

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2023

Composition : M. PIGUET, président
MM. Parrone et Wiedler, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat à
Monthey,

et

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

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 6, 7, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI ; 88a
al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation professionnelle, a travaillé en qualité d'aide menuisier au sein de l'entreprise Q._____ Sàrl depuis le 13 janvier 2014. Souffrant progressivement depuis le mois de juillet 2019 de hernies discales multiples à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 8 novembre 2019, il a déposé, le 13 mars 2020, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

L'OAI a notamment recueilli le dossier constitué par Y._____ SA, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, duquel il est notamment ressorti que l'assuré souffrait d'une hernie discale L5-S1 avec radiculopathie S1 à droite, d'un syndrome lombo-vertébral récidivant et de discopathies L3-S1 avec séquelles de maladie de Scheuermann (cf. rapport du 4 février 2020 du Dr P._____, médecin traitant de l'assuré, spécialiste en médecine interne générale, et rapport du 5 février 2020 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Au vu de l'échec des traitements conservateurs mis en place notamment par infiltration radiculaire, physiothérapie et antalgie (cf. rapport du 27 juillet 2020 du Dr P._____), une opération sous la forme d'une cure de hernie discale L5-S1 droite a été pratiquée le 11 septembre 2020 par le Dr G._____.

Par rapport du 22 janvier 2021 à l'OAI, le Dr G._____ a diagnostiqué un status post cure de hernie discale L5-S1 droite le 11 septembre 2020 pour une lombosciatalgie droite L5-S1 et des lombalgies résiduelles sur probable troubles facettaires. Il a noté une évolution favorable quant aux douleurs au membre inférieur droit de l'assuré, précisant toutefois que ce dernier présentait des douleurs résiduelles lombaires. Le Dr G._____ a également expliqué qu'il avait remis le

patient au travail à 50 % dès le 11 janvier 2021 mais que ce dernier s'était à nouveau retrouvé en incapacité totale de travail dès le 13 janvier 2021 en raison de douleurs lombaires résiduelles avec des blocages. Sans pouvoir se prononcer à cet instant, il estimait que l'assuré devait pouvoir travailler dans une activité adaptée, sans port de charges et sans mouvement du tronc en rotation.

Dans son rapport du 3 mai 2021 à l'OAI, le Dr P._____ a diagnostiqué un syndrome lombo-vertébral avec status post cure de hernie discale L5-S1 à droite, des discopathies lombaires, un syndrome de Maigne, des séquelles de la maladie de Scheuermann ainsi qu'un déconditionnement physique global. Constatant une amélioration progressive depuis l'opération, il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle mais qu'elle était de 40 à 60 % dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 10 mai 2021 à l'OAI, le Dr F._____, médecin praticien, a posé les diagnostics de lombo-pygalgies droite dans le cadre de status après cure de hernie discale L5-S1 droite le 11 septembre 2020, discopathies étagées, syndrome de Maigne, séquelles de Scheuermann et déconditionnement physique global. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle mais qu'elle était d'au minimum 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (port de charges d'au plus cinq à dix kilos et alternance de posture), précisant que ce pronostic dépendait du reconditionnement musculaire.

Dans son rapport du 14 septembre 2021, le Dr F._____ a confirmé les diagnostics de son précédent rapport, précisant que l'assuré pouvait, dès le 1^{er} septembre 2021, reprendre à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (port de charges de maximum sept kilos pour « lever-sol taille », « lever taille-tête », « porter hauteur taille » et « porter main droite/gauche » et d'au plus trois kilos pour « pousser en dynamique » et « tirer en dynamique »).

Le 12 octobre 2021, en réponse au questionnaire de l'OAI, le Dr P._____, confirmant les diagnostics mentionnés dans son rapport du 3 mai 2021, a fait état d'une incapacité totale de travail de l'assuré dans toute activité, au motif qu'il n'y avait pas d'amélioration depuis le 8 novembre 2019.

Par projet de décision du 15 novembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui octroyer une rente limitée dans le temps, à savoir une rente entière du 1^{er} novembre 2020 au 31 juillet 2021 et une demi-rente du 1^{er} août au 30 novembre 2021.

Dans sa lettre de consultation du 28 janvier 2022, le Dr G._____ a posé le diagnostic de récurrence de hernie discale L5-S1 droite. Il a relaté que l'assuré présentait, depuis deux à trois semaines, une nouvelle sciatique droite de type douleur qui irradiait dans la fesse ainsi que dans la face postérieure de la cuisse jusqu'au genou à droite avec des paresthésies et avec la nécessité de se rendre aux urgences la semaine précédente. L'assuré lui avait fait part de douleurs importantes et se plaignait d'une aggravation depuis le début de l'année.

Le 31 janvier 2022, l'assuré, désormais représenté par Me Aba Neeman, a présenté ses observations à l'encontre de ce projet de décision. A titre préliminaire, il a demandé à ce que la cause soit suspendue dans l'attente de l'IRM (image par résonance magnétique) lombaire prévue le 1^{er} février 2022. Sur le fond, il a demandé l'octroi d'une rente d'invalidité et à pouvoir bénéficier de mesures professionnelles. Il a estimé qu'un examen complémentaire était à tout le moins nécessaire s'agissant de l'évolution de son état de santé. Il a produit à cet égard le rapport du 14 octobre 2021 du Dr I._____, spécialiste en radiologie, relatif à une IRM effectuée le même jour, qui mettait en évidence un status après cure de hernie discale L5-S1 droite avec développement d'une gaine cicatricielle péri-radriculaire S1 et une suspicion d'une petite récurrence de hernie discale de 3 millimètres, précisant que l'effet de masse sur la racine S1 restait semblable à celui de janvier 2001 (recte : 2021).

Par rapport complémentaire du 2 mars 2022, le Dr G._____ a préconisé une nouvelle opération chirurgicale par décompression après avoir constaté que l'IRM lombaire effectuée le 1^{er} février 2022 avait montré une récurrence de hernie discale L5-S1 droite, en contact avec la racine S1 droite. Il a précisé que l'assuré présentait un disque L5-S1 pathologique avec des discopathies sévères, raison pour laquelle tout travail avec ports de charges, utilisation de la force, marche en terrains inégaux et montée/descente d'échelles, pourrait le mettre en difficulté avec une impossibilité de reprise professionnelle.

Dans son rapport du 25 mai 2022 à l'OAI, le Dr G._____ a posé le diagnostic de lombalgies chroniques sur une discopathie sévère L5-S1 avec deux hernies discales opérées, une en 2019 et une en 2022 (récurrence de hernie discale L5-S1). Il a expliqué que l'assuré avait été réopéré le 9 mars 2022. Lors de la consultation postopératoire du 19 avril 2022, il avait constaté une amélioration des douleurs de type sciatique, précisant toutefois que l'assuré présentait des douleurs lombaires irradiant le long de sa colonne jusqu'à la colonne cervicale. Il a en outre estimé que l'assuré ne pouvait pas reprendre son activité d'aide-menuisier.

Dans son avis médical du 9 juin 2022, la Dre H._____, médecin au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), a confirmé l'incapacité totale de travail de l'assuré dans son activité habituelle ainsi que sa capacité de travail de 50 % depuis mai 2021, 100 % depuis septembre 2021, dans une activité adaptée avec épargne lombaire. Elle a estimé que la nouvelle période d'incapacité de travail débutée en janvier 2022 (vraisemblablement inférieure à un an) perdurait en tout cas jusqu'en mai 2022, tout en précisant qu'il fallait attendre l'évaluation et l'éventuelle prise en charge physiothérapeutique du Dr F._____ avant de pouvoir estimer la date de reprise de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 5 août 2022, le Dr F._____, tout en précisant qu'il n'avait plus revu le patient depuis le 14 septembre 2021, a

confirmé, sur la base de ses constats précédents, que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle. Il a revanche estimé qu'elle était d'au minimum 50 % dans une activité adaptée, voire plus, précisant que cela dépendait du reconditionnement musculaire.

Selon un rapport du 1^{er} septembre 2022 du Dr G. _____ relatif à une consultation du 31 août 2022, l'évolution postopératoire était satisfaisante et l'assuré allait mieux ; il ne présentait plus de sciatique. En revanche, il présentait toujours des paresthésies sur la face plantaire du pied droit ainsi que des douleurs lombaires en position couchée, assise, à la marche ou lors de tout autre effort, nécessitant la prise d'antalgique. Il a réitéré son avis selon lequel l'assuré ne pouvait probablement plus travailler dans son activité habituelle.

Selon l'avis médical du 11 octobre 2022 de la Dre H. _____, le rapport médical du 1^{er} septembre 2022 du Dr G. _____ confirmait l'amélioration progressive post cure de hernie discale L5-S1. Constatant que ce dernier ne s'était toutefois pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, elle l'a questionné à ce sujet.

Le Dr G. _____ a répondu le 20 octobre 2022. Il a estimé que dans le cadre d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (port de charge limité, travail avec des positions assises et changements fréquents de position, pas de travail sur terrain inégal), l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail.

Selon le rapport d'examen SMR de la Dre H. _____ du 10 novembre 2022, l'assuré disposait d'une capacité totale de travail dans une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge excédant cinq à dix kilos, pas de travail sur terrain inégal ou impliquant une position statique et travail en position assise à privilégier, avec possibilité d'alterner les postures.

Dans un nouveau projet de décision du 11 novembre 2022, remplaçant et annulant celui du 15 novembre 2021, l'OAI a informé

l'assuré qu'il comptait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2020 au 31 juillet 2021, une demi-rente du 1^{er} août 2021 au 31 décembre 2021 ainsi qu'une rente entière du 1^{er} janvier au 31 octobre 2022.

Par pli du 15 décembre 2022, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité, contestant avoir recouvré une pleine capacité de travail, même dans une activité adaptée, à compter du 1^{er} août 2022. Il a notamment transmis le rapport médical du 7 octobre 2022 du Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi que deux certificats médicaux (du 22 novembre 2022 du Dr G._____, et du 29 novembre 2022 du Dr J._____) attestant respectivement d'une incapacité de travail pour les mois de novembre et décembre 2022. Il a également indiqué souffrir de troubles psychiques, notamment d'une baisse générale de son estime de soi. Enfin, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin d'évaluer avec précision ses limitations fonctionnelles et ses éventuels troubles psychiques.

Dans son avis médical du 22 décembre 2022, la Dre H._____ a confirmé les conclusions de son dernier rapport, aucun élément médical ne venant valider une nouvelle atteinte à la santé invalidante ou une aggravation des atteintes déjà existantes.

Par décision du 24 février 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 novembre 2022.

B. Par acte reçu le 30 mars 2023 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, E._____ recourt contre la décision du 24 février 2023 de l'OAI, concluant, sous suite des frais et dépens, principalement, à sa réforme, en ce sens qu'une rente sans limitation temporelle lui soit également accordée pour la période postérieure au 1^{er} octobre 2022, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision après la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. S'appuyant sur le rapport du 7 octobre 2022 du Dr J._____ ainsi que sur les certificats médicaux des 22 et 29 novembre

2022 des Dr G. _____ et J. _____, il fait valoir qu'il était en incapacité totale de travail dans toute activité jusqu'au 31 décembre 2022. Il soutient également que sa situation s'est encore aggravée depuis la décision litigieuse, produisant à cet égard un rapport du 7 février 2023 du Dr U. _____, spécialiste en radiologie, relatif à l'IRM cervicale du même jour, laquelle révélait une uncodiscarhtrose cervicale en C3-C4 et C4-C5 responsable de sténoses foraminales légères des deux côtés, sans hernie discale. Finalement, il considère qu'en ne se prononçant pas sur sa requête d'expertise, l'OAI a violé la maxime inquisitoire et son droit d'être entendu.

Par réponse du 30 mai 2023, l'OAI confirme pour l'essentiel sa décision attaquée, concédant toutefois que la fin de la deuxième période de rente entière peut le cas échéant être fixée au 31 novembre 2022 (recte : 30 novembre 2022). Il conteste avoir instruit la cause de manière lacunaire. En particulier, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'expertise du seul fait que l'assuré évoque d'éventuels troubles psychologiques, d'autant que les médecins consultés n'ont pas signalé de plaintes psychiques notables et qu'il n'est pas fait état de la nécessité d'une consultation dans ce domaine. Il produit en outre le rapport du 25 mai 2023 de la Dre H. _____ du SMR, laquelle confirme que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2022. S'agissant de l'IRM de la colonne cervicale du 7 février 2023, elle ne saurait, en l'absence de description clinique étayée, remettre en cause ses précédentes conclusions.

Par réplique du 14 juillet 2023, E. _____ réitère ses moyens et persiste dans ses conclusions.

Par duplique du 17 août 2023, l'OAI conclut au rejet du recours.

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 (art. 93 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 a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si son état de santé s'est amélioré - de manière à influencer son droit à la rente - à compter du mois de septembre 2022.

3. a) Dans un premier grief de nature formelle, le recourant estime que l'intimé a violé son droit d'être entendu en ne se prononçant par sur sa demande d'expertise pluridisciplinaire et en omettant d'instruire divers points utiles à l'établissement des faits.

b) La violation du droit d'être entendu et de la maxime d'instruction dans le sens invoqué par le recourant sont des questions qui n'ont pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves (voir TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il est possible en effet de renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires ou plus généralement une violation du droit d'être entendu, si l'on est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures

probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). Il s'agit par conséquent de griefs qu'il convient d'examiner avec le fond du litige.

4. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, la décision entreprise prend pour point de départ du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI) la date du 8 novembre 2019 et a octroyé une rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2020. L'ancien droit demeure donc applicable au cas d'espèce.

5. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

6. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

7. **a)** Pour 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

8. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation médicale retenue par l'office intimé.

a) Dans son rapport du 1^{er} septembre 2022, le Dr G._____ a mentionné que le recourant présentait toujours des paresthésies sur la face plantaire du pied, d'importantes douleurs lombaires persistantes nécessitant la prise d'antalgique et un déconditionnement physique. Cela étant, il a également relevé une évolution post cure de hernie discale satisfaisante, notamment la disparition des sciatiques. Or c'est en parfaite connaissance de ces éléments que le Dr G._____ a estimé, dans son rapport du 20 octobre 2022, que le recourant pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (port de charge limité, préférence pour un travail en position assise et changements fréquents de position ainsi que pas de travail sur terrain irrégulier).

S'agissant du rapport du 7 octobre 2022 du Dr J._____, il ne pose aucun nouveau diagnostic, ni de nouveau constat médical, et se contente de décrire les plaintes du recourant. Au demeurant, le Dr J._____ relate que la prise en charge physiothérapeutique dont bénéficie le recourant améliore nettement ses mobilités articulaires, apportant ainsi un constat positif concernant l'évolution de l'état de santé de son patient. Enfin, contrairement à ce que soutient le recourant, on ne peut rien déduire de ce rapport s'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr J._____ ayant uniquement attesté de son incapacité totale de travail dans son activité habituelle.

b) En ce qui concerne l'uncodiscarthrose cervicale en C3-C4 et C4-C5 révélée par l'IRM du 7 février 2023, responsable de sténoses foraminales légères des deux côtés, il convient de constater, à l'instar de l'intimé, qu'elle n'a pas d'influence sur la capacité de travail du recourant.

Si le recourant s'était certes déjà plaint de cervicalgies (cf. rapports des 19 mars, 22 avril et 10 mai 2021 ainsi que du 5 août 2022 du Dr F. _____), ni le Dr F. _____, ni aucun des médecins consultés, n'ont cependant estimé nécessaire d'investiguer plus avant cette question. A cet égard, le Dr G. _____, dans son rapport du 25 mai 2022, a mentionné que le recourant présentait des douleurs lombaires irradiant le long de sa colonne jusqu'à la colonne cervicale. Il avait donc connaissance des plaintes du recourant au niveau cervical lorsqu'il a considéré, dans son rapport du 20 octobre 2022, que son patient disposait d'une capacité totale de travail dans une activité adaptée. De même, le Dr F. _____ avait connaissance de ces mêmes plaintes lorsqu'il a estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail d'au minimum 50 % dans une activité adaptée. Quoi qu'il en soit, selon le Dr U. _____, l'uncodiscarthrose cervicale en C3-C4 et C4-C5 ne permet pas d'expliquer les cervicalgies.

c) S'agissant enfin de l'atteinte psychique (baisse générale de l'estime de soi) dont le recourant prétend souffrir, celle-ci n'est pas rendue vraisemblable, une telle atteinte n'étant appuyée par aucun élément au dossier. A cet égard, la prise de Lyrica est mentionnée pour la première fois par le Dr F. _____ dans son rapport du 10 mai 2021. Or ni ce médecin, ni les autres médecins consultés n'ont fait état d'une atteinte psychique. Le recourant quant à lui s'est prévalu d'une atteinte psychique seulement au stade du recours et n'apporte aucun élément attestant d'un suivi par un spécialiste pour une telle atteinte. De plus, le fait que du Lyrica lui a été prescrit n'est pas à lui seul relevant. En effet, les pièces au dossier ne permettent pas d'affirmer que ce médicament lui aurait été prescrit par un psychiatre ou un psychothérapeute. En outre, un tel médicament n'est pas uniquement destiné à traiter les troubles

psychiques, mais est également utilisé pour soigner les douleurs neuropathiques, ce dont souffre précisément le recourant.

d) Ainsi, compte tenu des avis des médecins consultés et de l'absence d'éléments médicaux objectifs au dossier attestant de l'existence chez le recourant d'une affection au niveau cervical ou psychique se répercutant sur sa capacité de travail, on ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'office intimé. L'intimé était donc fondé à retenir que le recourant disposait objectivement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à cinq-dix kilos, alternance des positions et pas de travail sur terrain irrégulier).

9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d). Or, quoi qu'en dise le recourant, il n'y a pas lieu de retenir que l'intimé aurait violé son obligation d'instruction au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA, les pièces versées à son dossier au stade de la procédure administrative apparaissant suffisantes à statuer en connaissance de cause. Il n'est donc pas nécessaire de renvoyer l'affaire à l'intimé pour complément d'instruction, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

10. a) Dans sa réponse, l'intimé a accepté de verser au recourant une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 novembre 2022. Par conséquent, le recours doit être très partiellement admis et la décision du 24 février 2023 rendue par l'intimé réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 novembre 2022.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est

soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre entièrement à la charge du recourant, lequel ne voit son recours que très partiellement admis.

c) Il n'est pas alloué de dépens au recourant, vu la très faible mesure de l'admission de son recours. Le droit à une rente entière d'invalidité est en effet accordé jusqu'à la fin du mois de novembre 2022, soit durant un mois supplémentaire, comme l'intimé y a consenti dans sa réponse, tandis que les griefs du recourant ont été rejetés pour le surplus.

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

- I.** Le recours est très partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 24 février 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité est réformée en ce sens que E. _____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 novembre 2022.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de E. _____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Aba Neeman, (pour E. _____), à Monthey,
- Office de l'invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi 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 :