

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Neu et Mme Röthenbacher
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

G._____, à Renens, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8, 44 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1950, mécanicien sur voitures de formation, travaillait depuis le 28 avril 1999 en tant qu'ouvrier manutentionnaire polyvalent pour l'entreprise R. _____ SA, lorsque, le 28 juin 2000, il a basculé du haut d'un wagon et a subi une fracture intra-articulaire transthalamique du calcanéum droit. Le traitement conservateur initialement mis en place s'est révélé insuffisant. Aussi, le 30 octobre 2000, le Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier X. _____) a pratiqué une arthrodèse sous-astragalienne avec autogreffe prise à la crête iliaque antérieure droite. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été effectuée le 8 avril 2002.

L'intéressé, qui n'a plus retravaillé après son accident, a été licencié par son employeur le 19 février 2001, avec effet au 21 avril suivant.

B. a) Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA ou SUVA), laquelle a notamment alloué des indemnités journalières du 1^{er} juillet 2000 au 30 juin 2002.

b) En parallèle, soit le 30 mai 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'une rééducation dans la même profession, et d'un placement.

A la requête de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr M. _____ - spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin traitant de l'assuré - a fait part de ses observations dans un rapport du 21 juillet 2001. En substance, ce médecin a retenu que les suites de l'accident du 28 juin 2000 influaient sur la capacité de travail de l'assuré,

lequel n'était plus à même d'exercer son activité habituelle mais conservait une capacité de travail de 25% dans une activité adaptée (à savoir un poste «*semi-sédentaire autorisant la position assise, sans maintien prolongé de la position debout, sans fréquents déplacements en particulier avec port de lourdes charges. Il fa[llait] être particulièrement attentif à ne pas solliciter de manière systématique le membre inférieur droit [...]»*), ce taux demeurant susceptible d'amélioration en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'intéressé.

c) A l'initiative de la CNA, l'assuré a séjourné à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique V. _____), à [...], du 14 novembre au 12 décembre 2001. Dans un rapport de synthèse du 7 janvier 2002, les Drs Q. _____, chef de clinique en réadaptation générale, et R. _____, médecin-assistant, ont relevé les points suivants :

"DIAGNOSTIC(S) PRIMAIRE(S) :

- *Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)*

DIAGNOSTICS SECONDAIRES :

- *Fracture du calcanéum droit, le 28.06.00 (S 92.0)*
- *Arthrodèse sous-astragalienn e D, le 30.10.00 (Z 98.1)*
- *Douleurs au site de l'agrafe du pied droit (T 84.8)*
- *Tendinite chronique du tendon calcané[um] D*

CO-MORBIDITÉS :

- *Dyslipidémie et hypertriglycéridémie (E 78.0), HTA (I 10)*
- *Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (F 43.1)*
- *Obésité abdominale (E 66.9)*
- *Tabagisme chronique (Z 72.0)*

[...]

LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION :

[...]

A la sortie, la situation médicale est considérée comme stabilisée. La capacité de travail est nulle dans toute activité lourde et sur terrains accidentés ou lors d'activités nécessitant des accroupissements répétés. En revanche, elle est totale dans une activité sédentaire notamment assise. [...]

CAPACITE DE TRAVAIL DANS LE POSTE ACTUELLE DE RECYCLAGE DE MATERIAUX :

0 %.
100 % dès le 03.01.02 dans une activité adaptée."

Le 31 mai 2002, la CNA a communiqué à l'OAI que le cas de l'assuré était médicalement stabilisé depuis la fin du séjour de celui-ci à la Clinique V._____ en date du 12 décembre 2001, cela nonobstant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse intervenue le 8 avril 2002.

d) Le 18 juillet 2002, alors qu'il effectuait un tour en manège forain, l'assuré a été victime d'un nouvel accident occasionnant une fracture-tassement de la première vertèbre lombaire. Il s'en est suivi une période d'incapacité de travail jusqu'en «février 2003», attestée par le Dr M._____ dans un certificat médical du 17 décembre 2002. En outre, la CNA a versé des indemnités journalières du 21 juillet 2002 au 2 février 2003.

Le 3 février 2003, l'intéressé a débuté une mesure de reclassement, consistant en une formation de gestionnaire en logistique auprès du Centre de formation professionnelle (ci-après : Centre Oraph) de [...]. Par certificat médical du 25 novembre 2003, le Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier X._____ a attesté un arrêt de travail du 12 au 30 novembre 2003. Aussi la formation de l'assuré a-t-elle été interrompue durant cette période, pour ne reprendre qu'en décembre 2003.

Dans ce contexte, l'OAI s'est adressé au Dr D._____, médecin interniste traitant de l'assuré. Par rapport du 3 février 2004, ce praticien a notamment posé les diagnostics suivants avec impact sur la capacité de travail :

"Artériopathie des MI avec :
- Status après pontage et révision de pontage fémoro-poplité droit (12 et 17 novembre 2003).
- Status post-embolisation I orteil D suite au pontage.
Cardiopathie ischémique avec status après infarctus myocardique inféro-postérieur (1992).
Obésité.
Goutte avec crises récidivantes.
Douleurs chroniques du pied D :

- Status après fracture du calcanéum D (28.06.2000)
- Status après arthrodèse sous-astragalienne
(30.10.2000)"

Plus particulièrement, le Dr D._____ a précisé que le 5 novembre 2003, l'intéressé avait développé une ischémie aiguë du membre inférieur droit sur occlusion de l'artère fémorale superficielle, raison pour laquelle un pontage fémoro-poplité avait été pratiqué le 12 novembre suivant; il a ajouté que ce pontage s'était obstrué et avait dû être révisé cinq jours plus tard, non sans avoir entraîné une embolisation du premier orteil droit de l'intéressé. En outre, ce praticien a fait état d'une claudication intermittente momentanément invalidante. Pour le reste, il a posé un pronostic cardio-vasculaire défavorable s'inscrivant dans le contexte d'un syndrome plurimétabolique associé à un tabagisme chronique. Il a estimé que l'incapacité de travail était pour le moment totale, mais qu'une reprise partielle du travail serait envisageable dans les mois à venir.

Dans un rapport final du 2 juillet 2004, le directeur du Centre Oroph a estimé que l'intéressé était en mesure de travailler à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En date du 31 juillet suivant, l'assuré a achevé sa formation auprès du centre précité.

Par rapport du 6 décembre 2004, le Dr D._____ a renvoyé pour l'essentiel aux diagnostics retenus dans son précédent constat, tout en ajoutant que la situation s'était dégradée suite à l'apparition progressive d'un diabète de type 2, affection qui faisait l'objet d'un traitement médicamenteux. Il a précisé qu'en raison de la claudication de l'assuré, le périmètre de marche était de 200 mètres environ. En outre, il a souligné que l'intéressé souffrait également d'un repli sur lui-même avec isolement social et incapacité à faire face de façon positive à ses nombreux problèmes de santé. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, le Dr D._____ a estimé qu'elle ne dépassait pas 50%.

Le 28 février 2005, l'intéressé s'est fracturé la rotule droite alors qu'il venait de débiter un stage en entreprise. Suite à cet

événement, il a perçu des indemnités journalières de la CNA du 3 mars au 2 juin 2005.

e) Par décision du 10 mars 2005, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité avec effet du 1^{er} août 2004 au 31 mars 2005, fondée sur une incapacité de gain de 39%, en raison des séquelles des accidents des 28 juin 2000 et 18 juillet 2002. En outre, l'autorité a alloué à l'intéressé une indemnité de 24'030 fr. pour atteinte à l'intégrité de 22.5%.

f) Par avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 28 avril 2005, le Dr Z. _____ a retenu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité semi-sédentaire, pratiquée essentiellement en position assise, permettant l'alternance des positions et de courtes déambulations, et proscrivant la marche en terrain inégal, le port de charges, et les efforts en porte-à-faux du tronc. Il a précisé que ces limitations fonctionnelles correspondaient «*assez bien*» à une activité de magasinier dans une quincaillerie, un garage, etc. Il a souligné que l'obésité en soi n'était pas une maladie invalidante, pas plus que les troubles métaboliques de l'assuré, ou l'existence d'un risque cardio-vasculaire.

Par rapport du 10 octobre 2005, le Dr D. _____ a pour l'essentiel repris les diagnostics incapacitants retenus dans ses précédents constats, tout en ajoutant ceux de «*[s]tatus après échec de thrombolyse sur occlusion du pontage veineux fémoro-poplité droit*» et de «*[s]tatus après pontage veineux fémoro-jambier droit et embolectomie (14.09.2005)*». En particulier, ce praticien a relevé qu'à la suite d'une nouvelle ischémie aiguë du membre inférieur droit sur occlusion du pontage veineux, l'assuré avait été hospitalisé du 13 au 23 septembre 2005 au Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier X. _____, pour subir un pontage fémoro-jambier droit avec embolectomie. Cette intervention s'était toutefois soldée par un échec, puisqu'un bilan angiologique effectué le 21 septembre 2005 avait conclu à une nouvelle occlusion du pontage droit. Depuis lors, seule la thérapie médicamenteuse était poursuivie. Pour le reste, le Dr D. _____ a fait état

d'une situation cardio-circulatoire extrêmement grave - en particulier au niveau de la jambe droite, désormais affectée d'une claudication intermittente limitant le périmètre de marche à quelques dizaines de mètres - et a posé un pronostic sombre, tout en soulignant que la capacité de travail de l'intéressé était nulle.

Par rapport du 26 octobre 2005, le Dr K._____, médecin au Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier X._____, a retenu que l'assuré présentait une atteinte se répercutant sur sa capacité de travail, sous la forme d'une ischémie critique du membre inférieur droit remontant à septembre 2005. Il a précisé que l'intéressé se trouvait en incapacité de travail depuis le 13 septembre 2005, que la situation s'aggravait, et que la perte de la jambe droite pourrait intervenir rapidement.

Par avis médical SMR du 1^{er} décembre 2005, le Dr Z._____ a considéré que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré était indiscutable, et que l'incapacité de travail était entière depuis le 13 septembre 2005, en raison de l'occlusion du pontage veineux fémoro-poplité droit. Cela étant, ce médecin a observé que la situation n'était pas stabilisée et qu'elle devrait être revue en mars 2006.

Dans un rapport du 21 avril 2006, le Dr D._____ a exposé que les atteintes décrites dans son précédent constat n'avaient pas évolué de manière notable. Il a précisé que le status post-opératoire avait entraîné un œdème important au niveau du membre inférieur gauche, nécessitant des drainages lymphatiques répétés. En outre, une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 6 janvier 2006 avait mis en évidence un œdème intra-osseux au niveau du chondyle fémoral interne du genou droit s'étendant à près de 40% de la portion articulaire du chondyle, pathologie dont l'évolution favorable avait été entravée par une crise de goutte. Enfin, le Dr D._____ a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale et de longue durée, et que le pronostic était défavorable.

Par rapport du 18 mai 2006, le Dr K._____ a retenu les diagnostics avec influence sur la capacité de travail d'artériopathie chronique du membre inférieur droit depuis septembre 2005 (stade IIb selon Fontaine), et de cardiopathie ischémique depuis 1993. En outre, il a indiqué que *«l'évolution [était] stable»*, et a produit un constat du 2 novembre 2005 rédigé par le Dr W._____, du Service de chirurgie cardiovasculaire du Centre hospitalier X._____, dont il ressortait que la pose d'un stimulateur épidual n'était pas indiquée. Le 23 janvier 2007, le Dr K._____ a observé que la vasculopathie périphérique dont souffrait l'assuré était en théorie compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle très sédentaire; néanmoins, il s'agissait d'une maladie pouvant avoir une lente évolution défavorable.

Par rapport du 26 février 2007, le Dr D._____ a renvoyé aux observations formulées dans son précédent constat du 21 avril 2006, tout en soulignant que la situation vasculaire de la jambe droite demeurait stable avec une importante limitation du périmètre de marche (entre 50 et 100 mètres). Il a ajouté qu'en août 2006, l'assuré avait développé une occlusion de la branche temporale supérieure de la veine centrale de la rétine de l'œil gauche, avec une ischémie maculaire importante en cours de traitement; en conséquence, l'acuité visuelle de cet œil n'était plus que de 0.2, diminution qui semblait irréversible. Par ailleurs, il a retenu qu'une activité sédentaire était exigible à temps partiel, à un taux ne dépassant pas 20% à 30%.

Par avis médical SMR du 15 mars 2007, le Dr Z._____ a considéré, d'une part, que les indications du Dr K._____ corroboraient son avis du 28 avril 2005, auquel il a renvoyé pour le surplus. D'autre part, il a retenu que l'assuré s'était trouvé en incapacité totale de travail entre le 13 septembre et la fin novembre 2005.

Dans un avis ultérieur du 22 août 2007, le Dr Z._____ a exposé qu'il s'était entretenu la veille avec le Dr D._____, et qu'il ressortait de leur discussion que l'état de santé de l'assuré ne s'était pratiquement pas modifié depuis 2004, et que l'incapacité de travail dans

toute activité retenue par le Dr D._____ était essentiellement fondée sur des considérations extra-médicales. Aussi le Dr Z._____ a-t-il considéré qu'il n'existait «*pas de raison objective de modifier le contenu de [ses] avis précédents*».

C. **a)** Le 12 septembre 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision admettant l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2001 (échéance du délai de carence d'une année) au 31 mars 2002 (soit trois mois après la stabilisation de l'état de santé intervenue le 12 décembre 2001), sous déduction des indemnités journalières AI préalablement versées. En revanche, l'office a refusé l'allocation d'une rente d'invalidité pour la période ultérieure, en raison d'un taux d'invalidité de 36% inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une telle prestation.

L'intéressé a fait part de ses objections par écrit du 8 octobre 2007, invoquant pour l'essentiel la constante détérioration de son état de santé «*de fin mars 2002 à ce jour*».

b) Par avis médical SMR du 13 mars 2008, le Dr Z._____ a répondu comme suit à différentes questions soulevées par l'OAI :

"• Quelle est la CT à retenir entre février 2005 et septembre 2005 ? La capacité de travail dans l'activité exercée (manutentionnaire chez R._____ SA) est nulle pour la période indiquée.

• Si nous pouvons maintenir une exigibilité complète dans une activité adaptée entre juin 2003 et septembre 2005 ? Oui, en dehors naturellement de la période post-opératoire immédiate (12.11.2003 au 11.2.2005).

• Quelle est la CT de l'assuré compte tenu de la nouvelle pathologie oculaire annoncée dans le courrier de février 2007 et dans lequel le Dr D._____ évalue la CT à 30% ? L'atteinte vasculaire ne concerne que l'œil gauche dont l'acuité, en février 2007, était de 0,2. Aucune atteinte de l'œil droit n'étant rapportée, nous devons admettre que la capacité de travail reste entière dans toute activité ne nécessitant pas impérativement une vision binoculaire. L'estimation de la capacité de travail par le Dr D._____ ne reposant pas sur des limitations fonctionnelles objectives, mais plutôt sur des considérations extra-médicales, ne peut être retenue."

c) Par écrit du 17 avril 2008 rédigé par son avocat, l'assuré a soutenu qu'il n'avait pas recouvré une pleine capacité de travail après le 12 décembre 2001, se référant à cet égard aux rapports du Dr D._____ des 3 février 2004, 6 décembre 2004, et 10 octobre 2005. Il a ajouté que l'appréciation faite par son médecin traitant devait l'emporter sur l'évaluation du Dr Z._____, lequel avait par ailleurs rendu des avis contradictoires; en effet, alors que l'avis SMR du 1^{er} décembre 2005 retenait l'existence d'une totale incapacité de travail depuis le 13 septembre 2005, celui du 15 mars 2007 situait paradoxalement le terme de cette incapacité à fin novembre 2005.

Dans un rapport du 21 avril 2008, le Dr M._____ a constaté une détérioration de l'état de santé au niveau de la jambe droite de l'assuré. Sur le plan orthopédique, ce praticien a mentionné la présence d'une arthrose évolutive affectant les articulations jouxtant celles qui avait été bloquée auparavant, et occasionnant un handicap fonctionnel douloureux lors de la déambulation, des changements de position et du moindre port de charge. Au niveau vasculaire, il a souligné l'insuffisance artérielle sévère du membre inférieur droit après le pontage artériel fémoro-poplite pratiqué en novembre 2003, occlus le 26 juillet 2005 avec thrombolyse pratiquée le 27 juillet 2005, et repris le 13 septembre 2005. En outre, le Dr M._____ a ajouté que l'intéressé souffrait d'un œdème chronique de la jambe droite susceptible d'occasionner un handicap fonctionnel douloureux inhérent, en particulier en position assise prolongée. Dans ce contexte, ce médecin a retenu une incapacité de travail de 75% à 100%.

Par constat du 21 mai 2008, le Dr K._____ a exposé que l'assuré présentait une grave atteinte de la fonction du membre inférieur droit, pathologie qui se répercutait sur sa capacité de travail. En revanche, ce médecin a renoncé à quantifier l'incapacité en question.

Par rapport du 2 juin 2008, le Dr D._____ a indiqué, en substance, que les limitations présentées par l'assuré étaient liées à une insuffisance artérielle des membres inférieurs avec perfusion distale

limite, à des troubles dégénératifs du genou gauche et du pied droit après fracture du calcanéum en juin 2000, à des crises de goutte récidivantes, et à la perte d'acuité visuelle de l'œil gauche. En outre, l'intéressé souffrait certainement de troubles de l'adaptation en raison de l'absence d'activité professionnelle sur une longue période. Compte tenu de ces éléments, le Dr D._____ a estimé que l'assuré conservait une capacité de travail résiduelle de 30%.

Par avis médical SMR du 24 juillet 2008, les Drs N._____ (médecin-chef de ce service pour la Suisse romande) et Z._____ ont précisé les points suivants :

- "• La date du 11.2.2005 correspond à la fin de la période post-opératoire immédiate, pendant laquelle nous reconnaissons une incapacité de travail totale dans toute activité, même adaptée.
- L'accident du genou du 28.2.2005 n'a pas entraîné d'incapacité de travail de longue durée.
- La contradiction entre les avis des Drs M._____ et D._____ d'une part, et le SMR d'autre part, n'est qu'apparente.
- En effet, nous reconnaissons sans peine une incapacité de travail totale dans l'activité précédente (manutentionnaire chez R._____ SA). Les deux Confrères précités ne se prononcent pas sur l'exigibilité dans une activité adaptée.
- Nous estimons toujours que l'exigibilité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles orthopédiques, vasculaire et oculaire reste entière.
- Les renseignements médicaux dont nous disposons suffisent pour que nous puissions nous prononcer sans complément d'instruction, en particulier sans une expertise de type [...]."

d) Par rapport non daté, indexé par l'OAI le 17 mars 2009, le Dr O._____, du Centre hospitalier X._____, a indiqué que l'intéressé souffrait d'un pied diabétique à risque et avait été amputé d'un orteil du pied droit en date du 29 octobre 2008.

Dans ce contexte, par prononcé du 22 avril 2009, l'intéressé s'est vu octroyé des moyens auxiliaires de l'AI, sous la forme de chaussures orthopédiques.

D. Le 27 octobre 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un nouveau projet de décision annulant et remplaçant celui du 12 septembre 2007. Dans sa motivation, l'office a notamment retenu ce qui suit :

"[...]

Depuis le 28 juin 2000, votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Ouvrier manutentionnaire polyvalent, vous êtes victime, en date du 28 juin 2000, d'un accident qui vous a empêché de reprendre votre activité et conduit à votre licenciement. Vous déposez, en date du 30 mai 2001, une demande de prestations de notre assurance, sollicitant des mesures professionnelles.

L'échéance du délai d'attente d'une année échoit donc au 28 juin 2001.

Nous devons considérer qu'à cette date vous êtes toujours en incapacité de travail totale, dans n'importe quelle activité. Il ressort en effet de votre dossier que vous avez subi l'enlèvement du matériel d'ostéosynthèse en date du 8 avril 2002 et que cette opération a engendré une incapacité de travail complète jusqu'au 30 juin 2002. Or, selon l'art. 88a al. 1 RAI, pour modifier le droit aux prestations, il faut que l'amélioration de l'état de santé se soit maintenue pendant 3 mois au moins. En l'espèce, votre rente ne peut pas être supprimée avant le 30 septembre 2002.

Or, en date du 17 [recte : 18] juillet 2002, vous avez subi un nouvel accident, qui a engendré une incapacité de travail jusqu'en février 2003. [...].

Cependant, en novembre 2003, vous avez subi une opération pour problème vasculaire. [...]

Rétrospectivement, le Service Médical Régional estime que vous présentiez une incapacité de travail totale sur le marché du travail, du 12 novembre 2003 au 11 février 2005 (Avis SMR du 14 [recte : 13] mars 2008).

Cependant, en date du 20 [recte : 28] février 2005, vous avez subi un nouvel accident du genou, pour lequel la SUVA vous a indemnisé jusqu'au 2 juin 2005. Le droit à une rente entière doit donc se prolonger au [...] moins jusqu'au 30 septembre 2005.

Or, en date du 13 septembre 2005, vous avez subi une opération suite à laquelle le SMR admet une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité (avis SMR du 1^{er} décembre 2005). Une amélioration était attendue dans les 6 mois.

Selon le rapport [...] médical du Dr K. _____ du 18 mai 2006 et de son complément du 23 janvier 2007, votre capacité de travail est entière dans une activité très sédentaire.

On peut donc considérer que depuis le 18 mai 2006 en tout cas, vous aviez recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Selon le SMR, votre atteinte oculaire ne modifie pas cette pleine capacité dans une activité adaptée (avis SMR des 13 mars 2008 et 24 juillet 2008)."

Cela étant, l'OAI a considéré que l'assuré avait droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% pour la période du 1^{er} juin 2001 au 30 août 2006 (soit 3 mois à compter du 18 mai 2006, date de l'amélioration de l'état de santé), sous déduction des indemnités journalières AI préalablement versées. Pour la période postérieure, l'office a calculé le degré d'invalidité de l'assuré - celui-ci n'exerçant plus d'activité professionnelle - en procédant à une comparaison des revenus pour l'année 2006. Prenant en compte un revenu sans invalidité de 80'338 fr. 33 et un revenu avec invalidité de 50'317 fr. 72 (après abattement de 15% lié aux limitations fonctionnelles de l'intéressé), l'OAI a retenu un préjudice économique de 37.36%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

L'assuré a contesté ce projet par acte du 2 novembre 2009. Se prévalant des rapports des Drs M. _____ (du 21 avril 2008) D. _____ (des 21 avril 2006, 26 février 2007, et 2 juin 2008) et K. _____ (du 21 mai 2008), il a fait valoir qu'il n'avait pas récupéré une pleine capacité de travail à compter du 18 mai 2006, celle-ci s'élevait tout au plus à 20% ou 25%. A cela s'ajoutait une importante diminution de rendement, laquelle n'était pas liée à la capacité de travail exigible ou à l'abattement de 15% arrêté en raison de ses limitations fonctionnelles.

Par avis médical SMR du 13 janvier 2010, les Drs Z. _____ et H. _____ (médecin-chef adjoint de ce service pour la Suisse romande) ont pris position quant aux rapports médicaux invoqués par l'assuré :

"1. Rapport du Dr D. _____ du 21.4.2006

Dans ce rapport, le Dr D. _____ déclare que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié depuis octobre 2005. Selon lui, l'incapacité de travail totale persiste, ce que nous ne contestons pas. En revanche, nous estimons qu'une activité adaptée est exigible, suivant ainsi l'avis de la Clinique V. _____.

2. Rapport du Dr D. _____ du 26.2.2007

Il est dit que l'état vasculaire du membre inférieur droit est inchangé. L'atteinte oculaire gauche est mentionnée pour la 1^{ère} fois. Le Dr D. _____ estime « qu'une activité sédentaire à temps partiel pourrait être envisagée » à un taux de 20-30% en raison des déplacements sur le lieu de travail. L'état de santé étant inchangé, nous n'avons pas de raison d'admettre une diminution de l'exigibilité. Nous nous sommes exprimés sur l'atteinte oculaire dans notre avis du 13.3.2008.

3. Rapport du Dr D. _____ du 2.6.2008

Expose que l'assuré présente des limitations liées à l'atteinte vasculaire, aux troubles dégénératifs du genou gauche et du pied droit, à des crises de goutte occasionnelles, et à une baisse de l'acuité visuelle gauche. Il estime que la capacité de travail résiduelle ne dépasse pas 30%. Pour notre part, nous ne voyons pas pourquoi une activité sédentaire ne nécessitant pas une vision binoculaire serait limitée. C'est une simple question de logique.

4. Rapport du Dr K. _____ du 21.5.2008

Fait état de l'atteinte vasculaire du membre inférieur droit. Le Dr K. _____ se déclare incapable de quantifier la capacité de travail. Rien dans ce rapport ne contredit nos conclusions.

5. Rapport du Dr M. _____ du 21.4.2008

Le Dr M. _____ estime que l'incapacité de travail est de 75-100% en raison de l'atteinte orthopédique et vasculaire. Il ne se prononce pas sur l'exigibilité dans une activité adaptée. Ce rapport n'est pas en contradiction avec l'avis du SMR."

E. Par écrit du 21 janvier 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il maintenait sa position compte tenu de l'avis médical précité, et qu'une décision susceptible de recours serait prochainement notifiée.

Par décision du 1^{er} février 2010, l'OAI a confirmé à l'identique son projet du 27 octobre 2009.

F. Agissant par son mandataire, l'assuré a recouru le 16 février 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2006, et subsidiairement au renvoi de l'affaire à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il réitère les arguments développés dans ses objections du 2 novembre 2009, tout en soulignant que les rapports médicaux des Drs M. _____, D. _____ et K. _____ doivent être préférés aux avis - «*lapidaires, et parfois même incohérents*»

- du SMR, respectivement du Dr Z._____, ces derniers ne répondant guère aux exigences de valeur probante posées par la jurisprudence. Il ajoute qu'au vu de ses limitations fonctionnelles, de son âge et de sa longue période d'inactivité, l'abattement sur le revenu d'invalidé doit s'élever à 25% et non à 15%. A titre de mesure d'instruction, l'intéressé requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, ainsi que la communication des qualifications et spécialisations du Dr Z._____. En outre, il produit un onglet de pièces à l'appui de ses allégués.

En date du 1^{er} mars 2010, le recourant a produit un rapport médical établi le 23 février 2010 par le Dr D._____, faisant notamment état de ce qui suit :

"[L']invalidité [du recourant], même dans une activité adaptée, est toujours d'actualité et, à mon avis, se situe entre 70 et 80%. Cela est soutenu par différentes pathologies notamment artérielles au niveau des membres inférieurs, avec une situation circulatoire toujours très fragile du membre inférieur droit, siège d'une claudication limitant le périmètre de marche de façon importante et siège, après de nombreuses interventions, d'un lymphoedème chronique. Le patient est par ailleurs atteint d'un syndrome plurimétabolique avec une cardiopathie ischémique (infarctus myocardique en 1993). Cette pathologie est aggravée par un tabagisme chronique et une obésité, responsable d'une dyspnée d'effort qui limite à nouveau les capacités fonctionnelles du patient. Sur le plan locomoteur, sont aussi présentes des pathologies dégénératives au niveau du rachis lombaire, du genou gauche et de la cheville droite (status après ostéosynthèse d'une fracture), qui sont à l'origine d'une limitation fonctionnelle qui ne f[ai]t qu'aggraver le tableau."

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet, par réponse du 11 mai 2010.

Par réplique du 17 juin 2010, le recourant a maintenu ses précédents motifs et conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question du droit éventuel de l'assuré à des prestations de l'AI – singulièrement à une rente d'invalidité – au-delà du 31 août 2006.

3. La LAI a subi deux révisions depuis 2002, alors que la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, si bien qu'il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au cas d'espèce.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2), en l'occurrence le 14 mai 2009.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2004, puis pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI engendrées par la 4^e révision de cette loi, et pour le surplus au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette législation entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés

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

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à celle de l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que

les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées, TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

5. a) Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. notamment TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, 8C_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2, 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3, 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 2, 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 2, 9C_391/2008 du 12 mars 2009 consid. 2.2, I 53/2007 du 22 mars 2007 consid. 4.2 et I 286/05 du 26 avril 2006 consid. 1.1 et les références citées), selon lequel celle-ci est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite ou supprimée) si le taux d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important

des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références citées). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5b; cf. TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

b) En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201).

6. a) En l'occurrence, sur la base des avis médicaux du SMR, l'OAI reconnaît à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité avec effet limité du 1^{er} juin 2001 au 31 août 2006, considérant que l'intéressé a récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 18 mai 2006 (cf. art. 88a al. 1 RAI). Pour la période postérieure au 31 août 2006, l'OAI retient que l'assuré n'a pas droit à la rente, dès lors que son taux d'invalidité s'élève à 37.36%, soit un taux inférieur à celui de 40% ouvrant le droit à la prestation.

Le recourant, pour sa part, ne critique pas l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2001, mais conteste la suppression de cette rente avec effet au 31 août 2006. En particulier, il soutient qu'il n'a pas récupéré une pleine capacité de travail depuis le 18 mai 2006,

renvoyant sur cette question aux constats établis par les Drs D._____, M._____, et K._____.

b) A l'examen des pièces du dossier, il apparaît que les différents médecins interpellés ont rendu des avis discordants quant à la répercussion des troubles de l'assuré sur sa capacité de travail au-delà du 18 mai 2006, sans que l'on puisse pour autant dénier valeur probante aux avis médicaux recueillis.

aa) S'agissant des médecins traitants de l'assuré, on rappellera tout d'abord que, le 21 avril 2006, le Dr D._____ a exposé que l'intéressé - dont l'état n'avait pas évolué depuis octobre 2005 - présentait une incapacité de travail totale et de longue durée. Moins d'un mois plus tard, par rapport du 18 mai 2006, le Dr K._____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stabilisé; il ne s'est toutefois pas déterminé sur la capacité de travail du recourant. Le 23 janvier 2007, ce médecin a précisé que la vasculopathie périphérique de l'assuré était en théorie compatible avec une activité professionnelle très sédentaire, cette pathologie étant néanmoins susceptible d'une lente dégradation. Le 26 février 2007, le Dr D._____ a renvoyé à son précédent constat du 21 avril 2006, tout en faisant état d'une nouvelle atteinte survenue en août 2006 et ayant abouti à une perte de l'acuité visuelle de l'œil gauche (réduite à 0,2); cela étant, ce médecin a estimé que la capacité de travail théorique de l'intéressé se situait entre 20% et 30% dans une activité adaptée. Le 21 avril 2008, le Dr M._____ a précisé que les atteintes dont l'assuré souffrait au niveau de la jambe droite s'étaient aggravées sur les plans orthopédique et vasculaire, que cette jambe présentait désormais un œdème chronique peu compatible avec une activité sédentaire prolongée, et que dans ces circonstances, l'incapacité de travail était de 75% à 100%. Le 21 mai 2008, le Dr K._____ a renoncé à se prononcer sur l'exigibilité d'une activité lucrative, mais a souligné que les limitations fonctionnelles du membre inférieur droit de l'assuré se répercutaient sur sa capacité de travail. Le 2 juin 2008, le Dr D._____ a en substance relevé que la situation demeurerait inchangée du point de vue somatique, que l'intéressé présentait certainement des troubles de l'adaptation compte tenu de sa

longue période d'inactivité, et que la capacité de travail résiduelle était de 30%. Le 23 février 2010, ce médecin a exposé que les atteintes de l'assuré persistaient et que l'incapacité de travail de ce dernier dans une activité adaptée se situait entre 70% et 80%.

En résumé, si le Dr K. _____ a admis l'existence d'une certaine stabilisation de l'état de santé de l'intéressé dès le 18 mai 2006, il reste que ce médecin ne s'est à aucun moment déterminé sur la capacité de travail de l'assuré à l'époque de cette stabilisation; tout au plus s'est-il limité à relever que l'intéressé pourrait théoriquement travailler dans un métier très sédentaire, sans indiquer de taux d'occupation. On peine dès lors à comprendre que la décision litigieuse puisse indiquer que «*[s]elon le rapport [...] médical du Dr K. _____ du 18 mai 2006 et son complément du 23 janvier 2007*» la capacité de travail du recourant «*est entière dans une activité très sédentaire*». Il ressort par ailleurs des rapports médicaux évoqués ci-dessus, que les Drs D. _____, M. _____ et K. _____ s'accordent à reconnaître la nature invalidante ainsi que la persistance - voire, selon le Dr M. _____, l'aggravation - des atteintes dont souffre l'assuré. A cela s'ajoute que les Drs D. _____ et M. _____ retiennent sur le long terme une incapacité de travail oscillant entre 70% et 100%, et qu'en outre, le Dr M. _____ signale une modification du type d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, ce dernier n'étant plus en mesure d'assumer un poste essentiellement en position assise, précédemment jugé exigible.

bb) Quant à l'appréciation du SMR, il apparaît que celle-ci s'écarte de l'évaluation des médecins traitants telle qu'exposée ci-dessus, s'agissant de la capacité de travail du recourant après le 18 mai 2006.

Il sied de rappeler, préalablement, que par avis médical SMR du 28 avril 2005, le Dr Z. _____ a retenu que l'assuré était pleinement apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Puis, dans un avis du 1^{er} décembre 2005, ce médecin a estimé que l'assuré - dont la situation n'était pas stabilisée - présentait une incapacité totale de travail depuis le 13 septembre 2005.

Cela étant, il apparaît que, par avis médical SMR du 15 mars 2007, le Dr Z._____ a d'une part renvoyé à son constat du 28 avril 2005, le qualifiant de compatible avec les observations du Dr K._____. Il a d'autre part retenu que l'assuré s'était trouvé en incapacité totale de travail entre le 13 septembre et la fin novembre 2005. L'avis du 15 mars 2007 doit être doublement relativisé. Tout d'abord, la compatibilité de l'opinion du Dr K._____ avec l'avis SMR du 28 avril 2005 apparaît douteuse, dès lors que ce médecin n'a jamais reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (cf. consid. 5b/aa supra). En outre, rien au dossier ne permet d'expliquer l'antinomie manifeste entre l'avis SMR du 1^{er} décembre 2005 et celui du 15 mars 2007, quant à la fin de la période d'incapacité de travail ayant débuté le 13 septembre 2005.

Par la suite, dans un avis du 22 août 2007 consécutif à un entretien avec le Dr D._____, le Dr Z._____ a relevé que l'état de santé de l'assuré n'avait pratiquement pas changé depuis 2004, et que l'incapacité de travail dans toute activité telle que retenue par le Dr D._____ n'était fondée sur aucun critère objectif, mais reposait sur des considérations extra-médicales dénuées de pertinence. Aussi le Dr Z._____ a-t-il retenu qu'il n'y avait «*pas de raison objective de modifier le contenu de [ses] avis précédents*». La portée de cette dernière remarque s'avère toutefois équivoque, dès lors que l'avis SMR du 1^{er} décembre 2005 reconnaît à l'assuré une totale incapacité de travail dans toute activité, contrairement aux avis des 28 avril 2005 et 15 mars 2007. A cela s'ajoute que les propos imputés au Dr D._____ n'ont pas été corroborés dans un compte-rendu en bonne et due forme. Il s'ensuit que la pertinence de l'avis SMR du 22 août 2007 apparaît sujette à caution.

Par avis du 13 mars 2008, le Dr Z._____ a retenu que la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle était nulle entre février 2005 et septembre 2005, que l'exigibilité dans une activité adaptée était complète entre juin 2003 et septembre 2005 (exception faite de la période post-opératoire du 12 novembre 2003 au 11 février 2005), que la

vision monoculaire n'avait pas d'impact sur la capacité de travail du recourant, et que le taux d'activité de 30% évoqué par le Dr D._____ le 26 février 2007 reposait sur des considérations extra-médicales. D'une part, les observations du Dr Z._____ relatives à la capacité de travail du recourant avant le 18 mai 2006 sont dépourvues de pertinence compte tenu de l'objet du présent litige (cf. consid. 2b supra). D'autre part, le grief fait à l'appréciation du Dr D._____ s'avère dénué de fondement. En effet, il ressort du rapport de ce médecin du 26 février 2007 que le taux de 30% a été fixé au regard des affections et des limitations fonctionnelles de l'assuré (*«une activité sédentaire à temps partiel pourrait être envisagée mais il faut tenir compte que le patient devrait faire des déplacements jusqu'à son lieu de travail ce qui est, face aux nombreuses pathologies connues, très problématique. Pour cette raison, je reste de l'avis que sa capacité de travail même théorique ne dépasse pas le 20-30%»*), éléments que l'on ne saurait qualifier d'extra-médicaux.

Par avis médical SMR du 24 juillet 2008, les Drs N._____ et Z._____ ont tout d'abord apporté des précisions quant à la période antérieure au 18 mai 2006, sur laquelle il n'y a pas lieu de revenir dans le présent arrêt (cf. consid. 2b supra). En outre, ils ont estimé que les Drs M._____ et D._____ ne s'étaient pas prononcés sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, de sorte que leurs constats ne contredisaient pas l'opinion du SMR, selon laquelle l'intéressé était entièrement en mesure d'occuper un poste adapté à ses limitations fonctionnelles orthopédiques, vasculaires et oculaires. Cette appréciation ne saurait être corroborée par la Cour de céans. En effet, quoi qu'en disent les médecins du SMR, force est de constater que le Dr D._____ s'est exprimé sur la question de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée (cf. rapport du 26 janvier 2007 : *«[l]a capacité de travail même théorique ne dépasse pas le 20-30%»*; cf. rapport du 2 juin 2008 : *«L'AI affirme que l'état actuel de Monsieur G._____ lui permet de pratiquer un travail sédentaire mais cela n'a qu'une valeur théorique [...] la capacité de travail résiduelle de ce patient ne dépasse pas le 30%»*; cf. rapport du 23 février 2010 : *«[l']invalidité, même dans une activité adaptée, est toujours d'actualité et, à mon avis, se situe entre 70 et 80%»*)

et que son appréciation ne saurait être qualifiée de compatible avec celle du SMR. Il en va de même du Dr M._____, lequel, dans son rapport du 21 avril 2008, a évalué l'incapacité de travail de l'assuré entre 75% et 100%, non sans avoir préalablement précisé que l'exercice d'un métier en position assise prolongée - précédemment jugé exigible - n'était plus indiqué.

Quant à l'avis SMR du 13 janvier 2010, les Drs Z._____ et H._____ y ont précisé qu'ils se ralliaient aux conclusions de la Clinique V._____ du 7 janvier 2002, selon lesquelles l'assuré disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Pour le surplus, ces médecins ont évoqué les rapports médicaux mentionnés par l'assuré dans ses objections du 2 novembre 2009. S'agissant notamment des constats du Dr D._____ des 26 février 2007 et 2 juin 2008, les médecins du SMR ont exposé qu'ils ne pouvaient admettre une capacité de travail oscillant entre 20% et 30% dans une activité adaptée, dès lors que l'état de santé du recourant était stationnaire et qu'ils ne voyaient pas pour quels motifs l'exercice d'une activité sédentaire ne requérant pas de vision binoculaire devait être réduit. Ce faisant, ces médecins n'ont fait qu'opposer leur propre appréciation à celle du Dr D._____, sans avancer de réelle motivation médicale à l'appui de leur argumentation, laquelle ne saurait dès lors l'emporter sans autre sur le point de vue du Dr D._____. En outre, c'est à tort que les Drs H._____ et Z._____ ont estimé que le rapport du Dr M._____ du 21 avril 2008 n'abordait pas la question de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, ainsi qu'il a été précisé ci-avant.

Pour récapituler, il apparaît donc que le SMR (et, corollairement, l'OAI) s'est fondé sur le rapport de la Clinique V._____ du 7 janvier 2002, pour considérer que l'assuré était pleinement apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. A contrario, ce service a retenu que l'appréciation des médecins traitants de l'assuré, en particulier celle des Drs D._____ et M._____, devait être réfutée. Cela étant, il y a tout d'abord lieu de s'interroger sur la pertinence de l'évaluation de la Clinique V._____ dans le présent contexte. En effet, ce

rapport, qui avait déjà plus de 8 ans à la date du prononcé litigieux, est antérieur à la majeure partie des troubles somatiques rencontrés par l'assuré. A cela s'ajoute qu'après examen des avis du SMR, force est de constater que l'argumentation avancée par ce service pour relativiser la portée des rapports des médecins traitants n'apparaît pas convaincante - cela nonobstant le fait que la vision monoculaire ne constitue pas en soi un obstacle à l'exercice d'une activité industrielle légère (cf. à cet égard TF 9C_556/2009 du 27 janvier 2010), ainsi que l'a relevé le Dr Z. _____ dans son avis du 13 mars 2008.

cc) Au vu des éléments exposés ci-dessus, il s'avère que l'instruction menée par l'OAI est lacunaire. En effet, au vu de l'évolution complexe de l'état de santé du recourant (complexité illustrée notamment par les quatre «avis juriste» détaillés figurant au dossier de l'intimé) et, surtout, de la controverse médicale relative à l'évaluation de la capacité de travail du recourant au-delà du 18 mai 2006, l'OAI ne pouvait s'estimer en droit de rendre une décision sans avoir préalablement complété et actualisé l'instruction sur cette question.

6. 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 (TF 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 effet, selon la jurisprudence, il appartient au premier chef à l'OAI d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le

domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI ; ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985, K 646 p. 235 consid. 4).

b) En l'occurrence, des doutes suffisants existent quant au caractère probant des avis du SMR (cf. consid. 4d et 5b/bb supra) – éléments sur lesquels l'OAI a pourtant fondé la décision entreprise. Il y a discordance manifeste – sans que l'on puisse pour autant dénier valeur probante à leurs avis respectifs – entre l'appréciation des Drs D._____, K._____, et M._____ et celle du SMR sur la capacité de travail résiduelle du recourant après le 18 mai 2006, de sorte qu'il appartient à un expert de départager ces opinions (cf. consid. 4d supra). Par conséquent, la Cour de céans ne saurait statuer en l'état du dossier. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction sur le plan médical par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA, et qu'il rende une nouvelle décision.

A noter, au surplus, que l'intéressé a été amputé d'un orteil du pied droit le 29 octobre 2008, et qu'en l'état du dossier, on ignore tout du contexte et des suites de cette intervention, notamment sous l'angle d'une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant – étant relevé ici que le rapport du Dr O._____ indexé le 17 mars 2009 (qui se limite à mentionner un pied diabétique à risque) s'avère par trop lacunaire pour pouvoir être considéré comme pertinent dans le présent contexte. Ce point méritera lui aussi d'être investigué dans le cadre d'une instruction complémentaire.

7. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical et nouvelle décision.

b) Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par l'assuré, ni d'analyser plus avant les autres griefs invoqués par l'intéressé.

8. a) Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 52 LPA-VD).

b) Le recourant obtient gain de cause dans la mesure où la décision attaquée est annulée. Assisté par un avocat, il a donc droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 consid. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis
- II.** La décision rendue le 1^{er} février par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cent francs) à titre de dépens.
- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (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 :