

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 février 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Perdrix et Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Bichsel

* * * * *

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA, 57 al. 1 let. f LAI et 57 al. 1 let. g LAI

E n f a i t :

A. D._____, né en 1952, carreleur, a déposé le 25 novembre 2005 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi de mesures professionnelles. Il résulte des pièces versées au dossier que l'assuré a présenté dès le mois d'octobre 2004 une hernie discale foraminale L5 droite, suite au port d'une charge de 25 kg; cette atteinte a fait l'objet d'une intervention chirurgicale pratiquée le 7 juin 2005 par le Dr T._____, médecin associé au Service universitaire de neurochirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV).

Suite à la requête en ce sens de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office), l'assureur-maladie de l'assuré a produit le 22 décembre 2005 son dossier médical. Y figure notamment un rapport établi le 17 novembre 2005 par le Dr T._____, dont il résulte que l'intéressé décrivait alors "une douleur au niveau de la fesse D [droite] et surtout des sensations désagréables au niveau du pied D [droit]", symptômes d'un déficit au niveau L5 droit, qui pouvait s'expliquer par une hernie discale résiduelle ou récidivante, ou encore par "l'effet résiduel suite à l'opération". Dans un nouveau rapport établi le 18 novembre 2005, le Dr T._____ a précisé ce qui suit:

"Je me sens obligé de faire quelques éclaircissements au niveau du status clinique de ce patient. Son examen neurologique n'est actuellement pas normal. Il a un déficit moteur et sensitif L5 D [droit] et je suis convaincu que son status neurologique n'a pas été normal durant sa visite du mois de septembre 2005. Pour préciser exactement ces troubles neurologiques, nous proposons actuellement de faire une nouvelle IRM [imagerie par résonance magnétique] avec Gadolinium ainsi qu'un ENMG [électroneuromyographie] des MI [membres inférieurs]. Je vais le revoir en consultation par la suite."

Interpellé par l'office, le Dr E._____, généraliste FMH et médecin traitant de l'intéressé depuis le 19 octobre 2004, a établi un rapport le 29 décembre 2005, posant comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail les diagnostics de syndrome radiculaire déficitaire séquellaire avec douleurs résiduelles dès L5 D, de status post-hernie

discale foraminale D, ainsi que de status après décompression chirurgicale en juin 2005. Etaient retenues les incapacités de travail suivantes: 100 % du 18 octobre 2004 au 16 janvier 2005, 50 % du 17 janvier au 5 juin 2005, enfin 100 % depuis le 6 juin 2005, pour une durée indéterminée; le Dr E._____ indiquait à cet égard ce qui suit:

"Actuellement M. D._____ est toujours à l'arrêt de travail dans la mesure où son activité professionnelle consiste à porter de très lourdes charges, jusqu'à 50 kgs, ce qui réactive constamment sa douleur radiculaire. Compte tenu de la pénibilité de sa profession, il est très probable que M. D._____ ne puisse jamais réintégrer sa fonction initiale, raison pour laquelle il serait raisonnable de proposer à M. D._____ une reconversion professionnelle."

Dans l'exercice d'une activité adaptée, soit ne nécessitant pas le port de charges d'un poids supérieur à 10 kg, le Dr E._____ estimait que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % ("plein temps"), sans diminution de rendement. Etaient notamment annexé un rapport établi le 8 décembre 2005 par le Dr T._____, à teneur duquel une IRM lombaire avec Gadolinium, réalisée le même jour, n'avait mis en évidence aucune compression résiduelle au niveau de la racine L5 droite.

Par courrier du 12 juin 2006, l'OAI a informé l'assuré que son employeur, l'entreprise individuelle [...], à [...], n'avait pas donné suite à sa demande de renseignements; l'office priait dès lors l'intéressé de lui adresser tout pièce utile concernant les rapports de travail en cause, en particulier celles de nature à établir ses revenus. L'assuré s'est exécuté par écriture non datée, indexée par l'office le 21 juin 2006, produisant copie de son contrat de travail, des décisions de taxation 2003 et 2004 ainsi que de fiches de salaire, et précisant que, s'il n'avait pas pu reprendre son emploi depuis l'intervention de juin 2005, il n'avait pas été licencié par son employeur.

Dans un rapport initial du 5 décembre 2006, l'office a retenu que l'exigibilité, nulle dans l'activité habituelle de carreleur depuis le 18 octobre 2004, était de 100 % dans une activité adaptée, l'assuré étant réputé apte à la réadaptation dès le mois de janvier 2006. L'OAI a conclu

qu'il était "nécessaire de passer par une étape d'orientation professionnelle pour définir l'activité susceptible d'être adaptée". Dans un rapport intermédiaire du 21 mars 2007, il a opté pour un stage d'orientation dans la section "Observation - Stages - Evaluation - Réinsertion" (OSER) du Centre d'Intégration Professionnelle (CIP) de Genève, à 100 %, pour une durée de trois mois; il a informé l'intéressé de son droit à l'octroi d'une telle mesure par prononcé du 23 mars 2007.

Cette mesure a été mise en œuvre du 23 avril au 22 juillet 2007. Il résulte du rapport y relatif (rapport OSER), établi le 24 juillet 2007, que l'assuré a suivi le stage à mi-temps, sur certificat médical de son médecin traitant, dès le 4 juin 2007, après avoir été en incapacité totale de travail pour une durée de 12 jours dès le 24 avril 2007; placé dès le 22 juin 2007 dans l'Atelier de préparation à des activités industrielles légères (APAIL) afin de lui permettre un réentraînement progressif, l'intéressé a indiqué s'être rendu compte "qu'il ne tenait pas plus que le mi-temps", et produit le 3 juillet 2007 un nouveau certificat médical établi par son médecin traitant, reconduisant l'incapacité de travail à 50 % jusqu'au 31 juillet 2007. S'agissant de l'aptitude de l'assuré à être réadapté, respectivement de sa capacité de travail résiduelle, les intervenants du CIP concluaient ce qui suit:

"L'assuré peut-il être réadapté? OUI, théoriquement, à temps partiel dans une activité sans port de charge ni position statique.

a) Quels sont les métiers ou/et activités où une réadaptation est possible?

- Ouvrier de production dans l'assemblage de pièces mécaniques légères.
- Opérateur de production sur machines d'usinage.
- Façonnage de pièces légères.

b) Quelles sont, pour chaque métier ou activité envisagé, les mesures nécessaires?

Mise au courant pratique dans l'entreprise.

c) Quel sera la capacité de travail escomptée dans le(s) métier(s) envisagé(s)?

- Rendement de 70 % améliorable avec l'habitude sur un mi-temps."

Interpellé par l'OAI quant à l'évolution du cas, le Dr E._____ a indiqué dans rapport du 13 septembre 2007 que l'état de santé de l'intéressé s'était aggravé, sans modification du tableau diagnostique, en ce sens que toute position assise prolongée ou debout statique réveillait sa douleur; la difficulté de réadaptation actuelle résidait ainsi dans le fait que l'assuré ne se sentait à l'aise que dans une activité légère, imposant une alternance constante de position. Etais réputée adaptée, selon ce médecin, une activité légère respectant l'alternance des positions, ceci à raison de quatre heures par jour "dans une 1^e phase". Etais annexé un rapport établi le 29 août 2007 par le Service de neurologie du CHUV ensuite d'un examen par ENMG du 8 août 2007, examen ayant montré "la persistance d'une radiculopathie L5 droite sans anomalie surajoutée".

Dans un avis du 25 septembre 2007, le Service médical régional AI (SMR) a relevé que la justification de l'incapacité de travail à 50 % tenait au fait que l'assuré ressentait de fortes douleurs dorsales, que son médecin traitant n'arrivait pas à juguler; compte tenu de l'absence d'élément médical nouveau "par rapport à la décision d'une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée", le SMR a proposé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique, afin de vérifier l'exigibilité dans une activité adaptée.

Cet examen a été réalisé le 26 février 2008 par le Dr M._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans le rapport d'expertise y relatif, établi le même jour, ce médecin a retenu les diagnostics de lombosciatique droite chronique avec déficit sensitif et réflexe et de status après cure de hernie discale L5-S1 le 7 juin 2005. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, le Dr M._____ a indiqué ce qui suit:

"Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de M. D._____ dans son ancienne activité professionnelle de carreleur est nulle.

Dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout, sa capacité de travail est de 85 %, ceci en tenant compte de

la diminution de rendement justifiée par la nécessité de fractionner les charges, d'économiser le rachis et de prendre éventuellement des pauses supplémentaires."

Dans un rapport du 15 mai 2008, le SMR a fait siennes les conclusions du Dr M._____, s'agissant notamment de la capacité résiduelle de travail, respectivement des limitations fonctionnelles présentées par l'assuré.

A l'occasion d'un entretien du 3 juillet 2008, l'intéressé a contesté l'exigibilité dans une activité adaptée telle que retenue par le Dr M._____, et prié l'office de réinterpeller son médecin traitant. L'office ayant donné suite à cette requête, le Dr E._____ a établi un rapport le 10 juillet 2008, retenant comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré les diagnostics de radiculopathie L5 droite, de status post-hémi-laminectomie L5 droite ainsi que de neuropathie périphérique bilatérale; concernant le pronostic, respectivement les limitations fonctionnelles existantes, ce médecin indiquait ce qui suit:

"Réserve quant à une reprise de son activité professionnelle initiale à savoir carreleur. Possibilité d'évaluer une réinsertion professionnelle dans une activité alternée sur le plan du mouvement"

[...]

"Pas de port de charge; pas de station debout ou assise prolongée; souhait d'alternance de position compte tenu de la fatigabilité après 4 heures."

Dans un avis du 17 juillet 2008, le SMR a estimé que ce dernier rapport du Dr E._____ n'apportait aucun élément nouveau de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr M._____.

Dans un document interne du 7 août 2008, intitulé "Détail du calcul du salaire exigible", l'office a procédé aux calculs des revenus avec et sans invalidité de l'assuré. Son revenu d'invalidé annuel, fondé sur les données statistiques telles que résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2006 concernant les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (niveau de

qualification 4), a été arrêté, pour une activité exercée à 85 %, à 45'285 fr. 95, suite à un abattement de 10 % justifié par le taux partiel et l'âge de l'assuré; quant à son revenu sans invalidité, il se serait élevé à 63'118 fr. 85 en 2006, selon la Convention collective de travail *ad hoc*.

Dans une "communication interne" du 8 août 2008, l'office a relevé ce qui suit:

"Nous nous demandons quel RS [revenu sans invalidité] nous devons retenir pour M. D._____. Nous avons plusieurs possibilités. Ces possibilités sont les suivantes:

- nous prenons la base de son contrat de travail chez [...] (CDD), nous obtenons Sfr. 71'788 fr. 60 comme salaire annuel brut, indexé à 2006.
- nous prenons une moyenne des CI [compte individuel AVS] des années 2000 à 2003, nous obtenons Sfr. 65'499.- comme salaire annuel brut.
- nous prenons les CTT [contrats type de travail] de 2006, nous obtenons Sfr. 63'118 fr. 85 comme salaire annuel brut.

Après discussion, nous convenons de prendre le chiffre des CTT."

Le 16 septembre 2008, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision, dans le sens de l'octroi d'une rente entière limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} octobre 2005 au 30 mars 2006. Il a retenu que sa capacité de travail, après avoir été nulle depuis le mois d'octobre 2004 (début du délai d'attente d'un an), s'élevait à 85 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de janvier 2006; il en résultait, par le biais du préjudice économique subi, un degré d'invalidité de 28.25 %, n'ouvrant plus le droit à une rente. Il était par ailleurs relevé que l'intéressé n'avait pas souhaité entrer en matière quant à la mise en œuvre d'une mesure de réadaptation sous forme de préparation à une activité auxiliaire, à son sens incompatible avec son état de santé, raison pour laquelle l'OAI avait procédé à une approche théorique du cas.

L'assuré s'est opposé à ce projet de décision par écriture du 30 septembre 2008, faisant valoir ce qui suit:

"Mon état de santé physique s'est considérablement dégradé et qu'actuellement je ne suis plus en mesure de reprendre une activité professionnelle à 85 % comme indiqué dans votre décision. Lors de mon stage au C.I.P. à Genève en 2007, je présentais déjà une incapacité de travail à 50 % dues à des douleurs continues." [...]
"Dès la fin de mon stage au terme duquel on m'a gentiment dit que l'on ne savait pas quoi faire de moi vu mon état physique qui se détériore, et jusqu'à ce jour il m'a été impossible de reprendre une activité professionnelle ni sportive, etc. durant cette période j'ai attendu de votre part des mesures de réadaptation, au cours des différents entretiens que j'ai eus avec différentes personnes de vos services, on m'a répondu que je devais attendre votre décision que je reçois 11 mois après."

[...]

"Au vu de ce qui précède, je suis à votre entière disposition pour une nouvelle évaluation de mon état physique et je vous demande la réexamination de mon dossier. S'il vous manque des éléments je suis à même de vous les fournir.

Je vous remercie de procéder dans un court délai à ma requête afin que l'octroi à une rente d'invalidité à 100 % soit reconnu."

Par courrier du 3 janvier 2009, l'assuré a transmis à l'office, à l'appui de son opposition, différents certificats médicaux établis par le Dr E._____, attestant d'une incapacité totale de travail à compter du 16 mai 2007, sans cesse reconduite, le dernier certificat en date (du 19 décembre 2008) mentionnant une durée indéterminée.

Par courrier du 13 janvier 2009, l'office a relevé que la contestation de l'assuré n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, de sorte qu'une décision identique au projet du 16 septembre 2008 lui serait bientôt notifiée.

Par courrier du 31 janvier 2009, l'intéressé a notamment réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'un examen complémentaire, afin que soit évalué son état physique actuel.

Par décision du 5 mars 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 16 septembre 2008, en ce sens que l'assuré avait droit à l'octroi d'une rente entière limitée dans le temps, du 1^{er} octobre 2005 au 31 mars 2006.

B. D._____ a formé recours contre cette décision par acte du 17 avril 2009, concluant principalement à son droit à l'octroi d'une rente, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise complémentaire afin que soit évaluée sa capacité de travail résiduelle. L'intéressé, qui indiquait ne plus pouvoir conduire de véhicule "depuis plus de deux ans" en raisons d'insensibilités aux pieds gauche et droit, a en substance fait valoir les arguments suivants:

- Il n'avait été tenu aucun compte, dans la décision attaquée, des conclusions du rapport OSER suite au stage mis en œuvre au CIP, ceci en violation du principe selon lequel l'OAI devait procéder à une instruction exhaustive portant sur l'ensemble du dossier.

- Le recourait produisait à l'appui de son recours différents rapports médicaux établis par le Dr T._____, qui devaient à son sens être retenus afin d'évaluer sa capacité de travail réelle, notamment un rapport du 29 mars 2007 dans lequel ce médecin proposait, du point de vue neurologique, un nouveau bilan avec ENMG des membres inférieurs pour juger de l'évolution du cas depuis le dernier examen en décembre 2005.

- Le recourant avait par ailleurs consulté le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel avait indiqué dans un certificat médical du 7 avril 2009 notamment ce qui suit:

"En comparant la situation d'aujourd'hui à celle décrite dans l'expertise du Dr M._____ je relève que la manœuvre de Lasègue était décrite comme normale, elle ne l'est plus. La marche sur la pointe des pieds n'est plus normale. La manœuvre de Romberg est anormale. Il y a une hyporéflexie rotulienne bilatérale. La distance doigt sol n'est plus de 5 cm mais de 30 cm.

Les perturbations neurologiques attestées dans l'expertise du côté gauche se sont manifestement aggravées. Les perturbations n'ont pas fait l'objet d'une réflexion dans cette expertise.

Il me paraît dès lors indispensable de procéder à de nouvelles investigations approfondies.

En particulier il faut relever qu'il n'y a eu aucune investigation radiologique complémentaire depuis fin 2005."

Le recourant estimait dès lors que l'on était "en droit de douter du bien-fondé de l'expertise du Dr M. _____", relevant en outre que l'OAI avait repris la capacité de travail résiduelle retenue par ce médecin depuis le mois de janvier 2006 déjà, alors qu'il n'était nullement fait mention dans le rapport en cause que dite capacité se serait étendue rétroactivement.

- Enfin, le recourant contestait les montants retenus par l'OAI à titre de revenu avec et sans invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, l'office n'avait notamment pas tenu compte des augmentations de salaire réelles auquel il aurait eu droit, se référant à cet égard à une augmentation de 0.50 fr./heure accordée dès le 1^{er} janvier 2006 aux travailleurs soumis à la Convention collective de travail du second œuvre romand; il aboutissait ainsi à un revenu sans invalidité annuel de 67'855 fr. 30. Quant au revenu d'invalidé, il estimait que l'abattement de 10 % auquel avait procédé l'office ne prenait pas en compte dans toute la mesure requise les circonstances du cas, invoquant son âge actuel (57 ans), le fait qu'il avait toujours exercé, durant 39 ans, la profession de carreleur, ainsi que la difficulté qu'il aurait à se réinsérer compte tenu du marché actuel et de ses limitations fonctionnelles.

Par écriture du 8 mai 2009, le recourant a produit un nouveau certificat établi le 7 mai 2009 par le Dr A. _____, dont il résulte notamment qu'un examen par IRM réalisé le 15 avril précédent avait démontré des "altérations pathologiques significatives au niveau des articulations interfacettaires", la musculature paravertébrale étant très atrophique; de nouvelles investigations, en particulier par anesthésies sélectives successives au niveau rachidien, étaient d'ores et déjà prévues.

Dans sa réponse du 25 juin 2009, l'OAI a produit un avis rendu le 16 juin 2009 par le SMR, dont la teneur est la suivante:

"Le certificat médical du Dr A. _____ du 07.04.2009 fait état d'une aggravation des déficits neurologiques sur la base de constatations objectives. Il y a donc lieu d'admettre cette aggravation. Le Dr

A. _____ ne se prononce toutefois pas sur les répercussions de cette aggravation sur les limitations fonctionnelles et sur la capacité de travail, ni sur la date de cette aggravation et la chronologie des incapacités de travail depuis lors.

Le Dr A. _____ ayant été apparemment consulté ponctuellement par l'assuré, il n'est pas en mesure de répondre aux questions qui restent en suspens.

Dès lors, il y a lieu de compléter l'instruction médicale.

Je suggère deux alternatives possibles, au choix du Tribunal:

- soit demander un complément d'expertise au Dr M. _____, qui a examiné l'assuré en février 2008,
- soit mandater une expertise neurologique; dans ce cas le mandat pourrait être confié par exemple au Dr Q. _____, neurologue FMH à Lausanne."

L'office indiquait se rallier entièrement à cet avis, et proposait dès lors que soit mandaté soit le Dr M. _____ pour un complément d'expertise, soit le Dr Q. _____ pour une expertise neurologique afin de déterminer la date de l'aggravation et ses répercussions sur la capacité de travail du recourant.

Dans ses déterminations du 18 août 2009, le recourant s'est dit "tout à fait disposé" à se soumettre à une nouvelle expertise, et a proposé que soit mandaté à cet égard le Dr H. _____, spécialiste FMH en neurologie.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le respect du délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA), le recours a été déposé en temps; il est en outre recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Est litigieuse en l'espèce la capacité de travail résiduelle du recourant, dès le mois de janvier 2006, dans l'exercice d'une activité réputée adaptée à ses atteintes, respectivement sa capacité de gain en découlant, partant son droit à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité dès le mois en cause.

Il convient de relever d'emblée que, compte tenu des pièces médicales produites par l'intéressé à l'appui de son recours, singulièrement du certificat établi le 7 avril 2009 par le Dr A._____, l'intimé a admis dans sa réponse du 25 juin 2009 l'existence d'une aggravation de ses déficits neurologiques, justifiant la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires. Aucun élément au dossier ne permet de considérer que, contrairement à l'avis du recourant et de l'OAI, l'autorité de céans serait à même de statuer en l'état, dès lors qu'il est constant _____ que _____ le Dr A._____ évoque des atteintes objectives dont il n'a pas été tenu compte dans la décision litigieuse; il est ainsi établi qu'un complément d'instruction sur le plan médical est nécessaire, afin de déterminer l'évolution de la capacité de travail du recourant eu égard aux répercussions de l'aggravation de son état de santé, respectivement les limitations fonctionnelles en découlant. Le grief de constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (cf. art. 98 let. b LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) est dès lors bien fondé.

Cela étant, il convient d'examiner succinctement les autres griefs invoqués par l'intéressé à l'appui de son recours, avant de déterminer s'il se justifie que la mesure d'instruction médicale complémentaire soit mise en œuvre par l'autorité de céans - comme le requièrent, à tout le moins implicitement, les deux parties -, ou si la cause doit bien plutôt être renvoyée à l'intimé.

3. Outre le caractère incomplet de l'instruction du cas, le recourant fait en substance valoir que l'intimé n'a - à tort - tenu aucun

compte des conclusions du rapport OSER, faisant suite au stage effectué au CIP. L'intéressé fait en outre grief à l'OAI d'avoir repris la capacité de travail de 85 % dans une activité adaptée, telle que résultant du rapport d'expertise établi le 26 février 2008 par le Dr M. _____, dès le mois de janvier 2006 déjà, sans qu'aucune indication dans ce sens ne résulte du rapport en cause. Enfin, il conteste les montants retenus par l'office à titre de revenu avec et sans invalidité.

a) S'agissant du grief selon lequel il n'a pas été tenu compte des conclusions du rapport OSER, le recourant ne saurait à l'évidence être suivi. Dans son courrier du 13 janvier 2009, l'office a clairement - et à juste titre - indiqué qu'il y avait lieu, pour déterminer la capacité de travail, de se fonder sur des constatations médicales objectives plutôt que sur une évaluation subjective effectuée dans le cadre d'un stage d'observation professionnelle; de jurisprudence constante en effet, les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un tel stage, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 4 *in fine*; arrêt 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4). On ne saurait dès lors retenir sans autre les conclusions d'un rapport de stage concernant la capacité de travail d'un assuré, en l'absence d'éléments médicaux concordants.

b) C'est en revanche à juste titre que le recourant relève que le Dr M. _____ n'a aucunement indiqué dans son rapport du 26 février 2008 que la capacité de travail de 85 % retenue dans l'exercice d'une activité adaptée s'étendait rétroactivement. A la question "Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors?" - soit depuis le 18 octobre 2008, date à partir de laquelle la capacité de travail de l'intéressé a subi une réduction de 25 % au moins -, ce médecin s'est en effet borné à indiquer ce qui suit:

"L'assuré a repris son activité professionnelle à 50 % le 17 janvier 2005, à nouveau en incapacité de travail totale de 100 % dès le 6

juin 2005, sans qu'il n'ait repris d'activité professionnelle depuis cette date.

Il a bénéficié de mesures de réadaptations professionnelles par l'AI le 23 avril et le 22 juillet 2007 à 100 % [recte: du 23 avril au 22 juillet 2007], taux diminué à 50 % dès le 4 juin 2007."

Le Dr M. _____ ne s'est ainsi pas prononcé sur l'évolution de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée avant la date de l'expertise. On ne comprend dès lors pas pour quel motif l'intimé a retenu que la capacité de travail de l'intéressé, après avoir été nulle, se serait élevée à 85 % dans l'exercice d'une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2006; la seule mention de cette date au dossier concerne le moment à partir duquel le recourant était réputé apte à la réadaptation (cf. le rapport initial du 5 décembre 2006), appréciation ne se fondant sur aucun élément médical. Or, selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente, révision qui suppose une modification notable du taux d'invalidité du bénéficiaire (cf. art. 17 al. 1 LPGA; ATF 125 V 413, consid. 2d et les références; arrêt 8C_180/2009 du 8 décembre 2009, consid. 3). En l'espèce, il ne résulte pas des pièces versées au dossier que l'état de santé du recourant ait été sensiblement modifié à compter du 1^{er} janvier 2006, ni que les conséquences de son état de santé, par hypothèse resté inchangé, aient subi une modification notable dès cette date (cf. arrêt 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références). En l'absence de motivation quant à la nature et à la date de la modification des circonstances de nature à justifier une révision de la rente entière octroyée, force est de constater que l'intimé n'a pas établi que les conditions d'une rente limitée dans le temps auraient été réalisées en l'espèce, de sorte que la constatation des fait pertinents se révèle incomplète ou inexacte sur ce point également.

c) S'agissant enfin de la comparaison des revenus, l'intimé a retenu le montant de 63'118 fr. 85 à titre de revenu sans invalidité, en se référant à la Convention collective de travail (cf. le "Détail du calcul du salaire exigible" du 7 août 2008), respectivement aux contrats type de

travail (cf. la communication interne du 8 août 2008), dans le domaine en cause. Or, pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide; le revenu sans invalidité doit ainsi être évalué de la manière la plus concrète possible, et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêts I 428/06 et I 429/06 du 25 mai 2007, consid. 7.3.3.1 et les références; arrêt 9C_523/2008 du 25 mai 2009, consid. 2.2). En l'espèce, l'intimé n'avance aucun motif qui justifierait de se fonder sur le revenu tel que découlant de la Convention de travail, respectivement des contrats type de travail, dans le domaine en cause, plutôt que sur le salaire effectivement réalisé en dernier lieu par le recourant avant l'atteinte à la santé; dans la mesure où la détermination du revenu sans invalidité fondée sur ce dernier montant lui serait plus profitable – le recourant ayant exercé la profession de carreleur durant près de 40 ans –, il n'y a pas lieu, en l'absence de circonstances particulières, de s'en écarter.

Cela étant, en se référant au contrat de travail de l'intéressé, l'intimé aboutit à revenu annuel de 71'788 fr. 60 en 2006, après indexation (cf. la communication interne du 8 août 2008); pour sa part, le recourant, se fondant également sur son ancien salaire et invoquant par ailleurs une augmentation de 0.50 fr./heure accordée dès le 1^{er} janvier 2006 aux travailleurs soumis à la Convention collective de travail du second œuvre romand, invoque un salaire annuel de 67'855 fr. 30, soit un montant inférieur à celui retenu par l'office. Il y aura ainsi lieu, le cas échéant, de compléter l'instruction du cas également s'agissant du revenu auquel le recourant aurait pu prétendre sans invalidité.

Quant à la contestation par le recourant du montant retenu à titre de revenu d'invalide par l'intimé, singulièrement du taux de l'abattement auquel il a été procédé, il n'y a pas lieu de l'examiner ici, dans la mesure où le complément d'instruction sur le plan médical à mettre en

œuvre est de nature à modifier tant l'évaluation de sa capacité de travail et de gain que, le cas échéant, de l'abattement en cause.

4. a) A teneur de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Aux termes de l'art. 57 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), il appartient notamment aux offices AI d'évaluer l'invalidité et l'impuissance des assurés (let. f), et de rendre les décisions relatives aux prestations à leur servir (let. g).

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, consid. 4a). 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 lorsqu'un tel renvoi constitue en soi un déni de justice, notamment lorsque, en raison des circonstances, un simple mandat d'expertise judiciaire ou une mesure d'instruction ponctuelle édictée par le juge suffirait à élucider l'état de fait, ou qu'un renvoi apparaîtrait disproportionné (ATF I 327/06 du 17 avril 2007, consid. 5.1; ATF 122 V 157, consid. 1d). Dans cette mesure, des motifs d'ordre pratique commandent de limiter les cas d'expertise judiciaire aux hypothèses où un élément nouveau est apparu en cours de procédure, alors que l'assureur, pour le surplus, a correctement instruit selon ce que l'on pouvait attendre de lui, et qu'aucun reproche ne peut lui être fait.

b) En l'espèce, il résulte de ce qui précède que les faits pertinents ont été constatés de façon incomplète, respectivement inexacte, s'agissant des atteintes présentées par le recourant (cf. consid. 2 *supra*), singulièrement de leurs répercussions sur sa capacité de travail et de gain, s'agissant de la date et de la nature de la modification notable de nature à justifier la limitation dans le temps de la rente entière

octroyée dès le mois d'octobre 2005 (cf. consid. 3b *supra*), ainsi que s'agissant du revenu auquel l'intéressé aurait pu prétendre sans invalidité (cf. consid. 3c *supra*). Dans ces conditions, il n'apparaît pas opportun que le Tribunal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction; la solution la plus expédiente consiste bien plutôt à admettre le recours pour les motifs qui viennent d'être exposés, à annuler la décision attaquée et à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il en complète l'instruction, au sens des considérants, et rende une nouvelle décision. Dans le cadre du complément d'instruction, l'office intimé ordonnera notamment une expertise sur les plans neurologique et rhumatologique, les experts devant en particulier se prononcer sur les affections dont souffre le recourant, leur évolution et leurs conséquences sur sa capacité de travail exigible; le cas échéant, il appartiendra également à l'OAI d'instruire la question du revenu, fondé sur le salaire réalisé en dernier lieu par l'intéressé avant son atteinte à la santé, auquel celui-ci aurait pu prétendre sans invalidité.

5. Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants.

6. a) A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, directement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de dite loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches publics, comme les OAI (art 54 ss LAI).

Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir des frais de justice à la charge de l'intimé. L'avance de frais effectuée par le recourant, par 400 fr., lui sera par ailleurs restituée.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, le recourant ayant procédé seul (art. 61 let. g LPG; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il complète l'instruction, au sens des considérants, et rende une nouvelle décision.

III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni allocation de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- D. _____, à [...];
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 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 fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces

recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :