

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 février 2011

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : MM. Jomini et Neu  
Greffière : Mme Donoso Moreta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

I. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, au bénéfice de l'assistance judiciaire, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat à Lausanne

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 LPGA; 8, 28, 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, le recourant), né le 3 novembre 1984, d'origine somalienne et sans formation, est arrivé en Suisse le 16 avril 2004.

**b)** En date du 24 avril 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance invalidité auprès de l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'intimé). Il y indiquait souffrir des conséquences d'un impact de balle, reçu dans la partie supérieure de sa jambe gauche plusieurs années auparavant pendant la guerre en Somalie.

**c)** Dans un rapport médical établi à l'intention de l'OAI le 18 mai 2006, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail et existant depuis 1998 de "ankylose du genou gauche et pied tombant gauche par paralysie complète du SPE, cal vicieux du fémur après fracture ouverte du fémur gauche par plaie par balles". Il y a également indiqué ce qui suit :

" 3. Anamnèse

Le patient reçoit une balle de fusil à la cuisse gauche en 1998 qui a occasionné une fracture ouverte du fémur et une section du SPE. L'évolution a été marquée par une infection de la plaie. Après un très long traitement la plaie s'est fermée et l'os s'est consolidé. Pied équin et ankylose du genou résiduels.

4. Plaintes subjectives

Il doit marcher avec une circonduction et rotation externe du membre inférieur gauche. Il n'arrive pas à plier le genou. Souhaiterait trouver un travail, mais cela est difficile compte tenu de son état.

5. Constatations objectives

Amyotrophie de la cuisse avec raccourcissement de 5 cm. La mobilité est de 30/0/5. Pied équin réductible à 10° de flexion. Absence de contraction active des releveurs du pied gauche.

6. Examens médicaux spécialisés

Examen neurologique par le Dr N. \_\_\_\_\_ le 26 avril 2005 qui conclut à une atteinte complète du SPE, du SPI gauches.

7. Thérapie / Pronostic

L'état actuel est stationnaire depuis plusieurs années. Suivant les conseils du Dr B.\_\_\_\_\_, médecin adjoint au [...], une prescription pour une chaussure orthopédique sur mesure a été faite, avec des contreforts latéraux et barre de déroulement. A également bénéficié de physiothérapie de rééducation à la marche qui, selon le sujet, n'ont apporté aucune amélioration. Une chirurgie extrêmement lourde, et vraisemblablement semée d'embûches, consisterait en une arthrolyse du genou, une désinsertion distale du quadriceps et une ostéotomie de correction du fémur. Tout cela pour rétablir un certain degré de mobilité articulaire du genou gauche. Cela ne changerait pas le status neurologique. L'assuré n'a aucune plainte douloureuse et a actuellement un statut de réfugié politique. De ce fait, il n'est pas tenu de travailler. La chirurgie n'est donc pas à proposer avant qu'il ne soit assuré que son séjour en Suisse n'est définitif."

En date du 7 juillet 2006, la Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant de l'assuré, a établi un rapport à l'intention de l'OAI, dans lequel elle confirme le diagnostic posé par le Dr V.\_\_\_\_\_ et indique qu'une activité sédentaire est exigible, pour autant que l'assuré ait l'usage d'une chaussure spéciale.

**d)** Par décision du 30 janvier 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que malgré les limitations fonctionnelles de la jambe gauche, une capacité de travail de 100% pouvait raisonnablement être exigée de l'assuré dans une activité tenant compte de son handicap et ne nécessitant pas de qualifications particulières. I.\_\_\_\_\_ n'a pas recouru contre cette décision, qui est entrée en force.

**B.**           **a)** Dès le 1<sup>er</sup> mai 2007, l'assuré a été engagé par l'entreprise Y.\_\_\_\_\_ S.A. à [...] en qualité d'ouvrier de production. A partir du 26 mars 2009, en raison d'une aggravation de ses troubles de la santé, l'assuré a présenté une incapacité complète de travail. N'ayant depuis lors pas repris le travail, il a été licencié par son employeur avec effet au 31 décembre 2009.

