

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 septembre 2009

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Berthoud et Schizas, assesseurs
Greffier : M. Perret

Cause pendante entre :

E. _____, à Prilly, recourant, représenté par l'avocat Jean Jacques Schwaab, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après : l'OAI ou l'office), à Vevey, intimé.

Art. 28 al. 1 LAI; 16 LPGA

E n f a i t :

A. E._____, né en 1950, de nationalité portugaise, marié, sans formation professionnelle, employé dans le domaine du bâtiment (maçonnerie), a subi plusieurs accidents, parmi lesquels :

a) Le 10 avril 1989, une chute lui ayant occasionné une fracture-tassement des vertèbres lombaires L1 et L2, une fracture distale du sacrum gauche et une plaie perforante de la fesse droite, ayant nécessité un traitement chirurgical avec mise en place d'un fixateur interne D12-L2, suivie du port d'un corset de stabilisation puis de physiothérapie; le fixateur interne a été retiré en décembre 1989. Les suites de cet événement ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

L'évolution clinique et radiologique ayant été jugée favorable, l'assuré a repris son activité professionnelle avec une capacité de travail de 75 pour-cent. Par décision du 25 septembre 1990, la CNA lui a octroyé une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 25 % dès le 1^{er} septembre 1990 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur une diminution de l'intégrité de 10 pour-cent.

Dans le cadre de la révision de la rente, le Dr V._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé le 14 décembre 2000 à un examen de l'assuré. Dans son rapport du même jour, il observait que l'examen clinique ne montrait aucune limitation fonctionnelle notable, que la mobilité rachidienne était bien conservée, que la mobilisation était harmonieuse et qu'il n'y avait pas de réel syndrome lombo-vertébral. Il relevait que la mobilisation de la hanche droite donnait lieu à des douleurs inguinales droites mais que la mobilité n'était pas limitée et que la force était conservée. Il notait par ailleurs une accentuation de la cyphose dorsale et de la lordose lombaire ainsi qu'une scoliose à convexité droite, centrée sur la charnière dorso-lombaire. S'agissant des plaintes du patient, celui-ci décrivait essentiellement des douleurs de la hanche droite, dans une moindre mesure du genou droit et le long du tendon d'Achille droit,

ainsi que des lombalgies basses prédominant à droite, cette symptomatologie variant d'un jour à l'autre et en fonction des efforts fournis, sans douleurs nocturnes ni au repos. Le Dr V._____ indiquait que les nouvelles radiographies de la colonne lombaire qu'il avait fait pratiquer montraient un status après fracture-tassement de L1-L2, sans grand changement après 10 ans d'évolution, et l'absence de coxarthrose. En définitive, il concluait que, de manière générale, la situation n'avait pas évolué depuis 1990.

b) Le 27 mars 2001, une chute lui ayant occasionné une entorse du genou droit avec déchirure du ligament croisé antérieur, dont les suites ont été prises en charge par la CNA.

E._____ a été opéré par le Dr P._____, chirurgien orthopédiste FMH, qui a envisagé une reprise partielle du travail après rééducation. L'évolution après arthroscopie et plastie dudit ligament s'étant néanmoins avérée défavorable en raison de la persistance de douleurs, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) du 25 juin au 7 août 2002. Dans leur rapport du 22 août 2002, les médecins de cet établissement concluaient à une capacité de travail nulle dans l'activité professionnelle de manœuvre sur les chantiers, mais de 50 % dans une activité adaptée.

A l'examen médical final du 6 décembre 2002, le Dr V._____, médecin d'arrondissement de la CNA, notait que le genou droit avait une mobilité complète, sans épanchement ni synovite, était calme et se laissait librement mobiliser, et ne présentait pas de signes méniscaux ni de laxité résiduelle importante, le patient ayant une très bonne force. Il relevait par ailleurs que si le patient évoquait un déséquilibre du bassin et des lombalgies supportables lors des changements de temps, il ne s'était jamais plaint de son dos au cours du séjour à la CRR, dont l'examen clinique d'entrée n'avait pas mis en évidence de syndrome lombo-vertébral significatif. Le Dr V._____ indiquait toutefois que, du fait que l'assuré ne travaillait plus depuis plus d'une année, sa situation était susceptible de se dégrader quelque peu à l'effort, tant pour le genou que

pour le dos. Il concluait qu'"une capacité de travail de 2 x 3 heures par jour dans une activité légère, sédentaire et autorisant les positions alternées est tout à fait exigible".

Par décision du 29 janvier 2004, confirmée par décision sur opposition du 12 mai suivant, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 44 % dès le 1^{er} mai 2003. La capacité de travail exigible de l'intéressé dans une activité adaptée était estimée à 75 %, sur la base de l'avis du Dr V._____.

B. E._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 30 janvier 2002, mentionnant comme atteinte des lésions de son genou droit.

Un stage d'observation professionnelle a été organisé par l'OAI auprès du Centre COPAI - ORIPH d'Yverdon du 15 septembre au 10 octobre 2003. Dans leur rapport du 22 octobre 2003, les responsables du Centre concluaient à une capacité résiduelle de travail de l'assuré de l'ordre de 75 % de rendement sur une journée entière de travail, exploitable après une période de préparation à une activité auxiliaire, les limitations fonctionnelles suivantes devant être observées : travail léger en position assise de préférence ou en position alternée, pas de transport ou déplacement de charges, déplacements réduits et uniquement sur sol plat. Ils notaient en outre que l'assuré avait eu une très bonne attitude en atelier, faisant preuve d'assiduité, d'application et de persévérance. La Dresse R._____, médecin-conseil du Centre, observait quant à elle le 20 octobre 2003 que l'examen clinique montrait que le rachis dorso-lombaire était le siège d'une importante cyphose, à laquelle s'associait une petite scoliose à convexité dorsale droite, sans franche bascule du bassin; s'agissant des genoux, elle notait une instabilité antérieure, sans instabilité latérale, une très importante amyotrophie du quadriceps, globale, et un genu valga bilatéral mais nettement plus marqué à droite. Compte tenu de ces éléments, elle relevait qu'était contre-indiquée toute activité nécessitant le port de charges lourdes, le port répété de charges modérément lourdes, les déplacements fréquents, la pratique des

escaliers et/ou d'échelles ainsi que les positions statiques debout prolongées. Elle mentionnait par ailleurs les bonnes capacités de compréhension et d'adaptation de l'assuré et sa capacité à progresser dans le temps. Elle estimait ainsi qu'une capacité de travail existait dans des activités respectant les limitations fonctionnelles, avec un horaire normal et une baisse de rendement de 25 à 30 %, secondaire à l'inconfort positionnel non seulement du genou mais aussi de la région dorsale, ainsi qu'aux douleurs ressenties en fin de journée.

Dans le cadre d'une mesure professionnelle mise en place par l'OAI, l'assuré a effectué un stage en entreprise du 25 octobre 2004 au 24 janvier 2005. Du bilan établi le 4 février 2005, il résulte notamment que le rendement de l'intéressé représentait un taux moyen de 75 % sur la base d'une activité à mi-temps, l'horaire initial portant sur une activité à plein-temps ayant été réduit après présentation par l'assuré d'un certificat médical de son médecin traitant, le Dr T._____, attestant d'une capacité de travail de 50 pour-cent. Dans un rapport ultérieur du 7 mars 2005, ce praticien indiquait que "le patient dit ressentir des douleurs incompatibles avec une activité quelconque, montre à sa jambe des lésions bien difficiles à percevoir".

Par décisions du 15 novembre 2005 et du 13 mars 2006, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 43 % à partir du 1^{er} mars 2002. E._____ a formé opposition à ces décisions respectives, produisant un rapport médical du Dr P._____ du 29 septembre 2005, lequel préconisait en l'état un traitement conservateur et notait qu'il serait préférable que l'assuré retrouve une petite activité respectant ses limitations fonctionnelles, ainsi qu'un certificat médical de ce même praticien du 17 novembre 2005 attestant d'une incapacité de travail permanente de l'ordre de 50 pour-cent.

Il résulte d'un rapport médical détaillé complété par le Dr T._____ en février 2006 que l'assuré ne peut plus exercer son ancienne activité professionnelle, mais peut encore exercer à temps partiel une

activité adaptée à ses limitations, l'invalidité estimée par ce médecin s'élevant à 43 pour-cent.

Le 7 mars 2007, l'assuré a adressé à l'OAI un rapport médical du 23 janvier précédent dans lequel le Dr P._____ suggérait de poursuivre le traitement conservateur et de ne recourir à une intervention chirurgicale qu'en cas d'aggravation très significative.

Le 3 septembre 2007, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a procédé à un examen clinique orthopédique de l'assuré. Le médecin examinateur, le Dr K._____, a rendu ses conclusions dans un rapport du 15 octobre suivant. Il a établi une anamnèse détaillée sur les plans familial, des antécédents personnels généraux, professionnel, actuel général, par système (ORL, cardio-pulmonaire, gastro-intestinal et urogénital), allergique, tabacologique, médicamenteux ainsi que de la vie quotidienne. Au niveau clinique, il a établi le status général du patient sur les plans cardiovasculaire, respiratoire, gastro-intestinal, neurologique et ostéomusculaire (colonne vertébrale, membres supérieurs et inférieurs); en particulier, s'agissant de la colonne vertébrale, il a noté la présence d'une cyphose dorsale basse ainsi qu'une certaine déformation, les inclinaisons latérales de la colonne dorsolombaire s'effectuant principalement sur le segment dorsal de celle-ci; quant à l'examen des membres inférieurs, il a montré un morphotype en valgus asymétrique, un genou gauche stable, sans épanchement, et un genou droit sans épanchement mais présentant une légère synovite, un rabet rotulien important, un signe de Wiberg très positif et des douleurs aux ménisques tant du côté interne qu'externe lors des tests. L'examineur s'est également fondé sur un dossier radiologique comprenant des radiographies du genou droit des 4 février 2003 et 23 janvier 2007 ainsi que du bassin du 29 septembre 2005; il a notamment constaté que les radiographies du 23 janvier 2007 montraient les mêmes altérations que celles de 2003. Le Dr K._____ a ainsi posé les diagnostics de gonarthrose secondaire modérée au genou droit et status après plastie du ligament croisé antérieur, gonarthrose primaire débutante surtout fémoro-patellaire au genou gauche, et status après mise en place d'un fixateur

interne pour une fracture de L1-L2. Au terme de son analyse du cas, il a estimé, s'agissant de la capacité de travail exigible, qu'"en raison de ses problèmes arthrosiques des deux genoux, mais aussi en raison de ses séquelles de sa fracture lombaire, la capacité de cet assuré en tant que maçon est nulle. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges, [il ne voyait] pas d'argument pour diminuer sa capacité de travail. [L'assuré] peut très bien mettre en évidence ses capacités intellectuelles et son habilité manuelle. Une baisse de rendement de l'ordre de 25 à 30 %, en raison des douleurs pourrait se justifier". En définitive, le Dr K. _____ a conclu à une capacité de travail exigible nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 25 %, depuis l'examen final de la CNA, soit le 6 décembre 2002. Le SMR s'est rallié à ces conclusions dans son avis du 22 novembre 2007.

Par décision sur opposition du 6 février 2008, l'OAI a partiellement admis l'opposition de l'assuré en ce sens que le droit de ce dernier à un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 43 % dès le 1^{er} mars 2002 est remplacé par une rente entière basée sur un taux d'invalidité de 100 % du 1^{er} mars 2002 jusqu'au 30 novembre 2002, puis par une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 64 % du 1^{er} décembre 2002 jusqu'au 31 mars 2003, et par un quart de rente basé sur un taux d'invalidité de 47 % dès le 1^{er} avril 2003. L'office a considéré notamment que la capacité de travail de l'assuré était de 75 % dans une activité adaptée à son état de santé dès le 6 décembre 2002. Le revenu sans invalidité a été estimé à 58'173 fr. 50 en 2002, selon les indications résultant d'une fiche d'examen du salaire présumable perdu, et le revenu d'invalidité à 41'426 fr. 40 pour une activité à temps complet avec plein rendement, selon la moyenne des salaires pour cinq descriptifs de poste de travail (DPT). Dès le 6 décembre 2002, la comparaison de ces montants aboutit à un taux d'invalidité de 46.60 %, arrondi à 47 % ($58'173 \text{ fr. } 50 - [41'426 \text{ fr. } 40 \times 75 \%] / 58'173 \text{ fr. } 50 \times 100$).

C. Représenté par son avocat, E. _____ a recouru le 10 mars 2008 contre cette décision sur opposition, concluant à sa réforme en ce

sens qu'il a droit à une rente entière du 1^{er} mars 2002 jusqu'au 30 novembre 2002, puis une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 64 % du 1^{er} décembre 2002 au 31 mars 2003 et une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 50 % dès le 1^{er} avril 2003. Subsidiairement, le recourant conclut au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Par réponse du 16 mai 2008, l'intimé conclut au rejet du recours, aucun complément d'instruction n'étant selon lui nécessaire dès lors que le dossier ne comporte pas de lacunes sur le plan médical.

Le 24 février 2009, le recourant a produit un rapport médical établi par le Dr P._____ le 10 février précédent, consistant en une appréciation actualisée de l'évolution de son état, lequel se péjorerait; le Dr P._____ confirme une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée. L'intimé a produit le 23 mars 2009 un avis du SMR du 12 mars précédent, aux conclusions duquel il déclare se rallier. Dans cet avis, le SMR considère que la capacité de travail théorique raisonnablement exigible du recourant demeure totale dans une activité où son articulation n'est pas mise à contribution, la diminution de rendement de 25 % étant quant à elle susceptible de ne plus être justifiée après la mise en place d'une prothèse de genou.

Dans ses déterminations finales du 8 juin 2009, le recourant a fait valoir qu'une expertise serait justifiée.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai de trente jours dès la notification de la décision sur opposition attaquée et respectant les autres exigences formelles légales, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1^{er} janvier 2008 est entrée en vigueur la 5^{ème} révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative.

3. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est seul contestée la quotité du taux d'invalidité du recourant à partir du 1^{er} avril 2003, E._____ soutenant que celui-ci est de 50 % et non de 47 % comme retenu par l'OAI dans la décision attaquée, ce qui lui donnerait droit à une demi-rente au lieu d'un quart de rente.

4. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit qu'un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, et de 50 % au moins à une demi-rente. Cette règle est valable pour toute la période à prendre en considération en l'espèce.

Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Le recourant, né en 1950, ne paraissait pas suffisamment âgé, à la date déterminante dans cette procédure, pour qu'il y ait lieu de faire abstraction de l'exercice d'une profession dans une activité adaptée (TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et les références). Le revenu sans invalidité de 58'173 fr. 50 et le revenu d'invalide de 41'426 fr. 40 (à 100 %), établis par l'intimé conformément à la jurisprudence et la pratique en la matière, ne sont du reste pas contestés en tant que tels par celui-ci, pas plus que le principe même de la comparaison des revenus et le calcul qui en résulte. Le recourant fait uniquement valoir que, dès le 6 décembre 2002, sa capacité de travail ne serait pas de 75 % comme retenu par l'intimé, mais de 70 % au maximum, ce qui porterait son revenu d'invalide à 28'998 fr. 50 (41'426 fr. 40 x 70 %) et son taux d'invalidité résultant de la comparaison des revenus à 50.15 % $([58'173 \text{ fr. } 50 - 28'998 \text{ fr. } 50] / 58'173 \text{ fr. } 50 \times 100)$.

5. Le recourant justifie la diminution de sa capacité de travail par une baisse de rendement d'au minimum 30 pour-cent. Il conteste dès lors les conclusions du rapport d'examen clinique orthopédique effectué par le Dr K._____, sur lesquelles se fonde principalement l'intimé, remettant en cause la valeur probante de ce document au regard de l'ensemble des circonstances du cas, telles qu'elles ressortent notamment de l'avis de ses médecins traitants ainsi que du rapport du Centre COPAI - ORIPH. En particulier, il estime que le Dr K._____ ne justifierait pas son choix du taux de 25 % de baisse de rendement finalement retenu sur la fourchette de 25 à 30 % qu'il avait initialement fixée.

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

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leur conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF 9C_776/2007 du 14 août 2008; ATFA, 28 octobre 2002, I 523/02, consid. 3; ATF 125 V 351 consid. 3a).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, le Dr K._____ a rédigé un rapport qui contient un chapitre anamnèse détaillé. Ce rapport a été établi sur la base d'un examen clinique orthopédique complet, y compris du rachis. Ce rapport fait état d'une analyse du dossier radiologique mais cela concerne uniquement les genoux et le bassin. Il n'y a pas eu d'examen radiologique de la colonne.

S'agissant de l'atteinte au genou droit, il y a lieu de considérer que ce rapport médical a une pleine valeur probante, au regard des principes posés par la jurisprudence (supra, consid. 5a). Les médecins traitants du recourant, notamment le Dr P._____, ne présentent pas sur ce point des constatations médicales sensiblement différentes de celles des Drs K._____, V._____ et R._____.

En revanche, l'absence d'examen radiologique de la colonne apparaît comme une lacune du rapport du SMR (Dr K._____). Le diagnostic mentionne un status après mise en place d'un fixateur interne pour une fracture de L1-L2. Ce médecin a donc tenu compte des séquelles de la fracture lombaire occasionnée par l'accident subi en 1989 et c'est un

élément qui a été retenu comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, y compris sur celle exigible dans une activité adaptée. Il s'agit donc d'un élément décisif. Dans ces conditions, l'avis de l'expert du SMR ne saurait être considéré comme fondé sur des examens complets. Les exigences du droit fédéral à ce propos (selon la jurisprudence précitée) n'ont donc pas été observées et, dans cette mesure, les griefs du recourant qui reproche à l'Office AI d'avoir statué sur la base d'avis médicaux non entièrement probants, sont fondés. Cela entraîne l'admission du recours.

c) Il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'Office AI complète l'instruction. Un renvoi à l'assureur social, lorsqu'il a pour but d'établir les faits, ne viole pas en soi les principes de simplicité et de rapidité de la procédure (ATF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références). En l'espèce, comme il incombe au SMR de compléter l'examen médical sur un point, le renvoi de l'affaire à l'Office AI est à l'évidence la solution la plus expédiente.

d) A propos de l'appréciation des éléments médicaux figurant au dossier, il convient de préciser que la Cour de céans n'a pas à se prononcer au sujet du rapport du Dr P. _____ du 10 février 2009 ni au sujet de l'avis du SMR du 12 mars suivant, en tant qu'ils traitent de l'état de santé du recourant postérieurement à la décision attaquée du 6 février 2008. Ces rapports ne sont donc pas des éléments pertinents pour l'examen de la conformité au droit fédéral de la décision attaquée (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

e) Cela étant, dans l'hypothèse où après un examen médical complet, l'Office AI parviendrait à la même conclusion, on peut d'ores et déjà relever ce qui suit. Dans son appréciation du cas, s'agissant de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, le Dr K. _____ justifie la baisse de rendement, de l'ordre de 25 à 30 %, par les douleurs éprouvées par l'intéressé. Sans se contredire, il retient finalement le taux de 25 % pour définir la baisse de rendement pour une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée.

Ce taux de 25 % est confirmé par les autres rapports médicaux et bilans de stage d'observation professionnelle figurant au dossier. Ainsi, le rapport médical du Dr V._____, médecin de l'assureur-accidents, du 6 décembre 2002 retient une capacité de travail de "2x3 heures par jour", soit 75 % (6 heures pour une durée de travail quotidienne moyenne de 8 heures). Le bilan de stage auprès du Centre COPAI-ORIPH du 22 octobre 2003 conclut expressément à une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 75 % de rendement, comme le reconnaît d'ailleurs le recourant; la Dresse R._____, médecin du Centre, admet quant à elle une capacité de travail avec une baisse de rendement de 25 à 30 pour-cent. Le bilan de stage du 4 février 2005 fait état d'un rendement de 75 % pour une activité à mi-temps. En revanche, les Drs P._____ et T._____, médecins traitants du recourant, évaluent différemment la capacité de travail, dont ils fixent le taux à 50 pour-cent. Force est néanmoins de constater que les rapports et certificats médicaux du Dr T._____ sont succincts et n'exposent pas les raisons l'amenant à conclure au taux précité; quant aux rapports du Dr P._____, bien que plus étayés, ils ne présentent pas de constatations médicales différentes des avis des médecins cités plus haut.

f) En résumé, il se justifie d'admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'intimé pour qu'il charge le SMR de procéder à un examen plus complet du problème rachidien, ou pour qu'il désigne éventuellement lui-même un expert médical. Sur la base des éventuels nouveaux éléments médicaux, l'évaluation du rendement ou de la capacité de travail dans une activité adaptée fera l'objet d'une nouvelle décision, qui pourra le cas échéant être contestée devant le Tribunal cantonal.

6. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires.

Obtenant en partie gain de cause, le recourant, assisté d'un avocat, a droit à des dépens, dont le montant doit être fixé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige; cette

indemnité sera mise à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 6 février 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et l'affaire est renvoyée à cet Office pour nouvelle décision au sens des considérants.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à verser au recourant E. _____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean Jacques Schwaab (pour E. _____);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud;
- Office fédéral des assurances sociales;

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :