

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mai 2011

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

Cause pendante entre :

C. _____, à Echallens, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, du service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) C._____, né en 1957, originaire de Macédoine, est arrivé en Suisse en 1987. Il a tout d'abord travaillé en qualité d'ouvrier agricole, puis d'aide-boucher notamment auprès de la Boucherie-Charcuterie [...] à [...] dès le mois d'août 2001. En date du 21 août 2003, il a été victime d'un accident de voiture en Macédoine, le pneu avant droit de son véhicule ayant soudainement éclaté, ce qui a provoqué une sortie de route, alors que l'intéressé roulait à 80 km/h. Souffrant d'une fracture L2 sans trouble neurovasculaire périphérique, il a été opéré dans un hôpital de Skopje par laminectomie et fixateur interne D11-L3. Rapatrié le 3 septembre 2003 au Service de traumatologie du S._____, il a subi une nouvelle intervention chirurgicale (AMO de plaque DCP 3.5 D11-L3, relaminectomie D12-L1-L2, spondylodèse D12-L2 et prise de greffe iliaque postérieure droite). L'assuré a pu regagner son domicile le 10 septembre 2003 avec une sensibilité et une motricité des membres inférieurs et une cicatrice calme. En raison d'une mauvaise position des implants rachidiens avec dénervation aiguë des myotomes S1-S2 des deux côtés et d'une surinfection, l'intéressé a subi une opération en date du 22 novembre 2003. Son cas a été pris en charge par la J._____ Assurances, assureur-accidents de son employeur.

L'assuré a par la suite séjourné du 26 janvier au 13 février 2004 à l'Hôpital [...] pour une rééducation et une physiothérapie. Dans un rapport du 25 février 2004, le Dr M._____, médecin-chef du service de traitements et de réadaptation, a relevé que l'intéressé s'était impliqué avec volonté au programme de rééducation sous forme d'une musculation globale des quatre extrémités et qu'il subsistait quelques douleurs résiduelles des épaules légèrement limitées. C._____ a en outre semblé reprendre confiance en l'avenir, alors même que son employeur venait de le licencier pour le 30 janvier 2004. Un bilan neurologique pratiqué le 13 avril 2004 par le Dr X._____, spécialiste FMH en neurologie, a démontré la persistance de signe de dénervation aiguë des muscles jumeaux internes. Dans ses conclusions, le Dr X._____ a estimé que le patient

gardait des séquelles S1-S2 bilatérales, se manifestant par des douleurs persistantes et un possible déficit moteur avec surtout des difficultés à se mettre sur la pointe des pieds.

L'intéressé a déposé le 18 juin 2004 une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente en raison d'une atteinte à la colonne vertébrale (5^e et 9^e vertèbres cassées).

Dans un rapport médical du 28 juin 2004, le Dr Z._____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de fracture L2 déplacée, traitée par spondylodèse en Macédoine le 21 août 2003, de status après reprise opératoire pour malposition des implants rachidiens avec dénervation aiguë de S1-S2 ddc, surinfection par *Klebsiella pneumoniae* et *candida albicans* et d'état dépressif d'épuisement sur difficultés de maîtrise de l'antalgie. Il a attesté une totale incapacité de travail dès le 20 août 2003 en tant que boucher, tout en précisant que la capacité de travail raisonnablement exigible n'était que de 10 %. Enfin, compte tenu de l'importance des douleurs, il était trop tôt pour envisager une réadaptation professionnelle.

Dans un rapport médical du 22 octobre 2004, le Dr P._____, chef de clinique du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du S._____, a posé les diagnostics de fracture-éclatement de L1 avec syndrome radiculaire S1-S2 bilatéral, spondylodèse D11 à L3 en Macédoine le 21 août 2003, de status après ablation du matériel d'ostéosynthèse, laminectomie D12 à L2, spondylodèse D12 à L2 et prise de greffe osseuse iliaque postérieure droite le 28 novembre 2003 et de séquelles neurologiques S1-S2, bilatérales et de l'épicône avec syndrome douloureux séquellaire depuis le 21 août 2003. Il a attesté une totale incapacité de travail depuis le 21 août 2004. Il a ajouté que son patient était actuellement suivi par le Service d'Antalgie au S._____. D'un point de vue orthopédique, aucun traitement n'était envisagé mis à part l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, probablement en mai 2005, afin d'exclure une irritation de la musculature paravertébrale liée à ce

matériel. Toutefois, il était peu probable que ce traitement permette une amélioration significative de la symptomatologie. Théoriquement, une activité dans la vente dans une boucherie, soit un travail ne nécessitant pas le port de charges lourdes était possible, mais elle était actuellement difficilement envisageable au vu des douleurs séquellaires et de la prise régulière d'antalgiques majeurs. Il a ainsi précisé qu'une telle activité pourrait probablement être exercée à 50 %, soit à raison de 4 heures par jour, mais qu'elle devait autoriser l'alternance des positions assise et debout à court terme, tout en excluant le port de charge et le mouvement particulier du rachis.

L'assuré a été réopéré le 12 avril 2005 au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du S. _____ pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse. Par ailleurs, il a été pris en charge par un spécialiste en psychiatrie du Service d'Antalgie du S. _____ pour un syndrome post-traumatique.

Au vu de ces éléments, l'OAI a demandé l'avis de son Service médical régional (SMR), qui a proposé de se rallier aux conclusions du Dr Z. _____ relatives à la capacité de travail de l'assuré, soit une activité de 10 % de type occupationnel, tout en recommandant de revoir la situation à six mois pour juger de l'évolution (avis médical du 7 juin 2005).

Dans un rapport initial du 16 juin 2005, le Service de réadaptation de l'OAI (REA) a indiqué avoir rencontré l'assuré en date du 23 mai 2005. Il est apparu que les nombreuses limitations fonctionnelles mentionnées tant au niveau physique que psychique rendaient actuellement difficile voire impossible tout projet de réinsertion dans le monde économique. Dans la situation actuelle, la capacité de gain de l'assuré devait être considérée comme nulle. En effet, une activité dans un atelier protégé à un taux de 10 % équivalait à un revenu annuel de 960 fr. et était très difficile à concrétiser étant donné que ce type de structure engageait rarement à moins d'un mi-temps.

Dans un rapport médical du 30 juin 2005, le Dr V._____ du Service d'Anesthésiologie du S._____, a posé les diagnostics de lombosciatalgies résiduelles bilatérales avec composante neuropathique aux membres inférieurs, de status après fracture L1 avec ostéosynthèse en août 2003 et reprise de l'ostéosynthèse en novembre 2003 et AMO en avril 2005, ainsi que d'état dépressif sévère. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % depuis l'accident en août 2003. S'agissant de la thérapie et du diagnostic, il a indiqué ce qui suit :

"La poursuite du ttt antidépresseur par notre spécialiste a pour le moment stabilisé la situation qui est malgré tout encore celle d'une dépression de moyenne à sérieuse.

Pour ce qui concerne le ttt médicamenteux, il est presque maximal, sauf que les opiacés n'ont pas été introduits. Les effets des ttt invasifs (blocs, infiltration intrathécale en vue d'évaluer des ttt intrathécaux) ont été très mal vécus par le patient et ils ne semblent pas entrer en ligne de compte pour le moment. Un ttt par stimulateur, qui serait idéal dans ce type de pathologie, n'entre pas en ligne de compte en raison de problèmes anatomiques. Il est possible que trouvant une activité professionnelle adaptée, la situation de Monsieur C._____ pourrait encore évoluer et dans cette perspective, une amélioration sur tous les aspects n'est pas exclue. Le patient sera suivi pour un nouveau contrôle au mois de septembre 2005".

Dans l'intervalle, la J._____ a mandaté le L._____ à [...] pour la réalisation d'une expertise afin de définir l'étendue des prestations de l'assureur précité en faveur de son assuré. Dans un rapport du 25 mai 2006, les Drs D._____, spécialiste FMH en orthopédie, R._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie et G._____, spécialiste FMH en neurologie ont posé les diagnostics d'ancienne fracture de L1, type Burst, de cal vicieux de L1 (situation due à l'ostéosynthèse par plaques selon Roy Camille, puis échec de ce montage et reprise chirurgicale avec nouvelle fixation postérieure), de syndrome douloureux lombaire persistant, de lésion S1 S2 bilatérale, de discrète atteinte pyramidale et de dysthymie. Ils ont attesté une incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle de boucher et à 50 % probablement dans une activité adaptée, soit excluant le port de lourdes charges, les flexions antérieures du tronc, surtout si elles étaient répétitives, la station debout de longue durée et la station assise également de longue durée. Le

pourcentage exact était difficile à estimer dans une profession adaptée, en raison des séquelles neurologiques. L'appréciation devrait se faire en situation réelle.

Par avis médical du 25 janvier 2007, le SMR a estimé la capacité de travail de l'assuré à 50 % au vu du résultat de l'expertise, tout en confirmant les limitations fonctionnelles retenues par les experts.

C._____ a finalement suivi une observation professionnelle auprès du COPAI à [...] du 10 mars au 4 avril 2008. Dans un rapport de synthèse du 21 avril 2008, le COPAI a conclu que la capacité résiduelle de cet assuré était diminuée. L'exigibilité face à une activité légère adaptée à effectuer en position assise, était un travail durant toute la journée avec un rendement de 50 %. Un travail à mi-temps, à priori mieux indiqué, ne lui permettait pas d'atteindre un rendement de 100 % sur la demi-journée. En tant qu'activité adaptée, le COPAI a préconisé la conduite/alimentation de machines-outils automatiques ou semi-automatiques qui dictaient le rythme. Des activités de conditionnement, manutention, montage, contrôle simple, à l'établi étaient également envisageables. Une période de préparation à une activité auxiliaire devait lui être accordée avant sa réinsertion dans l'économie de marché. Dans un rapport du 8 avril 2008, le Dr W._____, médecin-conseil au COPAI a constaté que le comportement de l'assuré était assez différent entre le pré-examen et l'examen d'entrée et de sortie : lors de ces deux derniers examens, il a relevé des signes nets de non organicité et une collaboration médiocre, notamment lors du testing de la force musculaire des bras qui n'avait aucune raison d'être altérée.

Une formation pratique, ainsi qu'une phase de reconditionnement étant nécessaires sur le poste de travail, l'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure auprès de B._____ à [...] du 23 septembre 2008 au 27 mars 2009 en vue d'une préparation à une activité auxiliaire à l'atelier d'usinage. Le bilan effectué sur place le 20 mars 2009 a mis en évidence un rendement de 35 % inexploitable en économie, en raison de la lenteur d'exécution, du manque de dynamisme et d'investissement de

l'intéressé. Ce dernier a toutefois été engagé à 50 % dès le 1^{er} avril 2009 dans l'atelier de montage pour un salaire horaire de 4 fr. avec possibilité d'aménager ses horaires (rapport final de la REA du 20 mars 2009).

b) En date du 1^{er} avril 2009, l'OAI a adressé à C._____ un projet de décision d'acceptation d'une demi-rente d'invalidité dès le 28 mars 2009, correspondant à la fin du versement des indemnités journalières. Il a constaté que l'assuré avait bénéficié de mesures professionnelles sous la forme d'une préparation à une activité auxiliaire à un taux de 50 %, à l'issue de laquelle il avait été engagé à l'atelier de montage de B._____ à un taux de 50 %. Pour déterminer la perte économique, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'732 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2006, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009 (+1.60 % en 2007, +2.07 % en 2008 et +1.35 % en 2009) et d'un taux d'abattement de 15 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 26'443 fr. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 55'957 fr., mettait en évidence une perte de gain de 29'514 fr., ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 53 %, taux suffisant pour ouvrir le droit à une demi-rente.

En date du 24 avril 2009, l'OAI a annulé et remplacé son préavis du 1^{er} avril 2009 par un nouveau projet d'acceptation d'une rente d'invalidité échelonnée, soit l'octroi d'une rente entière pour la période allant du 1^{er} août 2004 (à l'issue du délai d'attente d'un an) au 30 septembre 2008 (début des mesures professionnelles), puis d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2009, soit après 3 mois d'amélioration depuis la fin de sa formation avec une capacité de travail exigible à 50 % dans une activité adaptée basée sur degré d'invalidité de 53 % obtenu par comparaison du revenu sans invalidité de 55'957 fr. avec le revenu d'invalidité de 26'443 fr.

Par décisions des 21 août et 8 octobre 2009, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.