**b)** En date du 23 décembre 2009, I.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance invalidité auprès de l'OAI, tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle et d'une rente.

L'assuré y décrivait ainsi son atteinte à la santé : "j'ai reçu une balle sur la jambe gauche étant petit en Somalie, ma jambe n'a pas grandi comme l'autre ce qui me cause des douleurs au dos, malgré plusieurs opérations de chirurgie, on n'a pas réussi à plier le genou". Il indiquait être suivi par le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie du [...].

En date du 3 février 2010, un rapport médical a été établi par le Dr B. \_\_\_\_\_ à l'intention de l'OAI, dans lequel il est notamment indiqué ce qui suit :

"Cause de l'incapacité de travail

Séquelles d'accident de guerre dans son pays. Le patient a été victime d'une fracture par balle du fémur g., qui s'est soldée par une atteinte complète du nerf sciatique, un raccourcissement du fémur g., un recurvatum du fémur g. et une ankylose extrêmement sévère du genou g. associés à un pied tombant neurologique.

(...)

Le patient est suivi par mes soins depuis 3-4 ans. On a entamé une prise en charge dès le moment où il a eu un permis B, soit dès le 14 janvier 2009. Une 1<sup>ère</sup> hospitalisation a eu lieu du 26.03.09 au 31.03.09 pour correction du recurvatum du fémur g. par une ostéotomie et pose d'un fixateur visant à un allongement progressif du fémur g. On a gagné env. 3-3,5 cm dans le fémur g. Puis on a obtenu la consolidation du fémur g. Enfin, on a tenté de gagner quelques degrés d'amplitude articulaire dans le genou g., sans succès. Il a une amplitude articulaire du genou g. finale de 15°.

Le 27.08.09, on a fait une arthrodèse sous-astragalienne selon Lambrunudi du pied g. pour corriger la tendance à l'équin et au pied creux du pied g. Enfin, le 5.11.09, on a tenté une arthrolyse du genou g. sans grand succès et on a posé une plaque sur le fémur g. pour éviter tout risque de refracture de cette zone allongée du fémur g.

Anamnèse

Au dernier contrôle clinique et radiologique du 11.01.2010, le patient a des douleurs résiduelles de la cuisse. Il a une amplitude articulaire du genou g. de 20°. Il a une cheville qui est souple, mais un pied qui tombe. Il a un pied qui est bien corrigé grâce à l'arthrodèse. En position statique avec 1 cm sous le talon à g., on a un bassin quasiment équilibré. On équipe donc le patient de chaussures du commerce modifiées, d'une attelle de Heidelberg et on poursuit la rééducation.

(...)

Le patient est en incapacité de travail depuis le début de la prise en charge chirurgicale soit depuis mars 2009. D'ici 1-2 mois, il devrait

pouvoir être apte dans une activité adaptée avec alternance de positions assise et debout et pas de port de charges de plus de 15 kg, pas d'expositions aux intempéries et aux sols mouillés."

**c)** Le 14 avril 2010, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (ci-après : SMR). Ce dernier, se basant les rapports médicaux du Dr B. \_\_\_\_\_ (3 février 2010), du Dr V. \_\_\_\_\_ (18 mai 2006) et de la Dresse E. \_\_\_\_\_ (7 juillet 2006), a établi un rapport le 15 avril 2010, dans lequel il fait état de "douleurs, impotence et raccourcissement du membre inférieur gauche suite à accident en 1998" et conclut à une capacité de travail exigible de 100% dans son activité habituelle dès le mois d'avril 2010 (en se référant, pour la fixation de cette date, au pronostic posé par le Dr B. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 février 2010), avec les limitations fonctionnelles suivantes : "pas de port de charges de plus de 15kg; alternance des positions; pas de longues marches; pas d'escaliers".

Le 20 avril 2010, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision, dans lequel sa demande de prestations AI est refusée, au motif que l'assuré n'a présenté d'incapacité de travail que de mars 2009 à fin mars 2010.

Par courrier du 10 mai 2010, l'assuré a contesté ce projet en indiquant ce qui suit :

"A présent je suis obligé de marcher avec une canne, j'ai très mal à la jambe et au dos si je marche ou reste debout plus de 10 minutes, je tombe si je ne fais pas très attention en marchant vue que je ne peux pas redresser mon pied. Si je reste assis un moment et que j'essaie de me lever, j'ai énormément mal à la cheville et au pied. Mon genou est toujours aussi raide et à la maison ma femme est obligée d'assumer presque la totalité des tâches ménagères car je ne peux pas rester trop longtemps debout pour faire la cuisine ou pour repasser, sans parler du fait qu'il m'est impossible de panosser le sol."

Il a également mentionné avoir rendez-vous le 21 juin 2010 avec le Dr B. \_\_\_\_\_ "pour voir l'évolution de ma jambe et comment faire face au mieux à ces problèmes".

**d)** Par décision rendue le 22 juin 2010, l'OAI a confirmé son refus d'accorder des prestations AI à l'assuré avec la motivation suivante :

" Résultat de nos constatations :

- Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité d'ouvrier chez Y. \_\_\_\_\_ S.A. du 1<sup>er</sup> mai 2007 au 31 décembre 2009.
- Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.
- Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous avez présenté une incapacité de travail et de gain entière, ceci dans toute activité, depuis le mois de mars 2009 jusqu'à la fin du mois de mars 2010. A partir du mois d'avril 2010, vous présentez à nouveau une capacité de travail de 100% dans votre activité habituelle.
- C'est ainsi que votre capacité de travail est à nouveau entière dans votre activité habituelle à l'échéance d'une période de six mois après le dépôt de votre demande de prestations du 23 décembre 2009.
- Dans ces conditions, le droit à des mesures d'ordre professionnel ainsi qu'à une rente ne peut que vous être nié."

Par courrier du 22 juin 2010 également, le Dr B. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré était toujours "en arrêt de travail complet pour les suites d'une chirurgie correctrice du membre inférieur gauche jusqu'à fin août". L'OAI lui a répondu le 29 juin 2009 qu'il appartenait à l'assuré de recourir contre sa décision s'il le souhaitait.

**C. a)** Par acte du 23 août 2010, I. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil Me Jean-Marie Agier, a recouru contre la décision du 22 juin 2010, en concluant avec suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour que celui-ci examine le genre de reclassement auquel le recourant peut prétendre et qu'il fixe les montant, genre et durée de la rente à laquelle il a droit dès le 1<sup>er</sup> mars 2010. Il fait valoir que son incapacité de travail n'a pas pris fin en avril 2010, mais qu'elle dure toujours. Sa jambe gauche étant plus faible qu'auparavant, les positions prolongées debout ou assis lui sont devenues trop difficiles à tenir, raison pour laquelle il ne saurait pouvoir reprendre le genre d'activité qu'il avait auprès de son précédent employeur.

S'agissant d'abord du droit à des mesures de réadaptation, le recourant relève que selon l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux

prestations aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile habituel en Suisse, s'ils comptent au moins une année entière de cotisation lors de la survenance de l'invalidité. En l'espèce, l'invalidité du recourant est survenue à la fin de l'année 2009, alors qu'il comptait plus d'une année entière de cotisations à l'AVS/AI. Dès lors, l'OAI aurait dû examiner le droit du recourant à une mesure de reclassement au regard de l'art. 17 LAI.

Le recourant relève ensuite que ce n'est pas parce qu'il s'est adressé à l'OAI pour obtenir des mesures de réadaptation professionnelle que la question du droit à la rente doit être négligée. Selon lui, le droit à cette rente est bien ouvert, pour les mois de mars 2009 à août 2010 au moins. Le recourant estime en effet que l'OAI ne peut pas, pour justifier son refus de rente, se fonder sur l'art. 29 al. 1 LAI, introduit lors de la 5<sup>e</sup> révision AI, car compte tenu du fait que cette disposition déroge tacitement à la règle générale de l'art. 24 al. 1 LPGA, elle doit être réputée non écrite.

Le 14 septembre 2010, le recourant a produit un rapport médical établi le 2 septembre 2010 par le Dr B.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

"Le médecin soussigné certifie que le patient susnommé exerçait une activité d'ouvrier spécialisé, qui le contraignait à des stations debout prolongées, des manipulations d'objets pesants avant la prise en charge de séquelles d'un accident de son membre inférieur gauche.

Suite à de la chirurgie itérative et à des corrections de son membre inférieur gauche, le patient ne peut plus recouvrer cette ancienne activité.

En effet, il ne peut pas rester assis de façon prolongée au-delà d'une heure, il ne peut pas marcher plus de 20 minutes. Il est dépendant d'une canne à droite. La reprise d'un travail d'ouvrier n'est donc plus possible.

Il est donc en arrêt de travail complet depuis le 26 mars 2009. Toute reprise dans un emploi lourd, sur sol glissant ou de type ouvrier, n'est plus possible.

Dès le 31 août 2010 et de façon théorique, le patient pourrait travailler dans un emploi sédentaire, avec alternance de positions assises et debout, pas de port de charges, pas d'activité sur sols mouillés, pas d'exposition aux intempéries.

Il doit donc être pris en charge par l'AI de façon transitoire avec financement de formation professionnelle, pour pouvoir ensuite mettre en valeur cette capacité, qui est actuellement théorique, sur le marché du travail."

Le 6 octobre 2010, le recourant a produit une décision du Bureau de l'assistance judiciaire du 28 septembre 2010 lui octroyant le bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Marie Agier.

**b)** Dans sa réponse du 8 novembre 2010, l'OAI a exposé que selon les rapports du Dr B. \_\_\_\_\_ des 22 juin et 2 septembre 2010, l'évolution postopératoire suite aux interventions de 2009 n'avait pas été aussi favorable que prévu et que c'était finalement à la fin du mois d'août 2010 que le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail, ce qui pourrait lui ouvrir le droit à une rente limitée dans le temps; cela étant, dans la mesure où le délai d'amélioration de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 RAI n'était pas encore arrivé à échéance, l'OAI a proposé d'admettre le recours, d'annuler sa décision du 22 juin 2010 et de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**c)** Invité à se déterminer sur la proposition en procédure faite par l'OAI, le recourant a relevé le 6 décembre 2010 que l'OAI ne s'était pas prononcé sur les conclusions principales du recours, relatives à l'octroi d'une mesure de reclassement, et qu'il attendait avec intérêt les propositions de l'OAI à cet égard.

Le 7 janvier 2011, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de proposition à formuler en procédure sur la question d'un éventuel reclassement professionnel; il a précisé que cette question serait examinée dans le cadre de l'instruction complémentaire qu'il reprendrait une fois que la décision du 22 juin 2010 aurait été annulée.

**d)** Le 18 janvier 2011, le juge instructeur a informé les parties que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu par voie de circulation dans les prochains mois.

## **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 du 19 juin 1959 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 et 58 LPGA, 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. Déposé dans le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) suspendu par les fêtes d'été de l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, le recours est recevable quant à la forme.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, 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)** S'agissant d'une contestation relative notamment à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. 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 vaudoise 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)** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, soit d'une rente et de mesures d'ordre professionnel, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'autorité intimée d'aboutir à la conclusion que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans son emploi habituel dès la fin du mois de mars 2010, soit

moins de six mois après avoir déposé sa demande de prestations de l'AI, ce qui lui dénierait un droit aux prestations susmentionnées.

**b)** 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 % donnant droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Selon l'art. 1<sup>novies</sup> RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), il y a menace d'invalidité lorsqu'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré perdra sa capacité de gain.

**c)** Pour pouvoir établir l'existence ou la prochaine survenance de l'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 du contexte médical 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).

**3.** Pour déterminer le droit de l'assuré à des prestations de l'AI, l'office intimé s'est fondé sur le rapport du SMR du 15 avril 2010. Or les conclusions contenues dans ce rapport sont basées, d'une part, sur deux anciens rapports médicaux datant de 2006, et d'autre part sur un rapport

médical plus récent (celui du Dr B. \_\_\_\_\_ du 3 février 2010), qui ne contient toutefois qu'un simple pronostic de guérison, qui par définition peut se voir infirmé par des constatations objectives postérieures. Il apparaît que l'intimé n'a pas effectué de plus amples recherches, et n'a en particulier pas interpellé le Dr B. \_\_\_\_\_ pour lui demander si son pronostic de guérison s'était vu confirmé par la suite. Le rapport établi par le médecin du SMR apparaît ainsi lacunaire et prématuré. Par ailleurs, il est à relever que le Dr B. \_\_\_\_\_ a par la suite attesté de l'incapacité de travail de l'assuré à deux reprises, la première dans un courrier du 22 juin 2010 adressé à l'OAI, la seconde dans un rapport du 2 septembre 2010, produit en procédure, infirmant par là son pronostic de guérison posé au mois de février 2010.

En définitive, il apparaît clairement que l'office intimé ne pouvait fonder la décision attaquée sur une capacité de travail de 100% sans investiguer préalablement davantage sur le plan médical, en réactualisant les données orthopédiques dont il disposait. Le recours, dans la mesure où il tend à l'annulation de la décision attaquée, s'avère ainsi bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète (art. 98 let. b LPA-VD).

**4. a)** 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'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, 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 (ATF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

En l'espèce, il convient de se rallier aux dernières conclusions de l'office intimé et de lui renvoyer la cause pour nouvelle décision, après complément d'instruction (art. 90 LPA-VD).

**b)** Quant au point de départ du versement de la rente, l'ancien art. 48 al. 2 LAI concernant le paiement de prestations arriérées a été abrogé au 1<sup>er</sup> janvier 2008, suite à la 5<sup>e</sup> révision de l'AI (RO 2007 5129 5147), en raison des nouvelles conditions de dépôt de la demande et d'octroi des prestations. Désormais, selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Le but de cette disposition est de rendre l'accès à la rente AI plus difficile, en restreignant les conditions d'octroi par rapport à la réglementation prévue avant la 5<sup>e</sup> révision de l'AI. Il ressort en effet du message du Conseil Fédéral du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance invalidité que "la personne assurée devra à l'avenir déposer une demande à l'AI au plus tard six mois après la survenue de l'incapacité de gain si elle veut préserver tous ses droits concernant la rente. Si elle le fait plus tard, elle les perd pour chaque mois de retard" (FF 2005 4290). Quant à l'art. 24 al. 1 LPGA, il règle la question relative aux prestations arriérées. Le délai prévu par l'art. 24 al. 1 LPGA commence donc à courir dès le moment où le droit à la rente prend naissance, soit au plus tôt après une année d'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne (art. 29 al. 1 let. b) pour autant que l'assuré ait déposé sa demande de prestations au plus tard six mois après la survenue de son incapacité. En l'espèce, la demande de prestations d'AI ayant été déposée par l'assuré le 23 décembre 2009, le point de départ du versement d'une éventuelle rente à fixer par l'OAI ne pourrait donc avoir lieu avant le mois de juin 2010.

**c)** En ce qui concerne d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, notamment un possible reclassement, l'office intimé devra également examiner si l'assuré en remplit les conditions d'octroi, étant précisé que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit

à une mesure de reclassement professionnel consiste en une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488; ATF 124 V 108 c. 2b et les réf. citées).

**5. a)** En conclusion, il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

**b)** Le recourant, qui obtient gain de cause, a procédé avec l'assistance d'un conseil professionnel. Des dépens doivent donc lui être alloués, en application de l'art. 61 let. g LPGA. Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 800 francs.

**c)** Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire à la charge de l'intimé qui succombe (art. 52 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 attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision après complément d'instruction dans le sens des considérants.
- III.** L'OAI versera au recourant une indemnité de 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier (pour le recourant),
- 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 :