

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mars 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : MM. Schmutz et Gasser, assesseurs
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

C. _____, à Lausanne, recourant, représenté par CAP Protection Juridique,
à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assuré), né en 1958, a subi un polytraumatisme avec multiples fractures dans le contexte d'un accident de travail (chute d'une hauteur de 5 à 6 mètres), le 31 janvier 2006. Transporté au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV), les médecins ont posé les diagnostics de fracture Burst de L3, fracture du pilon tibial droit, fracture du calcanéum droit et fracture comminutive de la jambe distale gauche avec trait de refend intra-articulaire (protocole opératoire du 31 janvier 2006). L'assuré est resté hospitalisé au CHUV, service d'orthopédie et de traumatologie, jusqu'au 6 avril 2006, où il a été procédé à différentes interventions chirurgicales. Du 6 avril au 15 août 2006, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation à Sion dans le service de réadaptation générale.

L'accident a été annoncé à A._____ Assurance, qui a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

B. Le 6 octobre 2006, C._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 2 novembre 2006, l'assuré travaillait depuis le 1^{er} mai 1996 pour le compte de [...] SA en qualité de jardinier-paysagiste et exerçait la fonction de chef d'équipe d'entretien, pour un revenu mensuel brut de 5200 fr. en 2006. Son dernier jour de travail effectif avait été le 31 janvier 2006. Le contrat de travail avait été résilié pour le 28 février 2006, l'assuré ayant été engagé par la Ville de Lausanne comme jardinier-paysagiste à compter du 1^{er} mars 2006, pour un salaire annuel de 65'337 fr. (courrier du service du personnel du 9 janvier 2006).

Dans le cadre de l'instruction de la demande, le Dr K._____ du service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV a fait savoir à

l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), dans un rapport du 6 novembre 2006, qu'il était trop tôt pour évaluer la réinsertion professionnelle de l'assuré.

C. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation, service de réadaptation générale, du 12 mars au 7 avril 2008, aux fins de dresser un bilan pluridisciplinaire en raison de douleurs persistantes. Le rapport de sortie, établi le 19 mai 2008 par les Drs W._____, chef de service, et H._____, médecin-assistante, faisait état du diagnostic principal de "thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)" et des diagnostics secondaires suivants:

- "- Lombalgies persistantes (M 54.5)
- Cervicoscapulalgies gauches intermittentes (M 54.2)
- Arthrose lombaire et uncodiscarthrose C5-C6 et C6-C7 (M 47.8)
- Douleurs persistantes de la cheville gauche secondaire à une incongruence post-traumatique de l'articulation tibio-astragalienne gauche (M 25.5)
- Cal vicieux du tibia distal gauche (M 84.0)
- Algoneurodystrophie du pied gauche au décours (M 89.0)
- Polytraumatisme le 31.01.2006 avec:
 - Fracture Burst de L3, traitée par ostéosynthèse L2-L4 et greffe osseuse (T 91.1; Z 98.8)
 - Fracture du pilon tibial, ostéosynthésée par fixateur externe le 01.02.2006; ablation du fixateur externe le 12.05.2006 puis botte de décharge plâtrée 4 semaines (T 93.2; Z 98.8)
 - Fracture non déplacée de la branche ischiopubienne gauche et du fond de la cavité cotyloïdienne gauche, traitée conservativement (T 91.2)
- AMO de la jambe gauche et lombaire en avril 2007."

A titre de commorbidités, les Drs W._____ et H._____ mentionnaient les affections suivantes:

- "- Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21)
- Obésité grade I (E 66.9)
- Hémi-thyroïdectomie et para-thyroïdectomie droite en février 2006 (suspicion de carcinome parathyroïdien non confirmé à l'examen cytopathologique) (Z 98.8)
- Presbyacousie légère, asymétrique, avec acouphène chronique perturbateur."

Les deux médecins prénommés ont renoncé à effectuer une évaluation des capacités fonctionnelles, dans la mesure où elle aurait

donné des résultats peu interprétables eu égard aux nombreuses autolimitations à prévoir. Du point de vue du rachis, l'atteinte était désormais séquellaire et limitait les aptitudes fonctionnelles pour les activités physiquement exigeantes; la reprise d'une activité professionnelle légère, autorisant l'alternance des postures assise et debout, était médicalement exigible à 50%, pour la seule atteinte de la colonne vertébrale. S'agissant des membres inférieurs, la situation médicale n'était pas encore stabilisée et une incapacité de travail totale était attestée, dans l'attente de la prochaine évaluation du Dr K._____.

Le 28 avril 2008, le Dr K._____ a procédé à un examen médical de l'assuré. Ce dernier lui a fait part de dorsalgies-lombalgies basses et de douleurs à la cheville gauche apparaissant au moindre effort ou au moindre mouvement. Il se déplaçait toujours avec deux cannes anglaises. En raison des problèmes orthopédiques - et de problèmes psychiatriques devant encore être confirmés (suspicion de sinistrose) -, l'assuré ne reprendrait probablement jamais son activité habituelle. Le Dr K._____ doutait qu'une quelconque mesure professionnelle permette à l'assuré de retrouver une activité lucrative, même à un pourcentage extrêmement faible dans une quelconque profession (rapport à l'OAI du 30 avril 2008).

Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI) de Genève. Dans leur rapport du 11 novembre 2008, le Dr I._____, médecin-chef, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr L._____, médecin-expert, spécialiste en chirurgie orthopédique, ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de status après fracture comminutive du tiers distal et du pilon tibial à gauche avec persistance d'une déformation et une importante incongruence intra-articulaire, de fracture du pilon tibial droit, de discopathies dégénératives L2-L3 et L5-S1, de cervico-brachialgies gauches et de discopathies dégénératives C5-C6 et C6-C7. Ils notaient, comme sans répercussion sur la capacité de travail, une hyperparathyroïdie traitée, une fracture

comminutive de L3, des acouphènes et une dysthymie (F 34.1). Les experts appréciaient la situation comme il suit:

"Il s'agit d'un assuré victime d'une chute d'une hauteur de 5 à 8 mètres le 31.01.2006. Les lésions diagnostiquées étaient purement osseuses. Au niveau du rachis lombaire, une stabilisation chirurgicale de L3 a été entreprise et le matériel d'ostéosynthèse enlevé deux ans plus tard. On retiendra que l'assuré déclare une aggravation de la symptomatologie douloureuse depuis l'ablation du matériel de stabilisation, ce qui peut s'expliquer par une augmentation de la mobilité articulaire à ce niveau. On retiendra cependant la préexistence certaine de troubles dégénératifs sous forme d'une discopathie L2-L3 et L5-S1. La discopathie L5-S1 avait fait l'objet d'une hospitalisation en 2000, mais il ne persistait aucune limitation douloureuse ni une limitation dans la capacité de travail de l'assuré. En ce qui concerne la discopathie L2-L3, elle n'a jamais été symptomatique mais elle aurait pu le devenir, par surcharge, si le matériel de stabilisation avait été laissé en place. L'ablation était donc justifiée. Sur le plan fonctionnel, le segment lombaire présente encore une importante raideur et une limitation de la mobilité dans tous les plans par ailleurs associée à des phénomènes de dysesthésies au niveau cutané dans la région lombo-fessière gauche. Ce phénomène est vraisemblablement secondaire à une lésion des rameaux sensitifs superficiels lors des interventions au niveau de la colonne lombaire. Actuellement, le traitement est principalement antalgique avec des séances de physiothérapie occasionnelles. Un récent séjour à la Clinique romande de rééducation n'a pas apporté de soulagement au niveau lombaire. Compte tenu des troubles dégénératifs évoqués plus haut, il est probable qu'il n'y ait plus d'amélioration significative à attendre à ce niveau. On peut en effet considérer que le traitement pratiqué a été parfaitement adapté à la situation et les examens cliniques et radiologiques confirment l'absence d'exagération des plaintes par l'assuré. [...]

Pronostic

Il dépend essentiellement des lésions osseuses décrites. Au niveau de la colonne lombaire, il est évident que l'assuré ne pourra pas reprendre son ancienne profession. Il reste fortement limité dans sa mobilité et dans le port de charges.

Au niveau des chevilles, le pronostic semble défavorable en particulier au niveau de la cheville gauche qui va très certainement développer une arthrose tibio-astragienne. Il est vraisemblable qu'une arthrodèse à ce niveau soit nécessaire à moyen terme. Au niveau de la cheville droite, la mobilité est nettement meilleure et l'assuré peut la charger totalement. Cependant, on note également une discrète irrégularité de la surface articulaire du tibia et là aussi, l'apparition d'une arthrose ultérieure ne peut être exclue."

S'agissant des limitations au plan physique, elles résidaient dans le port de charges même peu important (inférieur à 5 kg), dans la mobilité (l'assuré marchant toujours avec deux cannes et ne chargeant que sa cheville droite) ainsi que dans les déplacements (la période de

marche étant limitée à 20 voire 30 minutes). Il existait également des limitations dans le maintien de la position assise prolongée et dans une activité nécessitant une inclinaison du tronc. Il n'existait par contre aucune limitation au plan psychique (cf. évaluation médicale psychiatrique du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 27 octobre 2008). Se prononçant sur les activités exigibles de la part de l'assuré, les experts ont retenu qu'une activité légère, sans port de charges, avec possibilité de changer de position librement (assis et debout) et de se déplacer avec deux cannes, pouvait être effectuée à 50% (4 heures par jour au maximum) avec un rendement de 100%, étant précisé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité exercée jusqu'ici.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) s'est rallié à l'avis des experts et a proposé de retenir la date du 11 novembre 2008 comme date théorique pour le début des mesures d'ordre professionnel, eu égard au fait que la situation n'était pas stabilisée à la sortie du dernier séjour à la Clinique romande de réadaptation en mars 2008. Il était par ailleurs constaté que les cervico-brachialgies gauches, annoncées comme diagnostic incapacitant, ne pouvaient être retenus comme tel, compte tenu du status clinique quasiment normal, l'imagerie ne révélant que de discrètes lésions dégénératives compatibles avec l'âge, et de l'absence de limitations fonctionnelles retenues à cet égard par les experts (rapport médical du SMR du 12 décembre 2008).

Par communication du 15 janvier 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait examiné le droit à l'orientation professionnelle et que les conditions étaient remplies. Lors d'un entretien à l'OAI le 11 mars 2009, il a été convenu que l'assuré suive des cours (atelier de gestion du changement) auprès de la Fondation Intégration pour tous (ci-après: IPT).

Au terme de la formation, la conseillère IPT a relevé que les cours, d'une durée de 2 heures 30 par jour, étaient le maximum que l'assuré pouvait assumer et que, malgré la motivation et l'investissement dans le cours, il n'était pas arrivé à construire un projet professionnel, ne parvenant pas à se projeter dans l'avenir (note d'entretien à IPT du 4 juin

2009). Le service de réadaptation de l'OAI a dès lors décidé la mise en œuvre d'une évaluation professionnelle au Centre de formation Afiro, durant trois mois (rapport initial et final de l'OAI du 15 juillet 2009).

Le stage d'observation professionnelle a débuté le 2 décembre 2009. Par courrier du 16 décembre 2009, le responsable du Centre Afiro et la conseillère en orientation ont informé l'OAI de l'interruption du stage le 14 décembre précédent, en raison de l'attestation du Dr V._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, faisant état d'une augmentation des douleurs de son patient l'empêchant de poursuivre le stage. Le courrier du Centre Afiro mentionnait que la difficulté à assumer un rythme de travail adapté malgré un horaire fortement réduit (uniquement les après-midi) et l'état de santé précaire de l'assuré révélaient l'incapacité de ce dernier à pouvoir prétendre à une activité professionnelle, même adaptée, étant précisé qu'il n'avait pas été possible d'évaluer la capacité de travail et le rendement de l'assuré de façon objective, dans la mesure où il n'avait réalisé des travaux manuels légers que quelques heures seulement et qu'aucun projet d'activités adaptées n'avait pu être mis en place.

Le Dr V._____ a été invité par l'OAI à remettre un rapport médical tendant à expliquer les raisons motivant l'incapacité de travail totale. Dans son rapport du 13 février 2010, il mentionnait la persistance de douleurs ostéoarticulaires lors de la mobilisation, de sorte que la reprise du travail n'était pas envisageable. Il attestait une incapacité de travail totale depuis le 31 janvier 2006 et se poursuivait, et joignait différents rapports médicaux établis lors du séjour de l'assuré au printemps 2008 à la Clinique romande de réadaptation.

Le SMR a constaté, dans un avis du 26 février 2010, que l'interruption du stage au Centre Afiro et l'appréciation du Dr V._____ ne constituaient pas des éléments médicaux nouveaux permettant de remettre en doute les conclusions émises dans son rapport du 12 décembre 2008, soit une capacité de travail nulle dans l'activité de paysagiste et de 50% dans une activité adaptée.

Le service de réadaptation de l'OAI a indiqué, dans son rapport final du 31 mars 2010, renoncer aux mesures d'ordre professionnel et recommander plutôt une aide au placement. Il a conclu par une approche théorique des gains, déterminant le revenu d'invalidé selon les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) et se référant aux salaires de l'année 2008, "le SMR ayant retenu le mois de novembre 2008 comme début de l'aptitude à la réadaptation". Le revenu de 27'540 fr. 11 tenait compte de l'ESS 2006, indexé pour 2008, d'un taux d'activité de 50% et d'un abattement de 10%. Le revenu sans invalidité, d'un montant de 67'710 fr., correspondait au salaire annuel de 2006 qu'aurait perçu l'assuré pour sa nouvelle activité, indexé pour 2008.

Le 11 juin 2010, l'OAI a notifié à l'assuré un projet d'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 28 février 2009, puis une demi-rente d'invalidité (degré d'invalidité de 59.32%).

L'assuré s'est opposé au projet de décision par écriture du 18 juin 2010, faisant valoir que son état actuel était incompatible avec une quelconque activité, comme l'attestait son médecin traitant. Il joignait un certificat médical du Dr V._____, aux termes duquel les plaintes douloureuses au niveau de la colonne cervico-dorso-lombaire et des chevilles étaient incompatibles avec une activité professionnelle (certificat médical du 18 juin 2010).

Par décision du 13 octobre 2010, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 28 février 2009 et une demi-rente d'invalidité pour la période courant dès le 1^{er} mars 2009. Il a notamment considéré que le certificat du Dr V._____ ne décrivait aucune péjoration de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise pratiquée au COMAI et n'était pas suffisamment probant pour établir l'incapacité de travail totale alléguée par l'assuré (avis SMR du 4 juillet 2010 et courrier de l'OAI du 12 juillet 2010).

D. C._____ a déferé la cause au Tribunal cantonal, par recours du 17 novembre 2010, en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il soutenait que tant les médecins de la Clinique romande de réadaptation que les experts du COMAI avaient évalué sa capacité de travail de façon approximative, de sorte que le taux d'incapacité de 50% tel que retenu devait être discuté dans le cadre d'une nouvelle expertise ou d'un complément d'informations par les médecins interrogés. Il reprochait par ailleurs à l'intimé de ne pas avoir décrit précisément l'activité qu'il pourrait exercer à 50%, soulignant que le responsable du Centre Afiro avait retenu qu'il lui était impossible de reprendre une activité professionnelle, même adaptée. Finalement, il prétendait à un abattement de 25%, eu égard à ses limitations fonctionnelles, son origine étrangère, son âge, l'absence de formation professionnelle et de reprise d'une activité depuis plus de quatre ans.

L'intimé s'est déterminé le 20 janvier 2011 et a proposé le rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. L'intimé a notamment considéré, en se fondant sur le rapport établi le 11 novembre 2008 par le COMAI, que le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée telle que décrite par les experts, depuis (théoriquement) l'établissement de ce rapport. Le recourant conteste cette appréciation et allègue être totalement incapable de travailler. Les constatations des experts du COMAI, tout comme celles des médecins de la Clinique romande de réadaptation, sont d'autant moins pertinentes pour statuer, selon le recourant, que leur évaluation est approximative.

Pour la période précédant le mois de mars 2009, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, ce qui ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces médicales au dossier. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la question. Par ailleurs, le recourant ne conteste pas, à juste titre, la fixation du début du droit à la rente au 1^{er} janvier 2007.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de celle année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité; l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007; art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalide»);

c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

4. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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 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 soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale

de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.2, 1.3.3, 2.3, 3.3.2, 3.4.2.7 in fine; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de doute sur la pertinence de ses constatations, compte tenu des divergences avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. arrêt 9C_243/2010 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4).

5. a) L'assuré a été examiné au COMAI en automne 2008. En ce qui concerne le rachis, les Drs I._____ et L._____ ont constaté la préexistence certaine de troubles dégénératifs sous forme d'une discopathie L2-L3 et L5-S1, précisant que la discopathie L2-L3 n'avait jamais été symptomatique et que la discopathie L5-S1 n'entraînait aucune limitation douloureuse ni limitation dans la capacité de travail. Ils reconnaissaient par ailleurs que le segment lombaire présentait une importante raideur et une limitation de la mobilité dans tous les plans, associée à des phénomènes de dysesthésies au niveau cutané dans la région lombo-fessière gauche. Les experts ont également pris en considération les lésions osseuses au niveau des chevilles, avec le développement certain d'une arthrose tibio-astraglienne à gauche (nécessitant une arthrodèse à moyen terme) et la possibilité d'une apparition d'arthrose à droite, soulignant cependant la mobilité nettement meilleure à droite et la capacité de l'assuré de charger totalement la cheville droite. Les experts ont considéré qu'une activité adaptée ne devait pas imposer de déplacement de plus de 30 minutes (l'assuré se déplaçant toujours avec deux cannes et ne chargeant que la cheville droite) ni nécessiter une inclinaison du tronc, et permettre l'alternance des positions (assise et debout). Le port de charges, même inférieur à 5 kg,

était à éviter. Les experts considéraient que dans une activité adaptée, la capacité résiduelle de l'assuré était limitée à 50%.

b) Les constatations des Drs I. _____ et L. _____ reposent sur un examen clinique complet (orthopédique et psychiatrique) et ont été établies en pleine connaissance du dossier, en prenant en considération les plaintes exprimées par l'assuré. L'expertise revêt une pleine valeur probante et le rapport de stage du Centre Afiro ne justifie pas de s'en écarter. En effet, l'incapacité de travail constatée dans une large mesure en raison des douleurs du rachis ("il se plaint de tout le côté gauche de son corps, en partant du pied jusqu'à la nuque en passant par tout le dos"; cf. courrier du Centre Afiro du 16 décembre 2009) ne correspond pas aux constatations médicales. Les Drs I. _____ et L. _____ retenaient une raideur et une limitation de la mobilité au segment lombaire, associées à des phénomènes de dysesthésies au niveau cutanée dans la région lombo-fessière gauche. Dans le rapport du 19 mai 2008, les médecins de la Clinique romande de réadaptation ont retenu que la douleur la plus intense se localisait en haut de la fesse gauche (trouble de la sensibilité et fourmillements) et ont constaté une zone dysesthésique à la jonction lombo-fessière gauche. Ils ont en outre relevé que "bien qu'il soit compréhensible que ce patient ait encore quelques douleurs lombaires et quelques difficultés à mouvoir cette région, il n'en reste pas moins que la chirurgie a plutôt donné un bon résultat et que les plaintes ainsi que le handicap fonctionnel annoncé semblent disproportionnés". Ils ont ainsi considéré que les problèmes dorsaux du recourant n'entraînaient pas d'incapacité de travail supérieure à 50% et ont renoncé à une évaluation des capacités fonctionnelles en raison d'une autolimitation prévisible. Les responsables du Centre Afiro ont eux-mêmes précisé qu'ils n'avaient pas pu évaluer les capacités de travail et le rendement du recourant de façon objective, les quelques heures de présence n'ayant pas suffi à élaborer un projet d'activités adaptées. S'agissant des cervico-brachialgies gauches, le SMR a constaté à juste titre qu'elles ne pouvaient être retenues comme un diagnostic incapacitant compte tenu du status clinique quasiment normal, l'imagerie ne révélant que de discrètes lésions dégénératives compatibles avec l'âge, et l'absence de limitations fonctionnelles retenues à cet égard

par les experts du COMAI (rapport médical du SMR du 12 décembre 2008 et rapport d'expertise du COMAI du 11 novembre 2008). Les médecins de la Clinique romande de réadaptation constataient une bonne mobilité cervicale, symétrique, et des douleurs cervico-scapulaires gauches avant tout de nature musculaire. Le Dr K._____ n'avait pas fait état de plaintes de l'assuré pour des cervico-brachialgies, notant uniquement des dorsalgies-lombalgies basses et des douleurs à la cheville gauche (rapport à l'OAI du 30 avril 2008).

L'interruption du stage au Centre Afiro a été motivée par l'attestation du Dr V._____, mentionnant une "recrudescence des plaintes douloureuses au niveau de la colonne cervico dorso lombaire et des chevilles" et résumant les événements médicaux survenus en 2006 et 2007 (attestation du 14 décembre 2009). Le certificat médical du 18 juin 2010 déposé dans la procédure d'audition de l'OAI a la même teneur. Sur demande de rapport médical de l'intimé, le Dr V._____ a attesté une incapacité de travail totale depuis l'accident de 2006 en raison de la persistance de douleurs ostéoarticulaires lors de la mobilisation (rapport médical à l'OAI du 13 février 2010). Il n'a pas fait état d'atteinte à la santé que les Drs I._____ et L._____ auraient omis de constater ou de nouvelles atteintes survenues après l'expertise pratiquée au COMAI. Son rapport ne revêt qu'une valeur probante insuffisante pour mettre en doute les constatations réalisées au COMAI. A cet égard, il convient de rappeler que le médecin traitant, qui a un mandat de soin, est dans une position particulière en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; 122 V 157 consid. 1c et les références). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soin mais d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid. 3b/bb).

c) Compte tenu de ce qui précède, il convient de tenir pour établi qu'à compter du 11 novembre 2008, le recourant pouvait exercer, à 50%, une activité lucrative légère, permettant les déplacements avec deux cannes d'au maximum 30 minutes, l'alternance de positions et n'impliquant pas le port de charges et l'inclinaison du tronc, conformément aux constatations du COMAI.

On précisera qu'à la fin du séjour du recourant à la Clinique romande de réadaptation, le 7 avril 2008, les médecins ont estimé que la situation médicale n'était pas encore stabilisée au niveau des membres inférieurs, maintenant de ce fait l'incapacité de travail totale. Contrairement à ce que soutient le recourant, les médecins de la Clinique romande de réadaptation ont ainsi retenu un taux d'incapacité de travail "général" de 100% au terme de leur rapport, appréciation suivie par l'intimé dans la mesure où une invalidité donnant droit à une rente entière a été reconnue à cette période. Au demeurant, le fait que les experts du COMAI mentionnent "une capacité résiduelle de l'ordre de 50%" ne saurait être interprété comme une évaluation approximative. Les experts ont examiné les répercussions durables de l'accident du 31 janvier 2006 sur la capacité de travail de l'assuré et ont fixé le taux de 50% en fonction des limitations retenues. Une instruction complémentaire n'est dès lors pas nécessaire sur ce point.

6. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

a) D'après les renseignements obtenus auprès de son ancien employeur [...] SA, le recourant aurait pu réaliser un revenu de l'ordre de 67'600 fr. en 2006, en cas de maintien des rapports de travail (5200 fr. x 13; cf. questionnaires pour l'employeur du 2 novembre 2006). Il était cependant prévu que dès le 1^{er} mars 2006, le recourant travaille pour la Ville de Lausanne et perçoive un revenu de l'ordre de 65'337 fr. (courrier du service du personnel du 9 janvier 2006). Bien que l'incapacité de travail de l'assuré ait précédé le début de la nouvelle activité auprès de la Ville de Lausanne, ce second montant constitue le meilleur indice de la capacité

de gain dont aurait disposé l'assuré sans invalidité, à l'époque. Indexé pour 2008, le revenu hypothétique sans invalidité est de 67'842 fr. 80 (1.6% pour 2007 et 2.2% pour 2008; source: Office fédéral de la statistique, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2010, que l'on peut consulter à l'adresse internet www.bfs.admin.ch).

b) aa) Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'ESS, publiées par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

bb) En l'espèce, le recourant, sans formation professionnelle, a travaillé comme maraîcher puis, dès 1982, comme jardinier-paysagiste. Cette activité est considérée, de l'avis unanime des médecins interrogés, comme n'étant plus adaptée. Il convient par conséquent de se référer aux données de l'ESS 2008, en prenant pour base le niveau de rémunération pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (4806 fr.; TA1 niveau de qualification 4). A cet égard, comme le soulève le recourant, on peut regretter que l'OAI n'ait mentionné aucune activité

exigible au cours de l'instruction. Cette omission ne permet toutefois pas de réformer la décision de l'intimé pour ce motif. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger et respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant (cf. TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3).

En procédant aux adaptations requises pour prendre en considération la durée du travail hebdomadaire dans les entreprises en 2008 (41.6 heures, source: Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, que l'on peut consulter à l'adresse internet www.bfs.admin.ch), on obtient un revenu annuel de 29'989 fr. 45 pour une activité à 50%. L'intimé a procédé à une déduction de 10% pour tenir compte des circonstances personnelles limitant les perspectives salariales de l'assuré. Une déduction de 15% est plus adéquate, compte tenu des importantes limitations fonctionnelles du recourant (notamment le fait qu'il ne puisse plus se déplacer sans l'aide de deux cannes), du fait qu'il ne pourra reprendre une activité qu'à 50%, de son âge et du fait que toute sa vie, il a effectué des travaux physiques qui ne lui sont plus accessibles. Une comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité constaté au considérant 6a ci-avant conduit à retenir une perte de gain de 42'351 fr. 80, soit un taux d'invalidité de 62.42% ouvrant droit à trois-quarts de rente d'invalidité, pour la période courant dès le 1^{er} mars 2009.

7. Compte tenu de ce qui précède, la décision litigieuse doit être réformée, en tant qu'elle porte sur la période postérieure au 28 février 2009, le recourant se voyant allouer trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2009.

Vu le sort de ses conclusions, le recourant peut prétendre des dépens (art. 55 LPA VD, art. 61 let. g LPG), qu'il convient de fixer à 1000

francs. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. En tant qu'elle porte sur la période postérieure au 28 février 2009, la décision du 13 octobre 2010 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que trois-quarts de rente sont alloués à C._____. Pour la période antérieure au 1^{er} mars 2009, la décision est maintenue sans changement.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de dépens de 1000 fr. (mille francs).

- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

Du

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

- CAP Protection Juridique (pour C._____)
- 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 :