

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 août 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bonard et Mme Férolles , assesseurs
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

I. _____, à La Tour-de-Peilz, recourant, représenté par Me Nicolas
Mattenberger, avocat à Vevey,

et

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

Art. 7, 8, 16 LPGA; 4 al. 1, 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** I. _____ (ci-après: l'assuré), né le 21 mars 1967, marié et père de deux filles, a été victime d'un accident le 7 juillet 2004 alors qu'il exerçait son activité professionnelle de chauffeur-livreur pour le compte de son employeur, la société O. _____ SA au Mont-sur-Lausanne.

A la suite de ce sinistre, l'assureur-accident, U. _____ - qui dans un mémo du 29 octobre 2004 estimait que l'incapacité de travail de l'assuré, totale depuis le jour de l'accident, était en l'état justifiée aussi bien dans sa profession de chauffeur-livreur que dans toute autre activité - a régulièrement servi à l'assuré des indemnités journalières, cela jusqu'en juillet 2007 au moins.

b) Le 11 février 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes.

Dans un rapport médical du 9 mars 2005 adressé au médecin-conseil de l'OAI, les Drs C. _____ et X. _____, médecins au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, ont posé les diagnostics de status post fracture du bassin Tile B1 avec disjonction symphysaire et de l'articulation sacro-iliaque gauche ostéosynthésée le 7 juillet 2004 et de status post fracture des apophyses transverses L2-L4 et L5 à gauche. Ils soulignaient que l'évolution clinique de l'état de santé de l'assuré était défavorable et que le patient ne pourrait certainement pas reprendre son ancienne activité de chauffeur-livreur; ils préconisaient donc de convoquer le patient pour une éventuelle reconversion professionnelle.

Dans un rapport médical du 4 avril 2005 adressé à l'OAI, le Dr E. _____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de status post traumatisme grave (choc direct par une masse de 800 kg avec réception sur le bassin) avec fracture du bassin et des apophyses transverses L2-L4-L5 gauche, ainsi

que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif, d'hypertension artérielle et d'obésité. Il estimait que l'activité exercée jusqu'à présent n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée telle que chauffeur avec port de charges limitées (par exemple chauffeur de taxi en ville surtout) était exigible, cependant pas encore à 100%, et en précisant que l'assuré présentait des limitations fonctionnelles s'agissant du port de charges lourdes et de la position debout.

Dans un rapport médical du 23 septembre 2005 adressé à l'OAI, le Dr B._____, spécialiste FMH en chirurgie, a posé le diagnostic d'obésité morbide exogène, existant depuis environ 15 ans, et a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'améliorait. Il a relevé notamment que l'assuré avait bénéficié d'un by-pass gastro-jéjunal le 22 avril 2005 avec une perte de poids significative; l'assuré avait de moins en moins mal en se déplaçant et il devait donc être possible de lui trouver une activité qui nécessitait peu d'activité physique; l'assuré semblait en mesure d'entreprendre une reconversion professionnelle, et c'était dans ce sens-là qu'il fallait se diriger.

c) L'assuré a séjourné du 9 août 2005 au 6 septembre 2005 dans le service de réadaptation générale de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR), à Sion. Dans le rapport de sortie de cet établissement du 16 septembre 2005, l'incapacité de travail dans la profession de chauffeur-livreur a été maintenue à 100% jusqu'au 9 octobre 2005 et devait être réévaluée par le médecin traitant. Ce rapport, signé par le Dr T._____, chef de clinique, spécialiste FMH en rhumatologie, précise que "compte tenu des ambitions professionnelles du patient (celui-ci désire devenir chauffeur de taxi ou réceptionniste dans la mesure où ces douleurs peuvent le lui permettre), des tests de conduite ont été réalisés à 2 reprises, le 23.08.2005 et le 1^{er} septembre 2005 et mettent évidence une insuffisance de force pour le freinage, contre-indiquant la conduite automobile pour le moment".

d) Dans un rapport médical du 8 février 2007 adressé à l'OAI, le Dr L._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de status après fracture du bassin Tyle (recte : Tile) B1 avec disjonctions symphysaire et sacro-iliaque gauche, fracture des apophyses transverses L2-L4-L5 gauche et fracture costale gauche. Après deux séjours à la CRR, l'assuré avait subi une reprise chirurgicale le 29 septembre 2006. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité était nulle pour l'instant; en revanche, pour autant que l'assuré puisse montrer de nouvelles aptitudes à conduire, un reclassement comme chauffeur de taxi était tout à fait possible, avec une capacité de travail voisine de 100%; cette activité était exigible au plus tôt dans six mois, pour autant que l'assuré ait récupéré un permis de conduire. Ce rapport décrit les limitations fonctionnelles suivantes: nécessité d'alterner les positions assise et debout, éviter la position statique debout, éviter les activités à genoux et en position accroupie, les travaux en hauteur et sur une échelle; périmètre de marche limité, éviter les déplacements en sol irrégulier ou en pente.

