

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 juin 2009

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : M. Bidiville et Ferolles, assesseurs  
Greffier : M. Cuérel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à Renens, recourant, assisté de Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7, 8, 16 LPGA ; 28 al. 1 LAI ; 88a RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** D.\_\_\_\_\_, ressortissant espagnol né le 28 mai 1954, est arrivé en Suisse en 1973. Après avoir longtemps travaillé comme manœuvre sur les chantiers, il a été engagé dans une entreprise électrique où il a occupé un poste d'aide-électricien. Dès 1983, il a souffert de douleurs lombaires importantes à la suite d'une chute. Le 23 janvier 2004, il a déposé une demande de prestations AI.

Dans un rapport du 2 juin 2005, établi sur la base d'un examen clinique effectué en date du 24 mai 2005, le Dr C.\_\_\_\_\_, du Service médical régional (ci-après SMR), a estimé qu'au vu des pathologies présentées (lombosciatalgies à bascule sur canal lombaire étroit L3-L4, L4-L5, essentiellement ; M48.0), l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle, le poste de travail ayant déjà été adapté à ses limitations fonctionnelles.

**b)** Par décision du 14 décembre 2005, l'OAI a alloué à D.\_\_\_\_\_ un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> février 2004 sur la base d'un degré d'invalidité de 49%. Le 12 janvier 2006, le recourant a formé opposition contre cette décision, en contestant le calcul de l'OAI pour soutenir que le degré d'invalidité était en réalité de 50%.

**c)** Dans le cadre du traitement de l'opposition, l'OAI a demandé un rapport médical au Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, auquel l'assuré avait été adressé par son médecin traitant. Dans un rapport médical du 5 mars 2007, le Dr U.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, qui avait nécessité une intervention chirurgicale décompressive le 5 février 2007. Dans un rapport subséquent du 5 novembre 2007, ce même praticien a relevé qu'il y avait une incapacité de travail continue et définitive dans l'activité exercée jusqu'ici.

**B.** Par décision sur opposition du 11 février 2008, l'OAI a admis l'opposition en ce sens que le droit à un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 49% dès le 1<sup>er</sup> février 2004 est remplacé par une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 50% dès cette même date et jusqu'au 30 avril 2007, puis par une rente entière basée sur un taux d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> mai 2007 jusqu'au 30 novembre 2007, et enfin par une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50% depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2007.

L'OAI a estimé que le rapport d'examen clinique du SMR du 2 juin 2005, qui retenait une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle ainsi que dans toute autre activité adaptée à l'état de santé, remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document. Se fondant sur un avis médical du SMR du 13 décembre 2007, il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité pour une période de six mois depuis l'intervention chirurgicale qu'il avait subie le 5 février 2007, mais que sa capacité de travail était à nouveau de 50% dès le 5 août 2007 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de façon stricte.

Sur la base du revenu perçu en janvier 2005, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 50% et un droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> février 2004 (la capacité de travail étant considérablement restreinte depuis le 28 février 2003). Il a ainsi considéré que l'assuré avait droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> février 2004 jusqu'au 30 avril 2007, puis à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2007 (trois mois après l'aggravation) jusqu'au 30 novembre 2007 (trois mois après l'amélioration), puis à nouveau à une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2007.

**C. a)** L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 13 mars 2008. Dans son mémoire de recours, le recourant a contesté l'appréciation selon laquelle il aurait recouvré une capacité de travail résiduelle de 50% six mois après l'opération du 5 février 2007. Il a soutenu que son état de santé s'était aggravé et que, nonobstant cette

intervention, il serait incapable de travailler dans quelque activité que ce soit, de sorte qu'une invalidité complète devrait lui être reconnue depuis le 1<sup>er</sup> février 2007 et qu'une rente d'invalidité complète devrait lui être versée depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007. Le recourant s'est référé au rapport médical du 5 novembre 2007 du Dr U.\_\_\_\_\_, qui serait selon lui bien plus probant que l'avis médical du SMR du 13 décembre 2007, lequel ne constituerait que l'interprétation du rapport du Dr U.\_\_\_\_\_. Il a conclu à l'allocation d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2007 et sollicité des mesures d'instruction complémentaires sous la forme d'une audition du Dr U.\_\_\_\_\_, voire sous la forme d'une expertise à confier à un neurochirurgien.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 250 fr. qui lui a été demandée.

**b)** Dans sa réponse du 26 mai 2008, l'OAI a écrit estimer que l'appréciation du Dr U.\_\_\_\_\_ était subjective et qu'elle n'amenait pas d'éléments objectifs permettant de remettre en cause l'appréciation du SMR du 13 décembre 2007 selon laquelle l'intervention chirurgicale du 5 février 2007 n'avait pas permis d'apporter l'amélioration escomptée, de sorte que la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée était toujours de 50%.

**c)** Dans sa réplique du 18 août 2008, le recourant a maintenu que le rapport du SMR n'était qu'une interprétation du rapport du Dr U.\_\_\_\_\_ et que ce rapport ne suffisait pas pour retenir que son état de santé ne s'était pas aggravé depuis l'opération. Il a produit un courrier de son médecin généraliste, le Dr L.\_\_\_\_\_, du 6 août 2008, lequel qualifie de "faible" la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée.

**d)** Par duplique du 16 octobre 2008, l'OAI a exposé que les renseignements apportés par le Dr L.\_\_\_\_\_, notamment quant à la fracture du pied et à l'opération du cancer de la prostate, n'étaient pas

suffisamment précis ; il a proposé d'interroger le Dr L. \_\_\_\_\_ pour obtenir de plus amples informations sur ces atteintes.

**D.**           **a)** A la suite de la circulation du dossier auprès de la Cour de céans, une expertise judiciaire rhumatologique a été confiée au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport déposé le 26 février 2009, l'expert a considéré en substance que l'opération du 5 février 2007 n'avait pas conduit à une amélioration notable de la situation, mais au contraire à une péjoration en ce qui concerne l'atteinte à la santé au niveau lombaire et au niveau du status neurologique, péjoration qui justifiait une diminution de la capacité de travail de l'assuré. Selon l'expert, cette capacité de travail était nulle dans une activité d'aide-électricien. En revanche, l'assuré avait une capacité de travail exigible de 30% (en tenant compte d'une baisse du rendement) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par l'expert, par exemple dans une activité de télésurveillance.

**b)** Se déterminant le 1<sup>er</sup> avril 2009 sur le rapport d'expertise du 26 février 2009, le recourant a fait valoir que les conclusions de l'expertise allaient totalement dans le sens des moyens qu'il avait développés et qu'elles confirmaient d'ailleurs celles des Drs U. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ déjà versées au dossier. Selon lui, le rapport d'expertise étant complet et convaincant, il y aurait lieu de retenir une capacité de travail de 30% au maximum dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, de sorte que le recourant, invalide à 70% au moins, aurait droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2007.

**c)** Se déterminant le 30 avril 2009 sur le rapport d'expertise du 26 février 2009, l'OAI a exposé que dans la mesure où cette expertise devait être considérée comme parfaitement probante selon un avis du SMR du 23 avril 2009 auquel l'office se ralliait, il convenait d'adhérer aux conclusions de cette expertise et de retenir une capacité de travail exigible de 30% dans une activité adaptée. En comparant le revenu avec invalidité dans une activité adaptée exercée à 30%, déterminé selon les statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (soit

15'459 fr. 72 compte tenu d'un abattement de 10%), avec le revenu sans invalidité (savoir 62'322 fr.), on obtenait un taux d'invalidité de 75%, ouvrant le droit à une rente entière. Il convenait donc de retenir que le taux d'invalidité du recourant avait évolué comme suit :

- dès le 1<sup>er</sup> février 2004, un taux d'invalidité de 50%, ouvrant le droit à une demi-rente ;
- dès le 1<sup>er</sup> mai 2007, soit trois mois après l'aggravation, un taux d'invalidité de 100% en raison de l'opération, ouvrant le droit à une rente entière ;
- dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007, soit trois mois après l'amélioration, un taux d'invalidité de 75%, ouvrant également le droit à une rente entière.

Dans ces conditions, l'OAI a préavisé pour l'admission du recours dans le sens de l'octroi dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007 d'une rente entière, fondée sur un taux d'invalidité de 75%, en lieu et place d'une demi-rente, la décision attaquée devant être confirmée pour le surplus.

**d)** Se déterminant le 18 mai 2009 sur l'écriture de l'OAI du 30 avril 2009, le recourant a déclaré accepter les propositions en procédure faites par l'OAI en ce sens qu'à compter du 1<sup>er</sup> mai 2007, il était mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité basée dans un premier temps sur un degré d'invalidité de 100% puis sur un degré d'invalidité de 75%. Il a proposé que, plutôt que d'inviter le Tribunal à rendre un jugement, la cause soit laissée en suspens le temps que l'OAI rende une nouvelle décision. Il s'en est par ailleurs remis à justice en ce qui concernait ses dépens, tout en précisant que c'était un montant d'au moins 1'500 fr. qui devait lui être attribué à ce titre.

**e)** Le 19 mai 2009, le juge instructeur a informé les parties qu'à ce stade de la procédure, l'autorité intimée ne pouvait plus reconsidérer la décision attaquée en rendant une nouvelle décision (art. 53 al. 3 LPGA ; ATF 127 V 228 consid. 2b/bb) et qu'il appartiendrait à la

Cour des assurances sociales de rendre un arrêt tenant compte de la proposition en procédure formulée par l'OAI et acceptée par le recourant.

**f)** Le 26 mai 2009, le recourant a écrit au juge instructeur qu'il importait effectivement que la Cour des assurances sociales statue ; il s'est référé pour le surplus à son courrier du 18 mai 2009.

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

**1.** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (ci-après : AI) (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

Interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, le recours est recevable à la forme. La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats et non par un juge unique, vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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

En l'espèce, est litigieuse la question du degré d'invalidité du recourant pour la période postérieure au 30 novembre 2007. En effet, par la décision sur opposition présentement attaquée, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> février 2004 jusqu'au 30 avril 2007, puis à une rentière entière du 1<sup>er</sup> mai 2007 jusqu'au 30 novembre 2007, puis à nouveau à une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2007, tandis que le recourant a conclu à l'allocation d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2007.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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

Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; RAMA 1993, U 168 p. 101, consid. 3b.) Il faut établir, au degré de vraisemblance prépondérant, le revenu hypothétique réel sans invalidité (RAMA 2000, U 400 p. 381 et les réf.) soit le revenu hypothétique le plus concret possible, sur la base du dernier salaire sans invalidité avec réadaptation à l'évolution des salaires (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich 1997, pp. 205-206).

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

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF, 10 mars 2009, 9C\_519/2008, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; VSI 2002 p.64 ; TF, 21 mars 2006, I 274/05, consid. 1.2).

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf.).

Cela étant, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

**4. a)** En l'espèce, la Cour des assurances sociales a confié une expertise judiciaire rhumatologique au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport du 26 février 2009, qui contient une anamnèse complète (p. 2-7), prend en considération les plaintes et données subjectives de l'assuré (p. 7) et se fonde sur des examens complets (constatations cliniques détaillées du 24 février 2009, IRM lombaires des 24 avril 2003 et 23 février 2004, scanners lombaires des 5 mars 2003 et 17 juillet 2006, radiographies de la colonne lombaire des 17 juillet 2006 et 24 février 2009, radiographies du pied gauche des 31 juillet 2008 et 14 août 2008 ; p. 7-9), l'expert est arrivé à la conclusion, au terme d'une description claire du contexte médical et de la situation médicale, que l'opération de décompression du canal lombaire étroit réalisée le 5 février 2007 par le Dr U.\_\_\_\_\_ n'avait pas conduit à une amélioration notable de la situation, mais au contraire à une péjoration en ce qui concernait l'atteinte à la santé au niveau lombaire et au niveau du status neurologique, péjoration qui justifiait une diminution de la capacité de travail de l'assuré (p. 9-12). L'expert expose de manière convaincante les raisons pour lesquelles il estime que l'assuré a une capacité de travail résiduelle nulle dans son ancienne activité d'aide-électricien, quand bien même il a bénéficié d'un aménagement de son poste de travail depuis 2004. Les conclusions de l'expert apparaissent également probantes en tant qu'il retient une capacité de travail exigible de 30% (en tenant compte d'une baisse du rendement) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par l'expert (à savoir une restriction dans sa capacité de demeurer dans des positions debout et assises plus de 20 minutes, des limitations dans sa capacité de porter ou soulever des charges de plus de 10 kg, en particulier en position de porte-à-faux, des limitations dans sa capacité de marcher plus de 100 m de manière

continue, ainsi que la nécessité de procéder à l'alternance des positions assise et debout toutes les 20 minutes), par exemple dans une activité de télésurveillance.

Force est dès lors de considérer, à l'instar des parties elles-mêmes, que le rapport de l'expert judiciaire, qui est complet et convaincant et remplit tous les critères formels posés par la jurisprudence, doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Ses conclusions rejoignent d'ailleurs largement celles des Drs U.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ figurant au dossier, et la valeur probante du rapport d'expertise est reconnue par le SMR dans son avis du 23 avril 2009. Dans ce dernier avis, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, admet que les conclusions de l'expert judiciaire sont tout à fait probantes ; il revient ainsi sur son avis antérieur du 13 décembre 2007, dans lequel il retenait encore - en écartant l'avis contraire du Dr U.\_\_\_\_\_ - une capacité résiduelle de travail sur le plan strictement assécuro-théorique de 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de façon stricte depuis le 5 août 2007.

**b)** A l'instar de ce qu'a fait l'OAI dans ses déterminations du 30 avril 2009, il convient, sur la base du rapport d'expertise judiciaire, de retenir que le recourant a une capacité résiduelle de travail exigible de 30% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par l'expert. La détermination du taux d'invalidité du recourant sur la base d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide et celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui sur un marché du travail équilibré est conforme à l'art. 16 LPGA et à la jurisprudence y relative (cf. consid. 3a supra). Les chiffres retenus par l'OAI, s'agissant d'une part du revenu sans invalidité (soit 62'322 fr.) et d'autre part du revenu avec invalidité dans une activité adaptée exercée à 30% (soit 15'459 fr. 72 compte tenu d'un abattement de 10%), ne sont pas contestés et aboutissent à un degré d'invalidité de 75%, qui ouvre le droit à une rente entière.

**c)** En définitive, conformément à la proposition en procédure faite le 30 avril 2009 par l'OAI et acceptée par le recourant dans son écriture du 18 mai 2009, il convient de retenir que le degré d'invalidité du recourant a évolué comme suit :

- dès le 1<sup>er</sup> février 2004, degré d'invalidité de 50% ;
- dès le 1<sup>er</sup> mai 2007, soit trois mois après le début de l'incapacité totale de travail liée à l'opération du 5 février 2007 (cf. art. 88a al. 2 RAI), degré d'invalidité de 100% ;
- dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007, soit trois mois après la période de récupération de six mois consécutive à l'opération du 5 février 2007 (cf. art. 88a al. 1 RAI), degré d'invalidité de 75%.

Ces degrés d'invalidité successifs ouvrent le droit à une demi-rente du 1<sup>er</sup> février 2004 au 30 avril 2007, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2007 (fondée sur un degré d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> mai au 30 novembre 2007, puis sur un degré d'invalidité de 75% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007), comme l'a exposé à juste titre l'autorité intimée dans ses déterminations du 30 avril 2009.

**5. a)** Il résulte de ce qui précède que, suivant le préavis de l'autorité intimée, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 11 février 2008 réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente du 1<sup>er</sup> février 2004 au 30 avril 2007, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2007, cette rente entière étant basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> mai au 30 novembre 2007 et sur un degré d'invalidité de 75% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices

chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires, et l'avance de frais de 250 fr. effectuée par le recourant lui sera restituée.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA ; art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 1'500 fr. l'indemnité à verser par l'OAI au recourant à titre de dépens.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 11 février 2008 par l'OAI est réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2004 au 30 avril 2007, puis à

une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2007, cette rente entière étant basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> mai au 30 novembre 2007 et sur un degré d'invalidité de 75% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007.

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

**IV.** Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à payer au recourant à titre de dépens, est mise à la charge de l'OAI.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz, avocat, à Lausanne (pour D. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne

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 :