B. a) Par acte du 15 septembre 2009, C._____ recourt contre la décision du 21 août 2009 relative à l'octroi d'une demi-rente dès le 1^{er} juillet 2009, en concluant implicitement à son annulation, en ce sens qu'il a droit à une rente entière. En effet, sa capacité résiduelle de travail ne dépasse pas 30 % selon l'avis de son médecin.

b) Dans sa réponse du 23 octobre 2009, l'intimé a estimé que le rapport d'expertise médicale du L._____ remplissait les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il y avait dès lors lieu de retenir que la capacité de travail du recourant était de 50 % dans une activité adaptée telle que retenue par les experts. L'intimé a par conséquent proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

c) Dans sa réplique du 17 novembre 2009, le mandataire du recourant a constaté que le L._____ avait certes retenu une incapacité de travail de 50 % probablement dans une activité adaptée. Il a toutefois ajouté que le pourcentage exact était difficile à estimer en raison des séquelles neurologiques et que l'appréciation devrait se faire en situation réelle. Au vu du séjour de l'assuré au COPAI et de la période de préparation auprès de B._____, la capacité de travail de l'assuré ne pouvait être de 50 %, mais plutôt proche de zéro au regard du marché du travail non protégé qui était le seul dont il y avait lieu de tenir compte selon l'art. 16 LPGA.

d) Dans sa duplique du 10 décembre 2009, l'intimé a précisé que selon le rapport du 21 avril 2008 du COPAI, la capacité résiduelle de l'intéressé était de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

e) Par courrier du 7 juin 2010, l'intimé a transmis un rapport du 25 mai 2010 établi par le T. _____) qui avait été mandaté par la J. _____ pour la réalisation d'une expertise rhumatologique et psychiatrique pratiquée par la Dresse F. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne et par la Dresse N. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Sur le plan psychiatrique, la Dresse N. _____ a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Sur le plan somatique, la Dresse F. _____ a retenu les diagnostics de status après fracture de L1 et atteinte partielle du cône médullaire, après ostéosynthèse par plaques, cal vicieux, nouvelle fixation postérieure (T08), de cervico-brachialgies droites sur cervicarthrose prédominant en C6-C7 avec hernie discale (M47.2), de scoliose dorsolombaire - spondylose hyperostosante - séquelles modérées de maladie de Scheuermann (M41.9 - M48.1 - M42.0), de PSH bilatérale prédominant à droite avec rupture du sus-épineux documentée (M75.0), de gonalgies (M25.5), de HTA (I10), d'obésité avec syndrome métabolique, de diabète type 2 (E66.9 - E14.9) et de syndrome des apnées du sommeil de forme modérée (non traité) (G47.3). Les expertes ont conclu que les éléments mis en évidence sur le plan psychiatrique ne limitaient pas l'activité quelle qu'elle soit, alors que l'exigibilité était de 50 % dans un travail adapté, taux qui était concordant avec le status clinique actuel.

f) Dans son écriture du 17 août 2010, le recourant a relevé que selon les expertes du T. _____, il présentait déjà pour les seuls troubles de santé dus à l'accident assuré par la J. _____, une incapacité de travail et de gain de 50 % dans un travail adapté.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 15 septembre 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en

temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recourant revendique le droit à une rente entière.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de

travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

4. a) En l'espèce, le litige porte sur le taux d'invalidité du recourant dès le 1^{er} juillet 2009, singulièrement sur sa capacité de travail compte tenu des atteintes à la santé qu'il présente. L'intéressé soutient en effet que sa capacité de travail est pour ainsi dire nulle, alors que l'intimé considère pour sa part, en se basant sur les rapports du L. _____ (rapport

du 25 mai 2006), du SMR (avis médical du 25 janvier 2007) et du COPAI (rapport du 21 avril 2008), que la capacité de travail de l'assuré est de 50 % dans une activité adaptée.

b) Sur le plan psychiatrique, le Dr R._____ du L._____ a évoqué un état anxiodépressif (rapport d'expertise du 18 mai 2005), mais a finalement retenu une dysthymie non invalidante (rapport d'expertise du 25 mai 2006, p. 24). Estimant que l'examen était globalement comparable à celui décrit par le Dr R._____, la Dresse N._____ du T._____ a conclu à une dysthymie (humeur dépressive fluctuante, diminution de la confiance en soi et ruminations) et à une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (rapport d'expertise du 25 mai 2010). Selon, l'experte, les facteurs sociaux, le licenciement de l'intéressé, sa mauvaise compréhension de la langue française, l'absence de formation rendaient la recherche d'un travail difficile et jouaient un rôle dans la persistance de la dysthymie. Toutefois, ces deux éléments ne limitaient pas l'activité quelle qu'elle soit. La Dresse N._____ a en outre constaté que l'assuré présentait une mauvaise compliance à l'Efexor® et qu'il bénéficiait d'un suivi psychiatrique mensuel ce qui excluait un épisode dépressif sévère (rapport d'expertise, op. cit. p. 41-42). Certes, le Dr Z._____, médecin traitant de l'assuré avait retenu le diagnostic d'état dépressif d'épuisement en 2004. Toutefois, outre le fait que le Dr Z._____ n'est pas un spécialiste en psychiatrie, il y a lieu de relever que le recourant a perçu une rente entière d'invalidité durant la période précitée. Par ailleurs, l'intéressé n'a pas été en mesure de faire état d'éléments qui permettraient de remettre en cause les conclusions concordantes des experts quant à l'absence de trouble psychique incapacitant dès le 1^{er} juillet 2009, notamment un certificat médical de son psychiatre traitant. Le seul fait qu'il bénéficie, comme il l'affirme, d'un soutien psychologique, ne suffit pas pour l'établir. En tout état de cause, les facteurs psycho-sociaux ne constituent pas une atteinte à la santé de caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine; TFA I 776/02 du 14 novembre 2003 consid. 2.2).

b) Sur le plan somatique, les médecins consultés s'accordent à reconnaître que le recourant a présenté lors de son accident du 21 août 2003 une fracture de L1 avec discrète atteinte neurologique. Il semble que lors de l'opération effectuée en Macédoine, les implants ont été mal posés. Compte tenu d'une surinfection, l'évolution a été défavorable, nécessitant une reprise chirurgicale par le S. _____ le 22 novembre 2003 compte tenu d'une dénévation aiguë S1-S2 ddc provoquant notamment des douleurs résiduelles, alors que le rachis restait enraidit et fortement douloureux. L'expertise du L. _____ réalisée le 25 mai 2006 a permis de mettre en évidence les diagnostics d'ancienne fracture de L1, type Burst, de cal vicieux de L1 (situation due à l'ostéosynthèse par plaques selon Roy Camille, puis échec de ce montage et reprise chirurgicale avec nouvelle fixation postérieure), de syndrome douloureux lombaire persistant, de lésion S1 S2 bilatérale et de discrète atteinte pyramidale. Les experts du L. _____ ont attesté une incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle de boucher et à 50 % probablement dans une activité adaptée, soit excluant le port de lourdes charges, les flexions antérieures du tronc, surtout répétitives, la station debout de longue durée et la station assise également de longue durée. S'agissant de l'impact des atteintes à la santé de l'assuré, les experts ont dû déterminer si les diagnostics précités étaient en relation de causalité adéquate avec l'accident du 21 août 2003. Ils ont répondu par l'affirmative en ce qui concernait la fracture L1, l'atteinte neurologique (discrète atteinte pyramidale et atteinte S1-S2 ddc) et les suites du traitement. Le syndrome douloureux lombaire persistant n'a donc pas été pris en compte dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. Le taux exact de capacité de travail étant difficile à estimer dans une profession adaptée, en raison des séquelles neurologiques, les experts ont préconisé une mise en situation réelle. L'observation professionnelle au COPAI a permis de mettre en évidence qu'une activité légère adaptée, soit en position assise, était exigible durant toute la journée avec un rendement de 50 %. Suite à la préparation de l'assuré à une activité auxiliaire auprès de B. _____, la REA a conclu à un rendement de 35 % inexploitable en économie, en raison de la lenteur d'exécution, du manque de dynamisme et d'investissement de l'intéressé (rapport final de la REA du 20 mars 2009). La REA a procédé au calcul de

la rente en proposant de retenir un taux de capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée. C'est dans ce contexte que l'intimé a finalement retenu le taux proposé par la REA sans procéder à d'autres investigations.

c) Estimant qu'une nouvelle expertise médicale était nécessaire pour définir le lien de causalité naturelle avec l'accident et la perte de gain dans une profession adaptée, la J._____ a mandaté quatre ans plus tard le T._____ (rapport d'expertise du 25 mai 2010, p. 4). Sur le plan somatique, le rapport de la Dresse F._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, l'experte ayant complété le dossier à sa disposition en recueillant en cours d'expertise des documents complémentaires. Elle a également procédé à deux reprises à un examen clinique du recourant, soit en date des 24 février et 15 avril 2010. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Les conclusions sont dûment motivées et nullement contradictoires. Enfin, ce rapport d'expertise a été établi par un médecin lié par un mandat d'expertise et par conséquent tenu de procéder à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, de rapporter les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée et de s'appuyer sur des considérations médicales et non des jugements de valeur (François Paychère, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss, in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002). Dans ces circonstances, ce rapport remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (ATF 133 V 549, consid. 6, 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid 1c et les références), de sorte qu'il n'y a pas lieu de l'écartier de la présente procédure.

Se conformant à la demande de la J._____, la Dresse F._____ a clairement délimité les diagnostics qui étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident de ceux qui ne l'étaient pas (rapport d'expertise, op. cit., p. 56). Elle a ainsi indiqué que seuls les diagnostics de

status après fracture de L1 et d'atteinte partielle du cône médullaire, après ostéosynthèse par plaques, cal vicieux, nouvelle fixation postérieure (T08) étaient en relation de causalité naturelle certaine avec l'accident. Le diagnostic d'exostose de la 12^{ème} côte droite était en relation de causalité possible. Lesdits diagnostics restaient stables depuis 2006 et permettaient de retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé, l'experte n'a dès lors pas tenu compte des diagnostics de cervico-brachialgies droites sur cervicarthrose prédominant en C6-C7 avec hernie discale (M47.2), de scoliose dorsolombaire - spondylose hyperostosante - séquelles modérées de maladie de Scheuermann (M41.9 - M48.1 - M42.0), de PSH (péri arthrite scapulo humérale) bilatérale prédominant à droite avec rupture du sus-épineux documentée (M75.0), de gonalgies (M25.5), de HTA (I10), d'obésité avec syndrome métabolique, de diabète type 2 (E66.9 - E14.9) et de syndrome des apnées du sommeil de forme modérée (non traité) (G47.3). L'experte a toutefois considéré qu'en raison des affections malades précitées, l'incapacité de travail du recourant était actuellement totale dans une activité adaptée (rapport d'expertise, op. cit., p. 58, réponse 7a).

Sur ce point, les conclusions de l'experte ne sont infirmées par aucune des pièces médicales versées au dossier. En particulier, le rapport du L._____, bien antérieur, n'avait pas évalué l'impact du syndrome lombaire persistant sur la capacité de travail de l'assuré, car ce diagnostic n'était pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. Sur ce point, l'experte a cependant admis que lors de l'expertise de 2006, les atteintes malades antérieures jouaient un rôle non significatif (rapport d'expertise, op. cit., p. 58, réponse 7a). En d'autres termes, il y a lieu de retenir que le rapport du T._____ a simplement permis de réactualiser les données médicales de l'assuré, puisqu'en 2006, l'assuré ne présentait ni atteintes au niveau des cervicales, ni spondylose sténosante, ni rupture du sus-épineux, l'essentiel des plaintes ayant été attribué à un syndrome lombaire persistant. La Dresse F._____ n'a toutefois pas précisé à partir de quelle date une incapacité totale de travail devait être retenue. Elle a simplement indiqué que la cervico-brachialgie droite rebelle avait été tout

récemment évaluée (rapport d'expertise, op. cit., p. 67), en faisant état de plusieurs documents complémentaires recueillis en cours d'expertise, notamment un rapport médical du 7 avril 2010 adressé à la J._____ et établi par le Dr H._____, chef de clinique adjoint au Service de neurochirurgie du S._____ et un rapport du 5 février 2010 relatif à une arthro-IRM de l'épaule droite (rapport d'expertise, op. cit., p. 29).

4. Dans ces conditions, la Cour de céans considère que l'instruction menée par l'intimé est par trop lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit s'agissant du taux de capacité de travail du recourant dès le 1^{er} juillet 2009. Il se justifie dès lors d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction en sollicitant un complément d'expertise auprès du T._____, respectivement toute mesure utile au regard des affections somatiques présentées par le recourant, puis qu'il rende une nouvelle décision.

Vu l'issue du litige, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 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 21 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause

renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ la somme de 2'000 fr. (deux milles francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me J.-M. Agier du service juridique d'Intégration Handicap à Lausanne (pour le recourant),
- 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).

La greffière :