Dans un rapport médical du 1^{er} mars 2007, le Dr L. _____ a indiqué que l'assuré avait progressé dans sa rééducation à la CRR mais n'était toujours pas capable d'appuyer de façon convenable sur une pédale de frein pour pouvoir récupérer son permis de conduire.

e) En date du 30 août 2007, l'OAI s'est adressé à l'assureur-accident U. _____ afin d'obtenir une série de renseignements, notamment en ce qui concerne la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. U. _____ a répondu le 7 septembre 2007 que cette question était toujours en suspens, la CRR ne se prononçant pas sur ce point, et qu'une expertise commune était à prévoir.

Il ressort d'un rapport médical du 18 octobre 2007 adressé par le Dr L. _____ à l'OAI que la situation était inchangée par rapport à son précédent rapport du 1^{er} mars 2007.

Dans un avis du 5 décembre 2007, le Dr D. _____, du Service médical régional AI (ci-après: SMR), a indiqué qu'une expertise n'était à

son sens pas nécessaire, dès lors que l'on savait qu'une activité adaptée telle que chauffeur de taxi était exigible avec une capacité voisine de 100%.

Dans un avis médical SMR du 19 décembre 2007, le Dr D._____, tout en indiquant que l'assuré n'était pas capable de conduire un véhicule automobile, a proposé de conclure, "sans autre forme d'instruction, à une capacité de travail proche du 100% dans une activité adaptée".

f) Dans un courrier du 7 juillet 2008 à la CRR, le Dr B._____ a exposé que le problème actuel de l'assuré résidait dans sa privation du permis de conduire un véhicule automobile; le retrait de permis avait été motivé par les examens réalisés à la CRR à l'aide d'un simulateur qui auraient montré une diminution de force dans le membre inférieur droit, et il serait très utile de pouvoir reconsidérer cette décision à l'occasion d'un test clinique et d'un nouvel test au simulateur, le but étant d'élargir les possibilités de l'assuré de retrouver une activité professionnelle satisfaisante.

B. **a)** Le 16 juillet 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

Le 8 septembre 2008, la CRR a adressé au Service des automobiles et de la navigation du canton de Vaud un courrier indiquant qu'elle avait évalué les aptitudes à la conduite automobile de l'assuré le 2 septembre 2008 à l'aide d'un simulateur de conduite et qu'au terme de cette évaluation, elle estimait que l'assuré était apte à reprendre la conduite automobile de tout type de véhicules, sans adaptation particulière.

b) Le 15 septembre 2008, le recourant a contesté le projet de décision du 16 juillet 2008.

Dans un avis médical SMR du 26 juin 2009, le Dr D. _____ a exposé que le 15 octobre 2008, l'assuré avait fait une chute dans les escaliers, qui avait entraîné une entorse de la cheville et une fracture non déplacée sur la base du deuxième métatarsien gauche; cet événement ne devrait pas occasionner une incapacité de travail de plus de trois mois.

c) Par décision du 13 juillet 2009, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Cette décision retient en substance ce qui suit:

Victime d'un accident, l'assuré présente depuis le 7 juillet 2004 une incapacité de travail dans son activité de chauffeur-livreur. Toutefois, il conserve, en dehors des périodes de convalescence post-opératoire, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical (à savoir: alternance des positions assis-debout, éviter la station statique debout, éviter les activités en position accroupie, les travaux en hauteur et sur une échelle; périmètre de marche limité, éviter les déplacements en sol irrégulier ou en pente). Afin de déterminer le préjudice économique, et par conséquent le degré d'invalidité présenté, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir en poursuivant l'exercice de son activité de chauffeur-livreur, à savoir 52'000 fr., doit être comparé aux gains résultant de l'exercice à plein temps d'une activité lucrative adaptée. Se référant pour estimer le revenu d'invalidité aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, l'OAI a pris pour base le salaire auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit, en 2004, 4'588 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise. Après adaptation de ce montant à la durée hebdomadaire de travail usuelle dans les entreprises en 2004 et à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005, on obtient un revenu annuel de 57'830 fr. 82, sur lequel un abattement de 10% est justifié compte tenu des limitations fonctionnelles présentées. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à 52'047 fr. 74. Dès lors que ce revenu est au moins aussi élevé que celui réalisé avant l'atteinte à la santé (52'000 fr.), il n'y a pas de préjudice

économique et l'assuré n'a pas droit à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel.

C. a) L'assuré recourt contre cette décision par acte du 14 septembre 2009. Il fait grief à l'OAI d'avoir retenu, en se fondant sur les avis médicaux SMR des 5 et 19 décembre 2007, que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Or, le SMR n'a procédé à aucune forme d'instruction complémentaire s'agissant de cette question, ce quand bien même l'assureur-accident, pourtant en charge du dossier depuis ses débuts, était pour sa part incapable de se déterminer sans la mise en oeuvre d'une expertise. Le SMR retient tout d'abord la possibilité pour le recourant d'embrasser une carrière de chauffeur de taxi; pourtant, il ressort du dossier que le recourant ne peut garder la station assise plus de vingt minutes et que son état de santé n'est pas sans conséquence sur ses facultés à la conduite.

A l'appui de son recours, le recourant produit un courrier du 3 septembre 2009 du Dr B. _____ à son conseil, dans lequel ce praticien estime que le recourant est incapable, depuis son accident, d'exercer une profession en pleine capacité de travail, exposant notamment ce qui suit:

"Concernant strictement les éléments médicaux dans cette affaire, je constate que les fractures du bassin et particulièrement la dislocation symphysaire, provoquent encore, et vraisemblablement pour le restant de ses jours, des douleurs variant en fonction des positions et des activités. Il a également souffert de fractures des apophyses transverses lombaires gauches.

Enfin, la dislocation symphysaire s'accompagnait d'une entorse sévère de l'articulaire sacro-iliaque gauche, qui a également été ostéosynthésée, avec des lésions neurologiques handicapantes.

Il faut en effet relever une atteinte vraisemblablement définitive du nerf fémoro-cutané gauche ainsi qu'une atteinte partielle du nerf sciatique poplité externe. Ces deux nerfs engendrent des troubles de la sensibilité et partiellement de la motricité. C'est d'ailleurs ces troubles qui sont à l'origine de la chute récente, avec fracture de l'avant-pied gauche.

Pour toutes ces raisons et malgré d'importantes mesures de rééducation, j'estime que ce patient n'est pas en mesure d'assumer une activité normale, à 100%.

Il faut absolument que les services concernés, soit l'Office d'Assurance Invalidité ou son assurance accident auprès de l'U. _____ se préoccupent de réinsérer ce patient dans la vie professionnelle à temps partiel (à mon avis pas plus de 50%) dans une activité ne sollicitant que modérément la marche et le port de charge lourde."

Le recourant expose que comme il n'a pas repris d'activité lucrative, l'autorité intimée a, sur la base des seuls avis lacunaires du SMR, procédé au calcul du revenu d'invalidé du recourant sur la base des statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique. Sans critiquer la méthode appliquée, le recourant fait valoir que dans la mesure où il ne peut exercer une activité lucrative adaptée qu'à un taux de 50% selon le Dr B. _____, il convient de réduire d'autant son revenu d'invalidé. Il estime en outre que ce taux d'activité, ajouté aux limitations fonctionnelles et au fait qu'il n'a bénéficié que d'une scolarité extrêmement courte, ne bénéficie d'aucune formation professionnelle et n'est pas de langue maternelle francophone, justifie un abattement maximal de 25% et non seulement de 10% sur le revenu d'invalidé. Par conséquent, la décision entreprise devrait être réformée en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité lui est allouée.

En ce qui concerne le droit à des mesures professionnelles, le recourant fait valoir que nombre d'avis médicaux au dossier penchent pour la mise en oeuvre de mesures professionnelles destinées à permettre au recourant de retrouver un emploi adapté à son invalidité. On ne saurait retenir, comme le fait l'OAI pour refuser le droit à des mesures professionnelles, que le recourant ne subirait pas de préjudice économique, puisque de l'avis du Dr B. _____, il n'est pas concevable que le recourant reprenne à plein temps une activité professionnelle. Le manque à gagner durable étant ainsi supérieur à 20%, le recourant estime qu'il doit être mis au bénéfice de mesures d'ordre professionnel.

Enfin, le recourant estime que l'OAI n'a pas procédé aux mesures d'instruction nécessaires, de sorte que la décision entreprise

devrait être annulée et la cause renvoyée à l'autorité pour mise en oeuvre d'une expertise et nouvelle décision. En effet, l'assureur-accident en charge du dossier du recourant s'est prononcé en faveur de la mise en oeuvre d'une expertise en date du 7 septembre 2007. Invité à se prononcer, le SMR a, dans un premier temps, estimé qu'une expertise n'était pas nécessaire étant donné qu'une activité de chauffeur de taxi était exigible à près de 100%; le Dr D._____, rédacteur du rapport du 5 décembre 2007, a ainsi non seulement émis son avis sans tenir compte de l'incapacité de conduire dont souffrait le recourant, d'une part, mais aussi sans prendre en considération ses limitations fonctionnelles l'empêchant notamment de se tenir assis de manière prolongée, d'autre part. Deux semaines plus tard, le SMR, sous la plume du Dr D._____, a indiqué qu'aucune mesure d'instruction complémentaire n'était nécessaire et a conclu, sans autre forme de procès, que la capacité du recourant dans une activité adaptée était entière. A l'évidence, le dossier de l'OAI souffre ainsi d'une certaine carence en matière d'instruction.

Le recourant conclut par conséquent, avec suite de dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité lui est allouée et que des mesures d'ordre professionnel sont mises en oeuvre en sa faveur, et subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en oeuvre d'une expertise et nouvelle décision.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 26 octobre 2009, l'OAI expose que bien qu'en raison des suites de l'accident du 7 juillet 2004, le recourant ne puisse plus exercer du tout son activité antérieure de chauffeur-livreur, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (cf. rapport du Dr L._____ du 8 février 2007) peut être exercée à plein temps. Les périodes d'incapacité de travail dans toute activité depuis l'accident n'ont à aucun moment duré un an sans interruption notable. Par ailleurs, la conduite d'un véhicule à moteur est à nouveau possible, sans adaptation

particulière, depuis le 2 septembre 2008. Le gain réalisable dans une activité adaptée étant du même ordre de grandeur que celui réalisé avant l'accident, et cela sans qu'une formation particulière ne soit nécessaire, ni le droit à des mesures professionnelles ni le droit à une rente n'est ouvert. Selon l'OAI, les pièces transmises par l'assureur accident, complétées par les documents obtenus notamment auprès du Dr L._____, décrivent clairement la situation médicale du recourant, de sorte qu'une expertise n'est pas nécessaire; le Dr B._____ n'amène à ce sujet pas d'éléments objectifs vérifiables qui auraient été ignorés. Dans la mesure où la capacité de travail est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, même en prenant en compte un abattement de 25% sur le revenu d'invalidé, le degré d'invalidité n'atteindrait pas les 20% nécessaires pour entrer en matière sur des mesures professionnelles, encore moins les 40% requis pour le droit à une rente. L'OAI propose dès lors le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

c) Dans sa réplique du 23 novembre 2009, le recourant relève que s'agissant de la question du degré d'invalidité, l'OAI se borne dans sa réponse à citer le rapport du Dr L._____, qui date pourtant du 8 février 2007 et ne tient notamment pas compte de l'incapacité physique qu'éprouve le recourant à garder longtemps la station assise; l'avis du Dr B._____, pourtant cité dans la réponse, n'est aucunement analysé, et sa position balayée d'un revers de la main. En ce qui concerne la question de la mise en oeuvre d'une expertise, le recourant conteste l'affirmation de l'OAI selon laquelle les éléments transmis par l'assureur accident, complétés par ceux obtenus du Dr L._____, suffiraient à broser un tableau complet de sa situation médicale; il rappelle que l'assureur accident lui-même estime, sur la base de son dossier notamment, ne pas être suffisamment renseigné et préconise de ce fait la mise en oeuvre d'une expertise; dans ces circonstances, il est surprenant que l'autorité intimée, pour sa part, puisse être aussi clairvoyante dans son analyse et ce sur la base, pourtant, des mêmes éléments que l'assureur accident. Dès lors, le recourant maintient l'ensemble de ses conclusions prises au pied de son mémoire du 14 septembre 2009.

d) Dans sa duplique du 18 décembre 2009, l'OAI indique qu'il n'a rien à ajouter à sa réponse du 26 octobre 2009 et propose une nouvelle fois le rejet du recours.

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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile - compte tenu des fêtes judiciaires d'été (art. 38 al. 1 let. b et 60 al. 2 LPGA) - par I. _____ contre la décision rendue le 13 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 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 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

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. 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

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 261 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, c. 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 261 c. 4, 115 V 134 c. 2, 114 V 314 c. 2c, 105 V 158 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, c. 1.1).

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 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1).

4. a) En l'espèce, on peut admettre avec l'OAI que la situation médicale du recourant est suffisamment clairement établie sur le plan diagnostique, les diagnostics posés dans les différents rapports médicaux au dossier - en particulier dans le rapport médical du 9 mars 2005 des Drs C. _____ et X. _____ du CHUV, dans le rapport médical du 4 avril 2005 du Dr E. _____, dans le rapport de sortie du 16 septembre 2005 du Dr T. _____ de la CRR et dans le rapport médical du 8 février 2007 du Dr L. _____ - étant concordants. On peut ainsi retenir les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status après fracture du bassin de type Tile B1 avec disjonctions symphysaire et de l'articulation sacro-iliaque gauche ostéosynthésée le 7 juillet 2004 et de status après fracture des apophyses transverses L2-L4-L5 gauche. Il résulte de manière tout aussi concordante des rapports médicaux précités qu'en raison de ces atteintes, l'activité de chauffeur-livreur exercée par l'assuré avant son accident du 7 juillet 2004 n'est plus exigible.

b) S'agissant en revanche de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - à savoir dans une activité alternant les positions assise et debout, évitant la position statique debout, les activités à genoux et en position accroupie, de même que les travaux en hauteur et sur une échelle, respectant un périmètre de marche limité et évitant les déplacements en sol irrégulier ou en pente, selon le rapport médical du 8 février 2007 du Dr L. _____ (cf. dans le même sens le rapport médical du 4 avril 2005 du Dr E. _____), seuls les Drs E. _____ et L. _____ - mais pas les Drs C. _____ et X. _____ du CHUV, ni le Dr T. _____ de la CRR - se sont exprimés à ce sujet. Ces deux médecins ont toutefois uniquement évoqué l'activité de chauffeur de taxi. Ainsi, le Dr E. _____ a estimé dans son rapport médical

du 4 avril 2005 qu'une telle activité pourrait à terme être exigible à 100%. Quant au Dr L._____, il a évoqué dans son rapport médical du 8 février 2007 une capacité de travail proche de 100% dans une activité de chauffeur de taxi, cette activité étant exigible au plus tôt dans six mois – soit en août 2007 – et pour autant que l'assuré ait récupéré un permis de conduire. Or il est constant que le recourant a, des suites de l'accident du 7 juillet 2004, été privé de son permis de conduire en raison d'une insuffisance de force dans le membre inférieur droit pour le freinage, et qu'il n'a recouvré l'aptitude à conduire que le 2 septembre 2008. Dans ces conditions, on ne pouvait à l'évidence exiger de lui, jusqu'à cette date en tout cas, qu'il exerçât l'activité de chauffeur de taxi, seule activité adaptée évoquée dans les rapports médicaux au dossier.

Comme ceux-ci ne se prononçaient au surplus pas sur la capacité de travail du recourant dans d'autres activités qui pourraient s'avérer adaptées, une expertise apparaissait nécessaire – ainsi que l'estimait d'ailleurs l'assureur-accident – afin de déterminer quelles activités pouvaient encore être raisonnablement exigibles de la part du recourant et à quel taux. Une telle expertise, à confier à un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI), appert d'autant plus nécessaire que dans son courrier du 3 septembre 2009, le Dr B._____ expose de manière motivée qu'en raison des atteintes constatées, le recourant n'est pas en mesure d'assumer une activité normale à 100%, mais seulement à temps partiel, ce médecin estimant personnellement à 50% la capacité résiduelle de travail du recourant.

c) Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que l'OAI ne pouvait statuer comme il l'a fait en retenant sans autre instruction, sur la seule base du rapport du Dr L._____ du 8 février 2007 – lequel constituait un simple rapport médical rédigé sur la formule 5402 f 11.00 et non un rapport médical complet satisfaisant à toutes les exigences qui permettraient de lui reconnaître une pleine valeur probante – qu'une activité adaptée telle que chauffeur de taxi était exigible d'emblée avec une capacité voisine de 100% (cf. les avis médicaux SMR des 5 et 19

décembre 2007 du Dr D. _____), alors que le recourant n'a recouvré l'aptitude à conduire que le 2 septembre 2008.

d) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire; un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire; il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, c. 2.3; RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

En l'espèce, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI; ATF 117 V 282 c. 4a; RAMA 1985, K 646 p. 235 c. 4) – apparaît la solution la plus opportune, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans procède elle-même aux mesures d'instruction nécessaires.

5. a) En définitive, il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 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.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter à 1'800 fr. le montant des dépens et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 13 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Une indemnité de 1'800 fr., à verser au recourant à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Nicolas Mattenberger, avocat (pour l. _____),
- 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 :