

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juillet 2019

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Luís Carlos Dos Santos
Gonçalves, à Gland,

et

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

Art. 29 Cst. ; art. 17 et 43 LPG

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, titulaire d'un certificat fédéral de capacité de menuisier, a exercé l'activité d'aide-concierge auprès du Y._____ jusqu'au 16 janvier 2015.

En raison de plusieurs hernies discales récidivantes, il a présenté des incapacités de travail à 50 % du 16 au 22 avril 2014 puis à 100 % du 30 juillet au 15 août 2014 et du 19 janvier 2015 au 30 juin 2016 (cf. courrier du 7 juillet 2016 adressé par U._____ [assureur perte de gain du Y._____ ; (...)] à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [ci-après : l'OAI ou l'intimé]).

Le 19 janvier 2015, le Dr X._____, spécialiste en neurochirurgie, a effectué une fenestration interlaminaire au niveau des vertèbres L4-L5 et une cure de hernie discale chez l'assuré, après avoir posé le diagnostic de syndrome radiculaire irritatif au niveau de la vertèbre L5 à droite déficitaire au niveau sensitif sur hernie discale au niveau des vertèbres L4-L5 droite (cf. protocole opératoire du 19 janvier 2015).

En raison de la persistance de sciatalgies au niveau de la vertèbre L5, le Dr X._____ a commandé une imagerie par résonance magnétique (IRM). Dans un rapport du 22 avril 2015, le Dr W._____, spécialiste en radiologie, a conclu que l'assuré présentait une récurrence de hernie discale au niveau des vertèbres L4-L5 latérale droite luxée vers le bas, certainement responsable d'un conflit sur l'émergence de la racine de la vertèbre L5 à droite.

A la suite de cette imagerie, le Dr X._____ a réopéré son patient le 4 mai 2015 par une cure de récurrence de hernie discale au niveau des vertèbres L4-L5 à droite, en raison d'un syndrome radiculaire irritatif au niveau de la vertèbre L5 à droite sur récurrence de hernie discale au niveau des vertèbres L4-L5 à droite.

Par rapport du 20 août 2015 au Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, alors médecin traitant de l'assuré, le Dr X._____ a observé qu'une nouvelle IRM lombaire du 20 août 2015 avait mis en évidence une pointe de récurrence de hernie discale au niveau des vertèbres L4-L5 à droite. Pour cette raison, il a réopéré l'assuré le 24 août 2015, procédant à une reprise de fenestration interlaminaire au niveau des vertèbres L4-L5 à droite et à une cure de récurrence de hernie discale en technique microchirurgicale.

Dans un rapport du 6 avril 2016 à la Dre T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assuré, le Dr X._____ a observé que la situation était stationnaire avec une récurrence de hernie discale au niveau des vertèbres L4-L5 à droite et une radiculopathie au niveau de la vertèbre L5 à droite. Il a indiqué avoir planifié une nouvelle opération.

Le 13 mai 2016, l'assuré a bénéficié d'une spondylodèse au niveau des vertèbres L4-L5 pratiquée par le Dr X._____ (cf. protocole opératoire du 13 mai 2016).

Dans un rapport du 25 mai 2016 à la Dre T._____, le Dr X._____ a fait état de suites opératoires tout à fait simples avec une disparition quasi immédiate de la symptomatologie douloureuse au niveau du membre inférieur droit. Il a établi un arrêt de travail à 100 % jusqu'à son prochain contrôle le 23 juin 2016.

Le 24 juin 2016, Z._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en faisant état de hernies discales récurrentes.

Dans son rapport du 11 octobre 2016 au Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de la U._____, le Dr X._____ a relevé ce qui suit :

« Depuis mon rapport du 14 juin 2016, le patient a bénéficié d'une spondylodèse L4-L5 par un abord transmusculaire le 13 mai 2016 avec des contrôles à six semaines puis à trois mois qui marquaient une évolution très favorable au niveau des douleurs lombaires. Le patient a toujours un point douloureux au niveau du pied droit en particulier au niveau du talon pour lequel j'ai demandé un avis spécialisé au Docteur Q._____.

D'un point de vue neurochirurgical, l'évolution est favorable malgré un déconditionnement important de la musculature lombaire mais également physique général qui fait que lors de mon dernier rapport à la Doctoresse T._____, daté du 28 septembre 2016, j'ai proposé une reprise du travail progressive dès six mois postopératoires. J'ai encouragé dans ce sens le patient en lui demandant de reprendre contact avec sa conseillère AI pour une réhabilitation professionnelle dans une activité adaptée. Le patient paraissait très motivé quant à cette perspective et j'espère que l'on arrivera à une réinsertion professionnelle chez lui. »

Le 3 février 2017, le Dr X._____ a établi un certificat médical dont la teneur est suivante :

« J'atteste par la présente que Z._____ est apte à travailler à 100% dans une activité adaptée.

Il doit pouvoir changer de position régulièrement (alterner la position assise et debout). Il est limité à un port de charge de 5kg. Il ne doit pas travailler en porte-à-faux, accroupi, sur une échelle ou les bras au-dessus de la tête et doit éviter les rotations répétées du tronc. »

L'OAI a requis des renseignements complémentaires auprès de la Dre T._____ et du Dr X._____.

Par rapport du 8 février 2017, le Dr X._____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée à compter du mois de février 2017.

Le 28 février 2017, la Dre T._____ a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, de status post multiples opérations (4x) et de talalgies droites résiduelles depuis le mois de janvier 2015. Sans effet sur la capacité de travail, elle a mentionné une hypertension artérielle traitée et un acouphène chronique à l'oreille gauche sur presbycusie de la même oreille. Elle a exposé que l'incapacité de travail était totale dans une activité adaptée depuis le 19 janvier 2015. La Dre T._____ a estimé que les restrictions énumérées ne

pouvaient pas être réduites par des mesures médicales et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Dans un rapport du 14 juin 2017, le Dr S._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu une incapacité durable de travailler dans l'activité habituelle à 100 % depuis le 19 janvier 2015 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2017, précisant qu'un traitement médical n'était pas exigible. Le Dr S._____ a exposé sa position en ces termes :

« Notre position : il existe une IT durable (cf. 4 opérations ci-dessus), mais selon le neurochirurgien, l'assuré a pu reprendre dans une AA en fév.17. Au vu des interventions successives, même si l'assuré selon la littérature médicale aurait dû reprendre en juillet 2016, soit à 6 mois de la dernière op., nous suivons les attendus du neurochirurgien. La situation étant claire, nous suivons ces avis, et décidons de conclure comme suit.

Synthèse : l'IT durable est à fixer au 19.01.15. L'IT est de 100% depuis. La CTAH est nulle dans un poste physique. Dans une AA, elle est de 100% dès le 01.02.17. Les LF sont les suivantes : cf. p1.

Au total, nous suivons les conclusions, telles que formulées ci-dessus. Elles sont justes et convaincantes. »

L'OAI a effectué le calcul du salaire exigible le 15 septembre 2017 ; il a retenu ce qui suit :

TA : 1 : Niveau de compétence : 1 - Année : 2014

1	Salaire OFS sur 40 heures hebdom.		Fr.	5'312.00	
2	Salaire OFS sur xx heures hebdom. (x12)	41.7	Fr.	5'537.76	Fr. 66'453.12
3	Indexation (année)	2015		0.40%	Fr. 66'718.93
	Indexation (année)	2016		0.70%	Fr. 67'185.97
	Indexation (année)	2017		0.70%	Fr. 67'656.27
	Indexation (année)			0.00%	Fr. 67'656.27
4	Horaire en %			100%	Fr. 67'656.27
5	Diminution de rendement en %			0%	Fr. 67'656.27
6	Réduction(s) supplémentaire(s) au titre de désavantage salarial :			5%	
	<input checked="" type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles				
	<input type="checkbox"/> Âge				
	<input type="checkbox"/> Années de service				
	<input type="checkbox"/> Nationalité et permis				
	<input type="checkbox"/> Taux d'occupation				
	25 % au maximum				
7	Salaire exigible final (RI)				Fr. 64'273.45
8	Revenu sans l'atteinte à la santé (RS) :				Fr. 78'766.25
9	Préjudice économique :				Fr. 14'492.80
10	Préjudice économique en % :				18.40%

Explication de la réduction : Seules les LF sont à prendre en considération

Source du RS : Rapport employeur du 4 juillet 2017

Sources médicales : Rapport SMR du 14 juin 2017

Exemples d'activités adaptées : Industrie légère (production, conditionnement, contrôle)

Par projet d'acceptation de rente du 5 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui reconnaissait un droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2016 au 30 avril 2017 compte tenu du délai de carence d'une année, du dépôt de la demande le 24 juin 2016 et du fait que le droit à la rente devait être supprimé trois mois après la date à laquelle il avait recouvré une entière capacité de travail dans une activité adaptée, soit au 1^{er} février 2017.

L'assuré, désormais assisté par Me Luís Carlos Dos Santos Gonçalves, a contesté ce projet le 16 octobre 2017. Il a soutenu que plusieurs tentatives de réadaptation avaient échoué dans le cadre d'activités adaptées sous l'égide de l'Office régional de placement [...] (ci-après : l'ORP). Ainsi, assigné à une mesure d'accompagnement à la réinsertion professionnelle au sein de la Fondation A._____ par décision du 17 mai 2017, l'assuré en aurait été libéré pour cause de « maladie/accident » selon décision de l'ORP du 26 septembre 2017. Aux yeux de l'assuré, l'OAI devait prendre connaissance des conclusions des rapports d'intervention de l'ORP et d'A._____ avant de statuer. Il a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise médicale, en déplorant le fait qu'il n'ait pas été examiné par le SMR. Il indiquait enfin qu'une consultation avec son spécialiste aurait lieu le 8 novembre 2017 et qu'il

produirait son avis médical. L'intéressé a produit en annexe à sa contestation la décision de l'ORP du 26 septembre 2017 citée dans son écriture.

Dans un rapport du 14 novembre 2017 adressé à l'OAI, la Dre T. _____ a exposé ce qui suit :

« [...] En effet il a tenté avec l'aide du chômage une réinsertion professionnelle, dans un autre métier que le sien, à cause de dorsalgies chroniques, qui l'empêche de rester dans une même position pendant plus de 15-20 minutes, que ce soit assis ou debout. Il a fait un stage dans le métier de cordonnier puis d'aide-animateur entre février et septembre 2017. Mais il n'a pu supporter des journées entières, dans aucune de ces deux fonctions. Pour l'instant seul le targin 10mg pris occasionnellement le soulage.

Il a été revu par son neurochirurgien, le Dr X. _____, qui l'a opéré à plusieurs reprises sans succès définitifs, et qui ne propose plus d'autres traitements et qui l'a remis à l'AT, que je me suis permise de poursuivre. D'autre part Z. _____ a une douleur au talon droit depuis le mois d'août 2016, que pour l'instant aucune des mesures actuelles (médicamenteuse, physiothérapie) ne semble soulager. »

Le cas a été soumis au SMR. Le 29 novembre 2017, le Dr S. _____ a émis l'avis suivant :

« *Notre avis* : nous relisons bien le RM du Dr O. _____ [recte : X. _____], de la clinique R. _____, le 03.02.17 annonçant bien une CTAA de 100%, y compris celui du Dr X. _____, neurochirurgien, le 08.02.17. Nous sommes donc dubitatifs devant cette argumentation du médecin traitant, sans étiologie bien précise, et ceci alors que la douleur est subjective. Bref nous n'avons rien d'objectif, et encore sans que le Dr O. _____ [recte : X. _____], de la clinique R. _____ ou le Dr X. _____, neurochirurgien n'émettent un avis qui contredirait leur position antérieure pour une raison bien précise. Enfinement sur le fond, il n'existe pas d'éléments probants qui permettraient de conclure à un changement de situation et ceci à un degré suffisant de force probatoire, la vraisemblance prépondérante étant atteinte. Au final, nous en restons à ce qui était énoncé sur le plan somatique : nous considérons que la CTAA est bien de 100% dès le 01.02.17.

Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. »

Par certificat médical du 8 novembre 2017, produit au dossier de l'OAI le 11 décembre 2017, le Dr X. _____ a exposé que son patient se

trouvait en incapacité de travail totale dans une activité adaptée, réclamant une réévaluation rapide de la situation par le médecin traitant.

Ce nouvel élément a été soumis au SMR. Le Dr S. _____ a relevé ce qui suit à cet égard par avis du 17 décembre 2017 :

« 3/ Nous recevons le 13.12.17 de son avocat un nouveau RM du Dr T. _____ de quelques lignes : il parle comme en 2/ de dorsalgies qui ne permettraient pas un travail adapté du fait de douleurs (idem à 2/). Il parle aussi et encore des douleurs du talon D sans étiologies bien précises, et l'IT serait de 100%. Il ne se prononce par contre sur aucune CTAA, ce qui n'est pas possible en l'état. Il n'y a rien de nouveau dans ce RM par rapport à 1/ et 2/ et pour les mêmes raisons, nous le rejetons faute d'argumentation prouvant réellement une IT totale. Au final, il n'existe pas d'éléments probants qui permettraient de conclure à un changement de situation et ceci à un degré suffisant de vraisemblance prépondérante.

Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. »

Dans un avis juridique du 5 janvier 2018, l'OAI a communiqué au conseil de l'assuré qu'il n'entendait pas donner suite aux contestations soulevées dans le cadre de la procédure d'audition, ainsi qu'aux requêtes de production du dossier de l'ORP et de mise en œuvre d'une expertise. Pour le service juridique de l'OAI, le SMR s'était fondé sur le certificat établi par le Dr X. _____ le 3 février 2017, duquel il ressortait que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles. S'agissant du rapport du 14 novembre 2017 de la Dre T. _____ et du certificat médical du 8 novembre 2017, ceux-ci ne présentaient pas de valeur probante suffisante. En outre, le service juridique a écrit que l'échec des mesures de réinsertion entreprises auprès de l'assurance-chômage n'apparaissait pas justifié médicalement au vu des rapports figurant au dossier, de sorte que cet élément n'était pas propre à remettre en question la capacité de travail de l'assuré.

Par décision du 12 mars 2018 et motivation séparée du 10 janvier 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 5 octobre 2017.

B. Par acte du 3 mai 2018, Z._____, représenté par Me Dos Santos Gonçalves, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé et en réitérant les arguments soulevés dans le cadre de la procédure d'audition.

Dans sa réponse du 18 juin 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant à la décision entreprise, à la motivation séparée du 10 janvier 2018 et à l'avis juridique du 5 janvier 2018.

Aux termes de sa réplique du 29 juin 2018, le recourant, par Me Dos Santos Gonçalves, a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent compte tenu des fêtes pascales (art. 93 let. a et 96 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente limitée dans le temps auquel s'applique par analogie l'art. 17 LPGA. Compte tenu des conclusions formulées par l'assuré, il porte implicitement sur le maintien au-delà du 30 avril 2017 de la rente entière allouée depuis le 1^{er}

décembre 2016. En revanche, le droit à la rente non contesté du 1^{er} décembre 2016 au 30 avril 2017 n'est pas remis en question par le recourant de sorte que la décision est définitive en tant qu'elle concerne cette période.

3. a) Dans un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant laisse entendre dans sa réplique du 10 juillet 2018 que la réponse du 18 juin 2018 de l'OAI à son recours n'est pas suffisamment motivée, et ne consiste qu'en un résumé des faits qui ne lui permettrait pas de se déterminer.

b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la

décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

S'agissant en particulier du droit de réplique sur les actes de la parties adverses, celui-ci est inconditionnel (ATF 139 I 189 consid. 3.2 et les références ; TF 5D_81/2015 du 4 avril 2016 consid. 2.3.2 et les références).

c) En l'occurrence, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu au motif que l'autorité intimée n'aurait pas pris position dans sa réponse du 18 juin 2018 de façon motivée sur chacun des griefs qu'il a soulevés en recours. Il lui était quoi qu'il en soit loisible de faire valoir ses moyens en réplique, ce qu'il a renoncé à faire dans son écriture du 29 avril 2018. Pour le surplus, le recourant a eu la possibilité d'exposer son point de vue dans le cadre d'un double échange d'écritures. Il ne résulte au demeurant pas de son recours qu'il n'aurait pas compris la portée de la décision attaquée, ni qu'il puisse être reproché à l'intimé de n'avoir pas respecté les exigences découlant du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure administrative. Le moyen doit donc être rejeté.

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

exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Aux termes 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, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché 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, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

6. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'effectuer son activité habituelle d'aide-concierge.

Se pose toutefois la question de savoir s'il conserve une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qu'il nie, à tout le moins implicitement, en déplorant l'absence de collaboration interinstitutionnelle et le fait que l'intimé ait « *ignor[é] les autres acteurs sociaux.* » Le recourant fait grief à l'intimé de n'avoir pas pris en compte les conclusions de la Fondation A._____ et soutient que les raisons de l'échec de sa réinsertion auraient dû être prises en considération.

Selon la jurisprudence, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Si les appréciations des médecins l'emportent ainsi sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2), lorsque les appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il

incombe toutefois à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3 et les arrêts cités).

Or si, lorsqu'il a rendu son projet de décision, l'OAI ignorait l'existence des stages précités, on ne peut d'emblée considérer, à plus forte raison en présence de rapports médicaux contradictoires, que les observations faites par Fondation A. _____ dans le cadre du chômage ne doivent pas être versées au dossier. Ce seul élément ne serait toutefois pas à lui seul déterminant, si l'on ne se trouvait pas en présence d'un revirement de position du Dr X. _____ : ce dernier a en effet fait état dans son rapport du 8 novembre 2017 d'une incapacité de travail à 100% de durée indéterminée, et ce même dans une activité adaptée, et a préconisé une « réévaluation rapide de la situation » par le médecin traitant. Certes, cet avis du Dr X. _____ n'est pas motivé. Il n'en demeure pas moins que l'avis de ce même spécialiste du 3 février 2017 sur lequel se fonde l'intimé pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée n'est guère plus motivé. En pareilles circonstances, l'office intimé ne pouvait pas se contenter de renvoyer sans autre au premier rapport du Dr X. _____, sans compléter l'instruction du cas, notamment en interpellant ce dernier sur les raisons l'ayant conduit à revoir son appréciation de la situation du recourant. A cela s'ajoute que le Dr X. _____ s'est concentré sur le rachis, sans prendre position sur les problèmes allégués au niveau du talon, dont fait en particulier état la Dre T. _____ dans son rapport du 14 novembre 2017. Cette problématique doit également être élucidée, de sorte qu'il conviendra aussi d'interpeller la Dre T. _____ à ce propos, ainsi que le Dr Q. _____, apparemment consulté (cf. rapport du Dr X. _____ du 11 octobre 2016 adressé au médecin conseil de la U. _____).

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'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative. A contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, l'instruction du cas doit être complétée, en premier lieu par une ré-interpellation du Dr X._____, de la Dre T._____ et du Dr Q._____, ainsi que de tout autre spécialiste consulté par l'assuré pour l'atteinte au talon.

Une fois les informations recueillies auprès des médecins précités, l'OAI mettra en œuvre un examen de l'assuré par un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel pourra être organisé auprès du SMR, respectivement auprès d'un expert à désigner par l'OAI.

6. Vu le sort du recours, il est prématuré de se prononcer sur le degré d'invalidité et le droit à la rente pour la période encore litigieuse, au-delà du 30 avril 2017.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée, annulée, étant rappelé que le droit à la rente pour la période - non contestée - du 1^{er} décembre 2016 au 30 avril 2017 n'est pas remis en question. La cause doit ainsi être renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter

les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 1'500 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 12 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z. _____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Luís Carlos Dos Santos Gonçalves (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :