

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mars 2021

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Röthenbacher, juge, et M. Perreten, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant, représenté par Me Blaise Krähenbühl,
av. à Genève,

et

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

Art. 6 ss, 16, 17, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation professionnelle, a travaillé en tant qu'aide-serrurier dès août 2014 pour X._____ SA.

En juin 2016, l'assuré a ressenti d'importantes douleurs dorsales. Il a interrompu son travail le 9 juin 2016 et a perçu, dès cette date, des indemnités journalières de R._____.

Le 22 juin 2016, l'assuré a passé une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire. Dans le rapport d'IRM établi le même jour, le Dr N._____, spécialiste en radiologie, a conclu à des discopathies étagées, prédominant en L4-L5 où elles s'associent à une extrusion focale de matériel discal de localisation médiane puis paramédiane droite, déplacée vers le bas, refoulant la racine L5 droite à son émergence du sac thécal, en progression par rapport à 2004, ainsi qu'à un canal lombaire étroit de type A2 en L3-L4 et L4-L5.

Par courrier du 1^{er} juillet 2016, le Dr T._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a adressé son patient au service de [...] du Centre G._____, pour avis. Il indiquait que son patient présentait une hernie discale (HD) L5 droite et un canal lombaire étroit, précisant que la médication antalgique et la physiothérapie n'avaient pas apporté d'amélioration de la symptomatologie douloureuse.

Le 5 septembre 2016, le Dr C._____, Chef de clinique adjoint au service de [...] du Centre G._____, a adressé un rapport au médecin traitant pour l'informer de l'introduction d'un traitement de dexaméthasone en schéma dégressif. Il précisait qu'en cas de non amélioration des symptômes, la suite de la prise en charge pourrait consister en une infiltration de corticoïde ou une intervention chirurgicale.

Le 1^{er} novembre 2016, le Dr T._____ a répondu à un questionnaire de R._____. Il a posé le diagnostic de lombosciatalgie, indiquant que les symptômes s'étaient manifestés le 4 juin 2016 et avaient entraîné une incapacité de travail de 100 % dès le 9 juin 2016. Une tentative de reprise de l'activité habituelle à 50 % dès le 27 juin 2016 s'était soldée par un échec et une nouvelle interruption totale de travail. Renvoyant pour le surplus à son courrier du 1^{er} juillet 2016 précité, le Dr T._____ mentionnait que le pronostic était réservé, qu'il était trop tôt pour se prononcer sur l'aptitude de l'assuré dans une activité adaptée et qu'un suivi auprès d'un neurochirurgien était en cours. Le Dr T._____ a joint un rapport du Dr C._____ du 12 octobre 2016 et dont on extrait ce qui suit :

« J'ai discuté avec le patient, lui mentionnant les bénéfices et risques d'une éventuelle chirurgie. Au vu de la légère amélioration de la douleur sur corticothérapie et au vu de l'attitude dubitative du patient pour une chirurgie, j'ai décidé de continuer par un traitement anti-inflammatoire d'Irifen durant une semaine et du Tramal Retard 100 mg/j tous les soirs. Je l'ai informé qu'il devra consulter aux urgences en cas d'aggravation de la symptomatologie ou de nouveau déficit neurologique ».

Dans un rapport adressé le 14 novembre 2016 au médecin traitant à propos d'une consultation du 10 octobre 2016, le Dr C._____ a indiqué qu'au vu de l'absence d'amélioration, il avait organisé un rendez-vous au service [...] du Centre G._____, afin d'évaluer la possibilité d'une éventuelle ponction péridurale antalgique.

Le 22 novembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par l'intermédiaire de R._____, qui a joint une copie de son dossier.

Par courrier du 19 décembre 2016, X._____ SA a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 28 février 2017.

Le 10 janvier 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce auprès d'I._____ SA, portant sur trois modules

(entretien d'évaluation, bilan puis préparation à l'emploi/stages) devant se dérouler du 23 janvier au 2 juin 2017. Cette mesure a toutefois pris fin le 25 janvier 2017, en raison de la situation encore trop incertaine de l'assuré au niveau médical (cf. rapport d'I. _____ SA du 25 janvier 2017).

Par courrier du 22 février 2017, l'OAI a informé l'assuré du fait que les mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées et qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.

Le 17 mai 2017, l'assuré a été examiné dans les locaux de G. _____ SA par le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à la demande de R. _____.

Le 25 mai 2017, le Dr T. _____ a répondu à un questionnaire médical de l'OAI. Il a mentionné les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : lombalgies récidivantes depuis 2007, conflit radiculaire L5 droit / hernie discale paramédiane droite depuis juin 2016, aggravation du conflit radiculaire L5 droite depuis février 2017, canal lombaire étroit L3-L4 et L4-L5 depuis 2005 et excès pondéral. Il indiquait que le pronostic était médiocre et qu'une « très éventuelle » intervention neurochirurgicale était en discussion avec l'assuré, précisant qu'une infiltration effectuée par le service [...] du Centre G. _____ ne l'avait que partiellement soulagé. Aux questions relatives à l'incapacité de travail présentée par l'assuré, renvoyant pour le surplus aux rapports de neurochirurgie, le Dr T. _____ indiquait qu'elle était de 100 % dans la profession d'aide-serrurier exercée par l'intéressé, que cette activité n'était plus exigible, que le rendement était réduit, que les restrictions ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise du travail ou à une amélioration de la capacité de travail. Dans le formulaire portant sur les travaux pouvant encore être exigés de l'assuré, il mentionnait qu'aucune activité n'était exigible à temps complet, évaluant la capacité de travail à 80 % dans les activités en position assise ou debout ou demandant de lever les bras et à 50 % dans les activités en position accroupie ou à genoux et celles impliquant de soulever les objets ou de monter sur une échelle ou sur un

échafaudage. La marche en terrain irrégulier était à proscrire et la limite de poids pouvant être soulevé était de 10 kg près du corps et 2 kg loin du corps. Ces limitations étaient applicables depuis juin 2016. Avec ce rapport, le Dr T. _____ a joint divers rapports médicaux, dont en particulier :

- Les rapports que le Dr C. _____ lui a adressés dès le 23 août 2016, parmi lesquels figurait notamment un rapport du 25 avril 2017 dont on extrait ce qui suit :

« Au vu de la persistance de la symptomatologie, compatible avec les résultats radiologiques, je conseille plutôt une prise en charge chirurgicale. Toutefois, [le patient] reste dubitatif quant à cette option et n'a pas encore accepté les modalités y relatives. Par conséquent, il va poursuivre l'attitude conservatrice de nos collègues antalgistes et, de mon côté, je prévois de le revoir le 26.04.2017 en contrôle ».

Ce rapport contenait par ailleurs les résultats d'une IRM de la colonne lombaire du 24 février 2017, concluant à la stabilité de la hernie paramédiane et latérale droite L4-L5 avec conflit sur la racine L5 droite.

- Un rapport d'IRM du 5 décembre 2005. Effectuée en raison de lombalgies récidivantes depuis plusieurs mois, avec sciatalgies gauches, l'IRM ne montrait pas de hernie discale significative. En revanche, il y avait des altérations dégénératives à caractère actif notamment sur le segment dorsal inférieur et un canal lombaire étroit.

Par courrier du 13 juin 2017, R. _____ a donné connaissance à l'assuré des conclusions du rapport d'« assessment » déposé le 1^{er} juin 2017 par le Dr H. _____. R. _____ mentionnait que ce médecin avait conclu que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité de serrurier, qui est un métier lourd qui mobilise le rachis dans tous les plans en charges, était nulle, mais que sa capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée avec alternance de charge, par exemple un travail en position assise qui permet des changements de position toutes les quatre

heures. Le Dr H._____ avait précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée était immédiate, mais qu'il faudrait compter une incapacité de travail de six mois si une opération était décidée. R._____ relevait que la décision d'opérer serait prise en fonction des résultats d'une nouvelle infiltration prévue le 26 juin 2017, raison pour laquelle elle avait requis des rapports auprès du Centre G._____.

Le même jour, R._____ a adressé au Centre G._____ une copie du rapport du Dr H._____ et demandé qu'un rapport détaillé mentionnant le résultat de l'infiltration lui soit adressé. Les rapports suivants ont ainsi été transmis :

- Un questionnaire rempli le 1^{er} mai 2017 par le Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie. Ce médecin a mentionné que le patient souffrait de lombalgies depuis plus de dix ans et qu'il présentait actuellement des lombosciatalgies droites et une hypoesthésie des orteils droits. Le patient signalait également des douleurs dans la cuisse droite et se disait incapable de rester debout. Le Dr K._____ a indiqué pour le surplus que les questions relatives au pronostic et à la capacité de travail n'étaient pas dans ses compétences.
- Un questionnaire complété le 23 mai 2017 par la Dre B._____, spécialiste en neurochirurgie, comportant seulement la remarque suivante :

« Le patient présente une hernie discale pour laquelle une chirurgie a été à plusieurs reprises proposée et refusée.
Je ne connais pas personnellement ce patient et le Dr C._____ qui l'a suivi ne travaille plus en Suisse.
- Le courrier adressé le 23 mai 2017 par la Dre B._____ au médecin traitant à propos d'une consultation ambulatoire du 26 avril 2017, exposant que l'indication relative à une intervention chirurgicale avait été répétée à l'assuré, mais que celui-ci avait maintenu sa position initiale de ne pas se

faire opérer. En conséquence, il n'était pas prévu de continuer un suivi en neurochirurgie.

R._____ a mandaté le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour procéder à une expertise. Dans son rapport de 23 octobre 2017, ce médecin a posé le diagnostic de lombalgies et sciatalgies chroniques récidivantes sur hernie discale compressive L4-L5 droite. Il a précisé que la symptomatologie douloureuse, l'important syndrome vertébral et les manifestations radiculaires aiguës étaient en corrélation avec l'examen clinique et le résultat des IRM concluant à la présence d'une hernie discale L4-L5 droite. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, l'expert a indiqué qu'elle était définitivement nulle dans la profession d'aide-serrurier. Il a ajouté que la capacité de travail de l'intéressé était également nulle dans n'importe quelle activité, même allégée et adaptée et/ou en position assise, car même la position assise était devenue douloureuse. Aucun des traitements conservateurs (repos, prise d'antalgique, d'anti-inflammatoire ou de cortisone, infiltrations) n'ayant apporté d'amélioration notable, l'expert indiquait que la cure chirurgicale de hernie discale était le seul traitement qui entrait en considération. L'assuré avait accepté de se soumettre à cette intervention. Cependant, le Dr S._____ précisait que, même avec un très bon résultat après la cure chirurgicale, l'assuré devrait être réorienté vers une activité non physique lui permettant de se mobiliser, réorientation qui pourrait être commencée six mois après la cure chirurgicale.

Une nouvelle IRM de la colonne lombaire a été effectuée le 2 octobre 2017. Celle-ci a montré la stabilité de la protrusion discale paramédiane droite L4-L5 comprimant la racine L5 droite (cf. annexe au rapport de la Dre B._____ du 5 janvier 2018).

Une intervention chirurgicale portant sur la hernie discale a eu lieu le 25 octobre 2017, au Centre G._____.

Répondant le 28 mars 2018 à un questionnaire de R._____, le Dr T._____ a indiqué que l'assuré avait subi une laminectomie L4 droite pour exérèse de hernie discale L4-L5 droite. Il y avait cependant récurrence des lombalgies et sciatalgies droites en post-opératoire, avec des douleurs insomnieuses. L'évolution paraissait ainsi défavorable en raison d'un probable failed back surgery syndrome, l'existence d'un tel syndrome rendant en outre le pronostic mauvais. S'agissant de la capacité de travail, il estimait qu'elle était nulle dans l'activité habituelle, mais qu'il existait une capacité de travail de 50 %, soit 4 heures par jour, dès mars 2018 dans une activité adaptée, consistant en un travail léger sans contrainte pour le rachis.

Répondant le 9 avril 2018 à un questionnaire de l'OAI, la Dre B._____ a mentionné, à propos de l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis le rapport du 14 novembre 2016, la persistance de douleurs du membre inférieur droit, mal systématisées. Aux questions relatives à la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle, elle répondait « 0 % » et à celles portant sur une activité adaptée, « pour l'instant 0 % ». La Dre B._____ a ajouté qu'une IRM serait prochainement effectuée pour exclure une récurrence ou une complication de la chirurgie.

Le 18 octobre 2018, l'OAI a reçu un questionnaire rempli par la Dre B._____, dans lequel elle a indiqué que le patient était stable, mais qu'il refusait une nouvelle chirurgie pour la récurrence de hernie discale. Aux questions portant sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, elle a répondu que le recourant était en arrêt de travail comme aide-serrurier depuis juin 2016. Elle n'a pas répondu aux questions portant sur la capacité de travail dans une activité adaptée et a mentionné, sous la question relative aux limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical, l'impossibilité de porter des poids supérieurs à 10 kg. S'agissant du traitement médical, elle a précisé que l'intéressé était pris en charge par le service [...]. Elle a en outre joint le rapport qu'elle a adressé le 5 juillet 2018 au médecin traitant de l'assuré, résumant la consultation ambulatoire du 26 avril 2018. Il ressort de ce document que l'IRM réalisée

en avril 2018 confirmait la présence d'une petite récurrence de hernie discale L4-L5 droite. Le patient restait neurologiquement intact mais se plaignait toujours de douleurs lombaires avec une fatigabilité importante et, de temps en temps, une irradiation dans le membre inférieur droit. Il prenait des antidouleurs avec lesquels il arrivait à gérer les symptômes, mais était toujours en arrêt de travail et ne voyait pas comment il pourrait reprendre une activité professionnelle dans les chantiers. Informé sur les risques d'une reprise chirurgicale, le patient souhaitait attendre. Ce rapport contenait par ailleurs en annexe le résultat de l'IRM de la colonne lombaire effectuée le 5 avril 2018, laquelle concluait comme suit :

« Imagerie en faveur d'une récurrence herniaire droite visible sous forme d'une protrusion discale non rehaussante en L4-L5 paramédiane droite, pouvant irriter la racine L5 à droite. Canal lombaire étroit grade B selon Schizas à ce niveau. Signes de remaniement inflammatoire paravertébral droit lombaire bas, sans collection. »

L'OAI a adressé le dossier de l'assuré pour avis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). Dans son avis du 6 mai 2019, dans lequel il se référait principalement au rapport d'expertise du 23 octobre 2017, le Dr F._____, médecin généraliste, a conclu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité de serrurier ainsi que dans toutes les activités lourdes depuis le 9 juin 2016. En revanche, constatant que la Dre B._____ indiquait dans un rapport du 18 octobre 2018 que le patient était stable, le Dr F._____ a considéré que la capacité de travail dans une activité adaptée était complète dès octobre 2018. Il décrivait les limitations fonctionnelles comme suit : activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulation de charges de plus de 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, activité en milieu tempéré, à heures fixes et réparties sur cinq jours ouvrables.

Le 1^{er} octobre 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente, prévoyant de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2017 au 31 décembre 2018. Il était relevé qu'à l'issue du délai d'attente, le 9 juin 2017, l'assuré présentait une incapacité de travail et de gain totale, dans toute activité, ce qui ouvrait le droit à une rente d'invalidité complète. Une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée pouvait toutefois raisonnablement être exigée de lui dès octobre 2018. Compte tenu des limitations fonctionnelles, reprenant sur ce point celles décrites par le SMR dans son avis du 6 mai 2019 précité, l'OAI estimait que la capacité de travail résiduelle de l'assuré pouvait être mise en valeur dans des activités telles que le travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autre). L'office a procédé à une comparaison des salaires en prenant comme base, pour le revenu avec atteinte à la santé, les données statistiques fédérales relatives aux activités non qualifiées du domaine de la production et des services, avec un abattement supplémentaire de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Il en découlait un préjudice économique de 6'624 fr. 61, représentant un degré d'invalidité de 9.84 % ne donnant pas droit à une rente d'invalidité, ni à des mesures professionnelles.

L'assuré, représenté par Procap Centre de conseils en Assurances Sociales, a fait opposition au projet de décision d'octroi de rente par acte du 27 novembre 2019, concluant au maintien de la rente entière au-delà du 31 décembre 2018. Il exposait que l'intervention chirurgicale effectuée le 25 octobre 2017 n'avait pas apporté le résultat escompté. Le diagnostic de lombalgies et sciatalgies chroniques récidivantes sur hernie discale compressive L4-L5 droite était toujours d'actualité, soit une atteinte qui avait eu comme répercussion une incapacité de travail de 100 % depuis le 9 juin 2016. Il relevait en outre que, dans le rapport reçu par l'OAI le 18 octobre 2018, la Dre B. _____

évoquait la stabilité de l'assuré dans le contexte d'une récurrence de hernie discale et rappelait que, dans son rapport d'expertise du 10 octobre 2017, antérieure à l'intervention chirurgicale, le Dr S._____ avait conclu à une incapacité de l'assuré dans n'importe quelle activité. Il se prévalait en outre du fait que l'assurance perte de gain maladie avait poursuivi l'indemnisation jusqu'à l'épuisement du droit, renonçant ainsi à se positionner en faveur d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée après la cure chirurgicale.

Répondant le 3 mars 2020 à un questionnaire de l'OAI, la Dre B._____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, en précisant que l'assuré présentait un failed back syndrome. Aux questions relatives à l'aptitude de l'assuré à la réadaptation, elle a écrit « oui », puis elle a écrit « non » à la question demandant si une électromyographie (EMG) avait été réalisée. Pour le surplus, elle a renvoyé à un courrier adressé au médecin traitant joint en annexe. Ce courrier, non daté, portait sur la consultation ambulatoire du 19 décembre 2019. La Dre B._____ mentionnait le diagnostic de lombosciatique dans un trajet L5 droit dans le contexte de discopathie L4-L5. Elle précisait que la chirurgie effectuée en octobre 2017 s'était déroulée sans complication, mais que le patient présentait un failed back syndrome, avec en premier lieu des dorso-lombalgies, mais aussi des douleurs irradiantes en L5 à droite. Plusieurs infiltrations avaient été réalisées, sans succès. Une IRM lombaire effectuée en avril 2019 montrait une décompression de L5 très satisfaisante, sans récurrence herniaire, avec discopathie importante sur déshydratation discale L4-L5. Il n'y avait pas d'autre proposition chirurgicale en raison du failed back syndrome et la mise en place d'un stimulateur avait été discutée, mais refusée par le patient pour le moment.

Le SMR a été sollicité pour un nouvel avis. Un résumé d'entretien téléphonique du 1^{er} avril 2020 mentionne que le Dr Z._____, spécialiste en médecine du travail, a déclaré que, même si le rapport médical de la Dre B._____ et le dernier compte-rendu de consultation « auraient pu être plus détaillés », ils suffisaient toutefois à confirmer la

capacité de travail médico-théorique totale dans une activité adaptée (cf. compte-rendu de la permanence juriste du 17 mars 2020, doc. n° 71).

Par décision du 17 avril 2020, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2017 au 31 décembre 2018. La décision reprenait la motivation présentée dans le projet de décision du 1^{er} octobre 2019.

Dans un courrier du même jour, l'OAI a informé l'assuré du fait que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé du projet de décision, qui devait dès lors être confirmé. Il a relevé en premier lieu que le rapport de la Dre B. _____ du 18 octobre 2018 mentionnait clairement un arrêt de travail comme aide-serrurier et des limitations fonctionnelles consistant en l'impossibilité de porter des poids de plus de 10 kg, ce dont il n'y avait pas lieu de conclure que la capacité de travail était nulle dans toute activité. Par ailleurs, il faisait valoir que les conclusions de l'assurance perte de gain ne liaient pas l'OAI et qu'au demeurant, l'épuisement des prestations de perte de gain était intervenu le 8 juin 2018, soit avant l'amélioration de l'état de santé qui justifiait la modification du droit à la rente.

Par décision du 6 mai 2020, l'OAI a fixé le montant de la rente entière d'invalidité de l'assuré ainsi que des rentes pour enfant liées et a établi le décompte des montants dus à titre rétroactif. La décision reprenait la motivation développée dans le projet de décision du 1^{er} octobre 2019 puis dans la décision d'octroi de rente du 17 avril 2020.

B. Par acte du 4 juin 2020, représenté par Me Blaise Krähenbühl, L. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 6 mai 2020, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée dès le 1^{er} juin 2017 pour une durée indéterminée, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a fait valoir en particulier que le dossier de l'OAI était incomplet, plusieurs rapports

médicaux et d'IRM n'y figurant pas. En outre, des mesures complémentaires étaient nécessaires, soit notamment une évaluation médicale de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Il relevait à cet égard que le SMR avait déduit une capacité de travail complète dans une activité adaptée en se fondant sur deux rapports de la Dre B._____, alors que cette médecin ne s'était pas déterminée sur cette question et indiquait que le recourant souffrait d'un failed back syndrome, ce qui signifiait que la chirurgie pratiquée n'avait pas fonctionné. Il requérait donc plusieurs mesures d'instructions, consistant dans la production des rapports médicaux et d'IRM manquants, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire indépendante, ainsi que la demande de nouveaux rapports auprès du Centre G._____, ainsi que de l'Hôpital de [...] et du Centre V._____. Enfin, le recourant faisait valoir que le rapport du Dr S._____ du 23 octobre 2017 n'avait conclu à une capacité de travail dans une activité adaptée que dans l'hypothèse où l'intervention chirurgicale amènerait de bons résultats, ce qui n'était pas le cas. Les traitements alternatifs proposés ne paraissaient en outre pas pouvoir conduire de manière efficace et sûre à un rétablissement du recourant, dès lors qu'ils présentaient des risques de complication dont il fallait tenir compte. Ainsi, l'invalidité du recourant devait être reconnue. A l'appui de son recours, il a produit notamment les pièces suivantes :

- Le rapport établi par la Dre B._____ à l'attention du médecin traitant relatif à la consultation du 19 décembre 2019 déjà envoyé à l'intimé le 3 mars 2019, daté cette fois du 25 mars 2020.
- Un rapport établi le 6 février 2020 par le Dr D._____, spécialiste en anesthésiologie, à l'attention de la Dre B._____, dans lequel il concluait à des « lombosciatalgies persistantes après une chirurgie rachidienne satisfaisante (FBSS) pour laquelle des traitements médicamenteux variés ont été essayés sans succès », de même que différents types d'infiltrations. Ainsi, la seule option raisonnable qui

pouvait être proposée au patient était une stimulation médullaire que le patient refusait.

Par réponse du 13 août 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. S'agissant de l'instruction médicale, il renvoyait à ses avis juriste datés des 9 janvier, 30 janvier et 2 avril 2020.

Par réplique du 31 août 2020, le recourant a fait valoir qu'il avait bénéficié de tous les traitements conservateurs possibles, en particulier cinq infiltrations, et qu'il ne restait plus d'autre option thérapeutique susceptible d'apporter une amélioration importante de son état de santé, seule une prise en charge rééducative active sur le long cours étant désormais susceptible d'apporter une évolution « quelque peu favorable ». Il a encore produit, notamment un rapport établi le 24 juillet 2020 par le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, dont on extrait ce qui suit :

« Monsieur L._____ présente donc une lombosciatalgie L5 droite non déficitaire sur discopathie avec zone hyper-intense (HIZ) L4-L5 et possible effet irritatif sur la racine L5. L'examen clinique reste tout à fait rassurant et nos collègues de [...] ont réfuté toute indication chirurgicale dans leur consultation de juin 2020 avec une IRM récente.

Sur le plan médicamenteux, nous avons quasiment essayé tous les traitements à disposition, seule la Gabapentine n'a pas encore été essayée et pourrait être proposée au patient si vous le jugez également indiqué.

Il bénéficiera d'une consultation prochaine au [...] pour discuter d'une éventuelle infiltration sachant qu'il a déjà bénéficié de 5 procédures infiltratives comprenant facette, épidurale et foraminale, toujours restées sans effet. La prise en charge en physiothérapie ambulatoire n'a pas amélioré le patient.

J'ai tenté d'expliquer au patient qu'il ne fallait plus attendre de solution miracle chirurgicale ou infiltrative et que la seule façon d'améliorer son état de santé était une prise en charge rééducative active sur le long cours axée sur un travail de reconditionnement de la musculature lombo-pelvienne et abdominale, de stretching et des mesures de réduction pondérale. J'ai expliqué à Monsieur L._____ qu'il s'agissait là d'une prise en charge difficile nécessitant un investissement important de la part du patient et dont les résultats étant souvent longs mais il s'agit pour ma part de la seule manière de permettre

une évolution quelque peu favorable sur le moyen et le long terme. »

Le recourant a encore produit, par courrier du 4 décembre 2020, un rapport établi le 18 novembre 2020 par le Dr M. _____ à l'attention de la Dre W. _____, médecin généraliste suivant le recourant depuis le 24 octobre 2019 au Centre V. _____. Le Dr M. _____ signalait une évolution sinistrosique de son patient, dans la mesure où toute indication chirurgicale avait été éliminée tandis que ni la prise en charge infiltrative, ni la prise en charge physique ne lui apportait un bénéfice. Par conséquent, il craignait que le patient n'arrive pas à s'investir suffisamment dans le cadre d'un programme de reconditionnement et préconisait la poursuite d'un traitement simple et conservateur axé sur une prise en charge en physiothérapie de reconditionnement.

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 porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail dès le 1^{er} octobre 2018.

3. 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) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

4. 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 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) En l'espèce, l'intimé a alloué une rente entière limitée dans le temps pour la période du 1^{er} juin 2017 au 31 décembre 2018, au motif que le recourant a présenté une incapacité totale de travail dans toute activité dès le 9 juin 2016, puis qu'il a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès octobre 2018. Pour arriver à cette conclusion, il s'est fondé principalement sur l'avis du SMR du 6 mai 2019.

Le recourant conteste avoir retrouvé une quelconque capacité de travail en octobre 2018, en faisant valoir en premier lieu que le SMR a basé son avis du 6 mai 2019 sur une lecture erronée du rapport de la Dre B. _____ versé le 18 octobre 2018 au dossier de l'OAI. A cet égard, il convient de relever avec le recourant que, dans ce rapport, la Dre B. _____ ne répondait pas aux questions portant sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et qu'elle se montrait très succincte au sujet des limitations fonctionnelles d'ordre strictement

médical. Certes, elle a indiqué que le patient était stable. Mais elle répondait à la question relative à l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis son dernier rapport. En l'occurrence, le précédent questionnaire adressé par l'OAI à la Dre B._____ a été rempli par celle-ci le 9 avril 2018 et faisait état, à la question portant sur l'évolution de l'état de santé du recourant, de la persistance de douleurs du membre inférieur droit, mal systématisée. Par conséquent, si elle a mentionné en octobre 2018 que le patient était stable par rapport à avril 2018, cela peut tout au plus signifier que l'état de santé n'a pas évolué entre avril et octobre 2018 et que les douleurs du membre inférieur droit étaient toujours présentes.

Par ailleurs, la Dre B._____ indiquait clairement dans son rapport du 9 avril 2018 que le recourant présentait une incapacité de travail complète dans toute activité. Dès lors, il paraît difficile d'interpréter l'emploi du mot « stable » dans le rapport d'octobre 2018 comme pouvant faire état d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Une telle interprétation est d'autant moins compréhensible que la Dre B._____ a joint à ce dernier questionnaire le rapport qu'elle a adressé le 5 juillet 2018 au médecin traitant du recourant, dans lequel elle confirmait une récurrence de hernie discale L4-L5 droite et la persistance de douleurs lombaires importantes, sans aborder non plus la problématique de la capacité de travail.

b) Avant de rendre sa décision, instruisant l'opposition de l'assuré contre son projet de décision, l'OAI a obtenu un nouveau rapport de la Dre B._____ et sollicité une nouvelle fois l'avis du SMR, qui s'est limité à confirmer par téléphone les conclusions de son précédent rapport. Outre l'absence de rapport écrit du Dr Z._____, rendant particulièrement peu probantes les conclusions que l'OAI lui attribue dans un simple compte-rendu téléphonique à l'intention de son service juridique, on relève que l'appréciation de ce dernier médecin se fonde également sur les seuls rapports de la Dre B._____, à qui il reproche en passant de n'avoir pas suffisamment détaillé ses réponses.

Cependant, dans ce nouveau questionnaire, daté du 3 mars 2020, la Dre B._____ indiquait à nouveau que l'état de santé de son patient depuis son dernier rapport était stationnaire et confirmait l'échec de l'intervention chirurgicale effectuée en 2018 (failed back syndrome). Aux questions portant sur l'aptitude à la réadaptation, elle a répondu simplement « oui », sans autre précision notamment s'agissant du *dies a quo* et du taux. En annexe au questionnaire, la Dre B._____ a joint un projet non daté du courrier qu'elle a ensuite adressé le 25 mars 2020 au médecin traitant, dans lequel elle exposait qu'il n'y avait pas d'autre option chirurgicale en regard du failed back syndrome. Pour le surplus, elle évoquait une autre piste discutée avec le patient au niveau de l'antalgie.

Ainsi, force est de constater qu'une nouvelle fois, la Dre B._____ a éludé les questions portant sur la capacité de travail. L'absence de réponse précise de cette médecin semble avoir été interprétée par le Dr Z._____ comme une « confirmation » de l'existence d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Une telle conclusion ne peut cependant être obtenue que si l'on prend comme prémisses que la Dre B._____ avait déjà émis une telle affirmation. Or, comme vu ci-dessus à propos de l'avis SMR du 6 mai 2019, tel n'a jamais été le cas. Dans ce contexte, le questionnaire du 3 mars 2020 peut seulement être interprété dans le sens que la Dre B._____ n'exclut pas qu'une capacité de travail existe, mais qu'elle ne dispose pas d'élément pour se prononcer sur le taux d'activité exigible et sur les lésions fonctionnelles. Ces deux questions n'ayant fait l'objet d'aucune analyse poussée de la part de la Dre B._____, les avis du SMR des 6 mai 2019 et 1^{er} avril 2020 paraissent mal fondés.

c) Une première évaluation de la capacité de travail du recourant a été effectuée en mai 2017 par le Dr H._____, à la demande de R._____. Il ne saurait toutefois être tenu compte de cet avis, faute pour la Cour de céans de pouvoir en évaluer la valeur probante. En effet, le rapport du Dr H._____ ne figure pas dans le dossier constitué par l'OAI, seul un résumé de ses conclusions établi par R._____ étant disponible, dont la valeur probante est donc faible. Au demeurant, dans la

mesure où une intervention chirurgicale a été effectuée postérieurement à cet « assessment » et n'a pas été couronnée de succès, l'avis du Dr H._____ devrait de toute manière être considéré comme obsolète.

Il en va de même de l'évaluation faite par le Dr T._____ à la même époque. Tout au plus peut-on relever que ce médecin était, semble-t-il, moins optimiste que le Dr H._____, quant aux capacités du recourant dans une activité adaptée sans intervention chirurgicale.

Les conclusions du Dr S._____ dans son rapport d'expertise du 23 octobre 2017 doivent également être considérées comme obsolètes, pour les mêmes raisons. On peut néanmoins relever que ce médecin estimait que, sans intervention chirurgicale, la capacité de travail était nulle dans n'importe quelle activité, même allégée et adaptée et/ou en position assise, car cette position était aussi devenue douloureuse. En outre, toujours selon ce médecin, même avec « un très bon résultat » de la cure chirurgicale de la hernie discale, l'assuré devrait être orienté vers une activité non physique six mois plus tard, sans émettre de pronostic sur le taux auquel cette activité pourrait être exercée.

Ainsi, on peut seulement retenir de ces rapports qu'avant l'intervention chirurgicale, deux avis sur trois mentionnaient une capacité de travail réduite dans une activité adaptée, contre un seul avis en faveur d'une pleine capacité, dont la valeur probante fait défaut. Il paraît ainsi difficilement concevable de conclure, sur la base de ces rapports, qu'après l'échec de l'intervention chirurgicale, le recourant ait pu atteindre une capacité de travail complète dans une activité adaptée.

d) En définitive, depuis l'intervention chirurgicale, seul le Dr T._____ s'est prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, dans son rapport du 28 mars 2018. Ce médecin estimait celle-ci à 50 %, soit quatre heures par jour, dès mars 2018 dans une activité adaptée décrite comme un travail léger sans contrainte pour le rachis. Il relevait toutefois, à propos de l'évolution de l'état de santé du patient, qu'elle paraissait défavorable en raison d'un probable failed back surgery

syndrome et qu'en cas de confirmation de celui-ci, le pronostic serait mauvais. Or, l'échec de l'opération a été confirmé ultérieurement, de même que l'absence de toute nouvelle option chirurgicale permettant d'espérer une amélioration notable de l'état de santé du recourant. Ce rapport ne permet donc pas non plus de considérer que le recourant aurait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en octobre 2018.

Par conséquent, il est manifeste qu'au moment où ils ont été invités à émettre leurs avis respectifs, aucune pièce figurant au dossier ne permettait aux Drs F._____ et Z._____ de conclure à l'existence d'une capacité de travail complète de l'assuré sans procéder à un examen clinique complémentaire de l'intéressé, ni disposer du dossier d'imagerie médicale. Ce constat a pour corollaire que l'instruction effectuée par l'intimé s'avère lacunaire sur la question de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses lésions fonctionnelles. Les pièces produites par l'intéressé dans le cadre de son recours ne permettant pas d'y remédier, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé. Cette solution apparaît en effet comme la plus opportune au vu de l'importance des carences relevées.

Du reste, il appartient au premier chef à l'assureur d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales en vertu de l'art. 43 al. 1 LPGA. Il incombera ainsi à l'intimé de compléter l'instruction médicale, notamment en ordonnant une expertise comprenant en particulier des examens neurologiques et rhumatologiques, conformément à l'art. 44 LPGA, avant de rendre une nouvelle décision. Au vu de l'évolution « sinistrosique » évoquée par le Dr M._____ le 18 novembre 2020, une évaluation psychiatrique sera également nécessaire dans le cadre de l'expertise.

6. a) Le recours doit par conséquent être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour compléter l'instruction dans le sens des considérants puis rendre une nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (applicable dans sa teneur au 31 décembre 2020 en vertu de l'art 83 LPGA), la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2800 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une 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 L._____ une indemnité de 2800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Blaise Krähenbühl (pour L._____),
- 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 :