport final de l'OAI du 16 novembre 2004 tenait déjà pour prématuré d'envisager des mesures professionnelles, ce dont il faut déduire qu'une pleine capacité de travail ne pouvait pas encore être retenue, faute de pouvoir déterminer de manière objective un champ d'activité possible. Enfin, les avis circonspects et peu engageants des Drs V._____, H._____ et B._____ ont donné lieu à une hospitalisation à l'Hôpital H._____ au mois de mai 2005, séjour à la suite duquel une possible amélioration a certes été relevée par le Dr V._____ le 12 août 2005, mais que la Dresse B._____ a infirmé par un pronostic défavorable deux mois plus tard, dans son rapport du 3 octobre 2005. Les faits ont finalement donné raison à ce médecin, puisqu'il a été jugé nécessaire de procéder à une nouvelle intervention chirurgicale, laquelle débouchera sur la reconnaissance d'une incapacité totale de travail dès le mois de mars 2006.

c) En conclusion, s'agissant de la période de 2001 à mars 2006, faute de valeur probante à attribuer aux avis des Drs J._____ du 13 avril 2004 et M._____ du 10 août 2006, lesquels constituent pourtant le fondement de la décision attaquée, et compte tenu de l'état de santé global et effectif du recourant durant cette période, respectivement d'une capacité de travail manifestement entravée par des troubles chroniques à

objectiver et par les nombreux traitements suivis, il convient de retenir une capacité de travail exigible restreinte.

A cet égard, compte tenu de l'incapacité de travail de 80% dans l'activité habituelle arrêtée par l'intimé sur la base du rapport du Dr L._____, une capacité de travail diminuée de moitié peut être retenue dans le cadre d'une activité qui serait réputée adaptée, capacité telle qu'énoncée par le médecin traitant C._____ en mai 2002, alors qu'il spéculait encore sur le caractère possiblement adapté d'une nouvelle activité. En effet, il ressort du dossier que, postérieurement au rapport de ce médecin et jusqu'en mars 2006, mois à compter duquel une invalidité totale sera retenue, aucun praticien n'a pu dresser le constat médical objectif d'une amélioration des troubles qui se soit avérée durable, ni proposer ou décrire une activité qui puisse être raisonnablement et concrètement exigée à 100 pour-cent. La mise en œuvre d'une nouvelle expertise paraissant vaine compte tenu de l'écoulement du temps, on retiendra donc le constat somme toute réaliste d'un assuré qui, de traitement en traitement, et sans récupération d'une pleine capacité de travail, connaissait un rendement au travail estimé à 50% dans l'activité habituelle.

L'intimé ne sera donc pas suivi, mais renvoyé à effectuer, pour la période litigieuse de janvier 2001 à mars 2006, un nouveau calcul de l'invalidité fondé sur une incapacité de travail de 80% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité réputée adaptée. Le calcul s'effectuera sans prendre en considération la formation initiale de l'assuré de fonctionnaire postal, compte tenu du parcours professionnel de l'intéressé, qui n'a exercé cette profession que d'avril 1964 à février 1965, pour se consacrer ensuite et depuis lors à celle de fromager.

5. a) Une capacité de travail théoriquement exigible à 100% dès le mois d'août 2007 est déduite par l'OAI du rapport post-opératoire du neurochirurgien P._____ du 2 août 2007, lequel dresserait le constat d'un retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cette argumentation ne saurait pas davantage être suivie.

b) Comme le relève à juste titre le recourant dans ses écritures, le Dr P._____ ne s'est prononcé que dans le cadre de sa spécialité de neurochirurgie, sans prendre en compte l'ensemble des problèmes de santé, autres que le syndrome radiculaire irritatif traité chirurgicalement. En outre, ce rapport est des plus sommaires (simples réponses à un questionnaire) et non étayé, ses conclusions quant à l'exercice d'une autre profession étant expressément assorties d'un point d'interrogation, ce dont il faut déduire qu'il ne voyait pas à l'époque de quelle activité il pouvait s'agir, cela d'autant moins qu'il préconisait la mise en œuvre de mesures professionnelles préalables. Au surplus, le Dr P._____ retient expressément une diminution de rendement s'agissant d'activités requérant des efforts physiques, lesquels ne sont selon lui pas recommandés, et précise que la nouvelle activité n'est que « probablement » à exercer à 100%, son pronostic demeurant dès lors « réservé ». Il n'y avait donc pas à déduire de ce seul rapport, sans autre mesure d'instruction à entreprendre sur le plan médical ou de la réadaptation professionnelle, le recouvrement d'une pleine capacité de travail.

c) Cela étant, c'est au regard des nombreuses limitations fonctionnelles, du manque d'expérience et de formation professionnelle, mais surtout de l'âge du recourant, qu'il n'est pas concevable que des mesures de formation ou de réinsertion professionnelles puissent être mises en œuvre, préalablement au renvoi à l'exercice d'une activité réputée adaptée.

En effet, selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge de la retraite, il convient de procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'obligation de réduire le dommage, cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en

raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 8C_22/2009 du 22 décembre 2009, consid. 3.2 et les références citées).

Ainsi, âgé de presque 61 ans lorsque la décision attaquée a été rendue, cela alors même qu'une activité lucrative adaptée restait à définir (cf. rapport du Dr L. _____ du 7 juin 2006) et sans que des mesures concrètes aient été entreprises dans le sens d'un reclassement professionnel, le recourant ne peut se voir abruptement renvoyé à l'exercice d'une activité lucrative réputée adaptée, en application de la jurisprudence rappelée ci-dessus. Il y a donc lieu de conclure à une incapacité de travail prolongée au-delà du 31 octobre 2007 et justifiant de poursuivre le versement de la rente entière d'invalidité reconnue jusqu'alors.

6. En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, le dossier de la cause étant renvoyé à l'intimé pour nouvelle décision, dans le sens des considérants ci-dessus.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, 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'en arrêter le montant à 1'500 fr. à la charge de l'OAI débouté (art. 55 al. 2 LPA-VD), sans que celui-ci doive supporter d'émolument judiciaire (art. 52 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 rendue le 5 décembre 2007 par l'OAI est annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour nouvelle décision, dans le sens des considérants.

- III. L'OAI versera à A._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour A._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :