

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Métral, juge et Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

U._____, à **V.**_____, recourant, représenté par Me Pierre-André
Oberson, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. **a)** U._____, né en 1966, sans formation, travaillait en qualité de nettoyeur assainisseur auprès de D._____ SA à O._____ pour un revenu brut de 5'350 fr. par mois, perçu treize fois l'an, soit 69'550 fr. par an dès le 1^{er} janvier 2016.

b) Le 16 avril 2015, l'assuré a déposé une demande de moyens auxiliaires auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en raison d'un affaïssement des pieds avec métatarsalgie. Le 22 juin 2015, l'OAI est entré en matière et a pris en charge les coûts de chaussures orthopédiques.

c) Le 2 novembre 2016, l'assurance perte de gain de l'assuré a déposé un signalement en vue d'une détection précoce auprès de l'OAI en invoquant une incapacité de travail totale depuis le 10 mai 2016 en raison d'une discarthrose.

d) Etant toujours en incapacité de travail le 29 novembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations AI.

B. **a)** Dans le cadre de l'instruction de la demande de rente, l'OAI a requis des renseignements médicaux.

 Le 3 juin 2016, le Dr W._____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics de discarthrose étagée et hernie discale L4-L5 et L5-S1 à gauche, ainsi que des sciatalgies à gauche existantes depuis 3 mois. Le 1^{er} septembre 2016, ce médecin a précisé que l'assuré connaissait une sensibilité du membre inférieur gauche avec une force diminuée générant une incapacité de travail, mais il a constaté une évolution lentement favorable et envisageait une reprise du travail à 50% dès le 3 octobre 2016, puis à 100% dès novembre 2016. Le 8 décembre 2016, ce médecin a fait état d'une récurrence de douleurs du membre inférieur gauche et suggéré une éventuelle reprise à 50% début janvier

2017. Puis, le 6 février 2017, il a indiqué que l'assuré était à nouveau en incapacité de travail depuis le 30 janvier 2017, précisant qu'à chaque reprise du travail, les plaintes augmentaient en raison d'un travail trop dur physiquement. Une IRM du 31 janvier 2017 confirmait que la hernie discale L5-S1 était régressive depuis mai 2016, mais que son aspect en hypersignal T2 évoquait un état inflammatoire.

Cette situation a également été observée par le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a confirmé que l'assuré souffrait d'une hernie discale L5-S1 à gauche depuis avril 2016. Le 19 juillet 2016, le status était rassurant sans aucun déficit moteur. Le 29 août 2016, il a constaté une évolution favorable, précisant qu'il n'y avait plus de Lasègue et que la force distale était tout à fait symétrique ; la reprise du travail était prévue à 50% pour le mois d'octobre 2016. Le 8 novembre 2016, ce médecin a sollicité de l'employeur de l'assuré qu'il lui propose une activité de conciergerie plutôt que de l'entretien lourd, dès lors qu'à la suite d'une reprise du travail, la tolérance avait vite diminué.

Dans un rapport du 20 juin 2016, le Dr K._____, spécialiste en neurologie, a aussi constaté l'existence d'une hernie discale L5-S1 paramédiane gauche, pour laquelle il proposait un traitement conservateur sous la forme de repos et d'infiltration ; il a ajouté que comme il existait un fragment discal luxé, il était peu probable que la compression radiculaire disparût et qu'il était vraisemblable qu'un avis chirurgical dût être sollicité. Le 12 décembre 2016, il a constaté que la situation était inchangée mais que le patient n'était pas motivé à se faire opérer.

L'assuré a par la suite consenti à une intervention chirurgicale, à savoir une laminectomie L5 et cure d'hernie discale L5-S1 gauche, qui a eu lieu le 13 avril 2017 dans l'unité de chirurgie spinale de l'Hôpital Q._____. Après sa consultation du 7 juin 2017, le Dr A._____, médecin assistant auprès de cette unité, a relevé que la disparition complète des symptômes post-opératoires immédiats et la réapparition de ces derniers étaient évocatrices d'une récurrence de hernie discale, justifiant la réalisation

d'une nouvelle IRM, en parallèle à des séances de physiothérapie. Après sa consultation du 12 juillet 2017, le Dr A. _____ a constaté que l'IRM du 7 juin 2017 attestait de l'absence de récurrence de hernie discale L5-S1, mais qu'il persistait des symptômes de type lombosciatalgies S1 non déficitaires au status, précisant encore que l'assuré marchait sans douleur ni boiterie ; il préconisait la poursuite des séances de physiothérapie. Le 15 septembre 2017, après la consultation du 16 août 2017, le Dr T. _____, médecin associé de l'unité de chirurgie spinale, et le Dr A. _____ ont rappelé que l'IRM réalisée en juin 2017 ne montrait pas de récurrence de hernie discale et que, compte tenu d'une péjoration des douleurs, une nouvelle IRM avait été effectuée ce jour, laquelle ne retrouvait pas de phénomène compressif lombaire, de sorte qu'ils préconisaient une consultation en antalgie ainsi qu'auprès du Dr B. _____. Le 28 septembre 2017, le Dr T. _____ a indiqué que l'assuré ressentait toujours les mêmes douleurs, des lombosciatalgies S1, malgré le bon déroulement de l'intervention chirurgicale, et a estimé qu'une reprise de son activité était impossible compte tenu de la persistance d'importantes douleurs dans le membre inférieur gauche.

La Dre F. _____, cheffe de clinique du centre d'antalgie de l'Hôpital Q. _____, a indiqué que l'anamnèse et l'examen clinique de l'assuré l'avait orientée vers une sciatalgie gauche dans le territoire S1, avec une composante de douleurs neuropathiques sous forme de brûlures, picotements, fourmillements et la sensation d'une jambe engourdie. Au vu des IRM post-opératoires, elle a exclu un mécanisme de compression herniaire sur la racine S1. Elle a ajouté que l'assuré présentait également une inflammation des processus articulaires postérieurs au niveau lombaire prédominant à gauche. Elle a proposé des infiltrations en parallèle à la physiothérapie.

Le 14 novembre 2017, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, a posé les diagnostics de kinésiophobie et de lombo-pygalgies gauche avec sciatalgies gauche intermittentes dans le cadre de status après cure de hernie discale L5-S1 gauche par laminectomie L5, dysfonction D12-L1 (syndrome de Maigne) et

déconditionnement physique et psychique. Il a indiqué qu'une partie des douleurs semblait avoir une composante neuropathique et il se demandait si un traitement de Pregabaline à doses progressives ne pouvait pas aider l'assuré. Il a relevé que la durée des symptômes présents depuis plusieurs mois constituait néanmoins un mauvais pronostic. Il a ajouté qu'un geste infiltratif gauche pourrait apporter une aide par rapport à la douleur dans la région fessière gauche (syndrome de Maigne), puis qu'un reconditionnement musculaire devrait être réinvesti. Il a signalé la présence de facteurs de non organicité avec à la fois des signes de Waddell et de Kummel présents, le questionnaire montrant une évaluation haute. Il a donc prescrit à l'assuré des séances de physiothérapie tout en évoquant la possibilité d'une rééducation stationnaire dans un centre ciblé sur la douleur ; toutefois, il ne fallait pas oublier que des signes de non organicité étaient présents qui prêteritaient un peu le pronostic à long terme. Dans un rapport médical du 28 décembre 2017, le Dr B._____ a noté une incapacité de travail totale dès le 25 janvier 2017 tout en précisant que les restrictions physiques n'avaient pas été évaluées.

Le 11 décembre 2017, le Dr T._____ a indiqué que l'assuré présentait des douleurs depuis plus de deux ans et a proposé de l'adresser à la Clinique J._____ pour une rééducation stationnaire. Le 26 février 2018, ce même médecin a conclu que l'on était probablement en présence d'une radiculopathie chronique et que celle-ci, liée à des compressions de plus de 6 mois, pouvait provoquer des douleurs chroniques dans les membres inférieurs. Il a ajouté que l'assuré ne pouvait pas reprendre son activité antérieure et que, comme il présentait une radiculopathie et une démarche avec boiterie, il ne pouvait pas retravailler dans le domaine du nettoyage.

Examinant les différents avis médicaux le 14 mars 2018, le Dr R._____, médecin auprès du SMR, a considéré que la plupart de la symptomatologie douloureuse ne pouvait pas être objectivée par les constatations médicales et a sollicité la poursuite des investigations médicales.

L'IRM lombaire réalisée le 13 avril 2018 a montré des signes dégénératifs modérés de type discopathie modérée et d'arthrose facettaire modérée, mais pas de cicatrice hyperémiée, ni de hernie intra ou extra-foraminale.

Le 17 avril 2018, les Drs G._____, spécialiste en médecine interne générale auprès de la Clinique J._____ et P._____, médecin auprès de la même clinique, ont attesté de l'hospitalisation de l'assuré du 12 mars au 7 avril 2018 et de la persistance des douleurs.

Le 7 mai 2018, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a attesté d'une incapacité de travail pour les activités debout (périmètre de marche de 100 mètres) et assises (toléré 5 minutes) due aux suites de l'opération de la hernie discale lombaire. Il a indiqué que toutes les activités étaient actuellement douloureuses.

Après avoir constaté que la marche se faisait sans boiterie, le Dr T._____ a relevé le 15 mai 2018 que l'assuré avait des cervicalgies nouvelles et une lombosciatalgie gauche S1 chroniques depuis quelques temps et qu'une radiculalgie chronique persistait. Il se trouvait toutefois dans une impasse thérapeutique avec ce patient présentant des douleurs qu'aucune intervention (ni les infiltrations et séances de physiothérapie) n'a été en mesure de soulager.

Le 21 juin 2018, constatant que l'intensité de la symptomatologie douloureuse n'était toujours pas objectivée par les constatations médicales, le Dr R._____ a suggéré de recourir à un examen rhumatologique afin de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assuré dans une activité habituelle ou adaptée.

Un examen clinique rhumatologique de l'assuré a été effectué le 22 août 2018 par le Dr M._____, médecin spécialiste en rhumatologie auprès du SMR. Dans son rapport du 28 septembre 2018, il a posé le

diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de rachialgies diffuses avec surtout lombosciatalgies gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L5-S1 gauche (M54), associées à un syndrome rotulien gauche (M22.2). Il a retenu comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail des troubles statiques discrets des pieds avec hallux valgus bilatéral discret et débutant, discret excès pondéral avec BMI à 27,5 et ostéophytose de l'extrémité distale de l'acromion droit. Il a observé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 10 mai 2016, mais dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y avait aucune indication biomécanique à attester une incapacité de travail, de sorte que la capacité de travail était complète depuis le 13 octobre 2017 (six mois après l'intervention chirurgicale lombaire). Les limitations fonctionnelles retenues sont la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeau, échelle ou escalier. Il a précisé qu'en raison de l'importante démonstrativité et des nombreux signes comportementaux selon Waddell et Kummel, des mesures professionnelles risquaient d'échouer.

b) Par projet de décision du 18 mars 2019, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assuré du 1^{er} mai 2017 au 31 janvier 2018, considérant qu'à partir du 13 octobre 2017 une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit alterner les positions deux fois par heure, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'expositions à des vibrations, pas de genuflexions répétées, pas de franchissement régulier d'escabeau, échelle ou escalier. L'assuré pouvait donc, dès cette date, exercer des activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'intimé a constaté que le degré d'invalidité de 8,75% n'ouvrait pas le droit à une rente au-delà du 31 janvier 2018.

Le 12 avril 2019, l'assuré a fait valoir des objections à ce projet, en contestant une amélioration de son état de santé et niant avoir recouvré une pleine capacité de travail dès le 13 octobre 2017. Il a notamment produit une attestation du Dr E._____ du 17 avril 2019, selon laquelle l'assuré était victime de maladie douloureuse dorso-lombaire, il avait subi une opération neurochirurgicale qui avait doublé sa plainte douloureuse, des mesures thérapeutiques et des infiltrations lombaires lui avaient été prescrites et il avait été confié à la consultation de la douleur ; en conclusion, ce médecin a observé que l'assuré ne présentait pas d'impotence motrice ou mentale, que son état de santé était correct, mais qu'il avait une situation douloureuse permanente non fluctuante dorso-lombaire. Il a ajouté qu'il doutait pouvoir améliorer la situation de son patient car il avait épuisé les moyens thérapeutiques inutilement. Le 26 avril 2019, ce même médecin a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assuré en raison de son état douloureux dorso-lombaire.

Dans son avis du 18 juin 2019, le Dr R._____ a relevé que le but de l'examen clinique SMR du 22 août 2018 était essentiellement de se prononcer sur l'intensité de la symptomatologie douloureuse qui n'était pas objectivée par des éléments médicaux suffisants. Il a considéré que les conclusions résultant de cet examen étaient complètes et motivées et pouvaient être suivies, aucun élément au dossier ne permettant de s'en écarter, les récents rapports médicaux produits n'étant que des appréciations différentes d'un même état de fait.

Par décision du 11 septembre 2019, l'OAI a confirmé le projet de décision du 18 mars 2019.

c) Le 17 septembre 2019, l'intimé a reçu les documents médicaux suivants :

Le 28 août 2019, le Dr E._____ a confirmé l'incapacité de travail de l'assuré.

Le 2 septembre 2019, le Dr T. _____ a notamment noté qu'il avait été estimé que l'installation d'un neurostimulateur aurait été inefficace, dès lors que la Dre C. _____ avait constaté l'absence d'une radiculopathie chronique sur l'ENMG. L'assuré présentait toujours des douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur droit et remontant le long de sa colonne avec des douleurs cervicales et thoraciques. Le médecin a ajouté que le patient pensait clairement qu'il ne pouvait pas travailler ; la reprise du travail était toutefois difficile à évaluer pour le Dr T. _____.

L'IRM réalisée le 5 septembre 2019 a permis de constater une régression du rehaussement cicatriciel latéralisé à gauche en L5-S1, après cure de hernie discale ; il persistait toutefois un rehaussement articulaire adjacent ; les articulations postérieures étaient également rehaussées de L3 à L5, prédominant à droite en L3-L4, relativement symétrique en L4-L5. Il n'y avait pas de nouvelle hernie, les foramens étaient modérément rétrécis par l'arthrose postérieure et il y avait une déchirure des anneaux fibreux prédiscaux de manière étagée de L3 à L5.

Dans un bref rapport daté du 6 septembre 2019, le Dr E. _____ a déclaré que l'état de l'assuré restait stationnaire et était même aggravé, qu'il présentait un syndrome déficitaire L5-S1 et qu'il était quasi impossible que l'intéressé pût effectuer son travail d'origine ou un travail adapté.

C. Par acte du 17 octobre 2019, U. _____, par le biais de son conseil l'avocat Pierre-André Oberson, a recouru contre la décision du 11 septembre 2019, concluant, avec suite de frais et dépens, par voie de mesures provisionnelles à ce qu'une nouvelle expertise soit ordonnée et à la suspension de la cause pendant la durée de l'expertise, et à titre principal à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité complète dès le 1^{er} mai 2017 pour une durée illimitée, puis subsidiairement au renvoi de la cause devant

l'autorité intimée pour nouvel examen et nouvelle décision. En substance, il conteste bénéficier d'une quelconque capacité de travail.

Dans ses déterminations du 11 décembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à l'avis du SMR du 26 novembre 2019 émis par le Dr R._____, lequel constate que les pièces médicales produites font état de la même symptomatologie irritative et déficitaire déjà connue et résistante au traitement. Le Dr R._____ considère qu'il n'en ressort pas d'éléments permettant de s'écarter de ses précédentes conclusions.

Le 20 décembre 2019, le recourant a confirmé ses arguments et maintenu 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 (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. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 janvier 2018, singulièrement sur sa capacité de travail après le mois d'octobre 2017.

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 al. 1 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). 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). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement 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. *A contrario*, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

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 une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des

expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, aux termes de la décision attaquée, l'intimé a retenu que l'état de santé du recourant s'était amélioré au plus tard en octobre 2017 et que l'intéressé ne présentait dès lors plus d'invalidité au sens de la loi.

Le recourant, de son côté, a fait valoir que sa situation n'avait connu aucun changement important susceptible de modifier le droit à la rente.

Il est constant que l'assuré s'est vu allouer une rente entière temporaire d'invalidité eu égard aux atteintes résultant de la hernie discale, puis de l'intervention chirurgicale lombaire qu'elle a suscité, et qui empêchaient toute activité de l'assuré. Au regard de l'objet du présent litige, il n'y a pas lieu de revenir sur l'octroi de cette prestation. Il y a lieu

d'examiner si, comme il le prétend, le recourant présentait encore une atteinte invalidante au-delà du mois d'octobre 2017.

b) Dans son rapport d'examen rhumatologique du 28 septembre 2018, le Dr M._____ a effectué une anamnèse complète de l'assuré, tenu compte de ses plaintes, procédé à un examen clinique et analysé les rapports médicaux et imageries médicales au dossier avant de faire une appréciation claire du cas et dénuée de contradiction aboutissant à des conclusions motivées.

Il a ainsi constaté au status ostéoarticulaire et neurologique que l'assuré marchait sans boiterie, que l'accroupissement était limité et entraînait des lombalgies, mais que le relèvement se faisait sans aide extérieure. Il a ajouté que le reste du status neurologique était parfaitement normal, si ce n'était une hypoesthésie de toute la jambe gauche, de tout le pied gauche et de tout le membre supérieur droit, ces troubles sensitifs paraissant d'ordre fonctionnel, au vu de leur caractère diffus ne respectant pas vraiment un territoire radiculaire précis et au vu du reste du status neurologique qui était rassurant. Il a encore observé une hyporéflexie rotulienne bilatérale et achilléenne droite et une aréflexie achilléenne gauche. Les épreuves de Lasègue étaient négatives mais étaient limitées des deux côtés à 60° par un raccourcissement des muscles ischiojambiers et par des lombalgies.

Sur le plan rachidien, ce médecin a noté de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire était très diminuée, mais il a relevé la présence de 4 signes sur 5 de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une importante discordance entre la distance doigts-sol et la distance doigts-orteils sur le lit d'examen et d'une certaine démonstrativité, l'assuré poussant des soupirs aux latéroflexions du tronc et un petit cri à la rétroflexion du tronc d'une manière démonstrative. Par ailleurs, le recourant développait une importante résistance volontaire à la mobilisation passive du tronc en rétroflexion et aux latéroflexions du tronc avec des contrepulsions. L'assuré présentait également 1 signe sur 2 de

non organicité selon Kummel, sous forme de lombalgies à la mobilisation des épaules.

Le Dr M._____ a indiqué que la mobilité cervicale était également limitée mais que, là encore, l'assuré s'autolimitait, probablement en raison d'une kinésiophobie relevée par le Dr B._____. La mobilité des articulations périphériques était bien conservée. Seule l'abduction des deux épaules était limitée à 150°, la droite entraînant des douleurs de l'épaule droite. Cependant, les épreuves de périarthrite scapulo-humérale étaient toutes négatives, notamment l'épreuve de Hawkins était négative même à droite, ce qui permettait d'exclure un conflit sous-acromial, malgré la présence d'un ostéophyte exubérant à l'extrémité distale de l'acromion sur les rayons X.

Selon ce médecin, l'assuré présentait un syndrome rotulien gauche et de discrets troubles statiques des pieds, sous forme d'une tendance aux pieds plats, aux orteils en griffe, avec hallux valgus bilatéral débutant. Il n'y avait aucun signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Par ailleurs, une IRM lombaire réalisée avant et après injection de produit de contraste, le 13 avril 2018, montrait des signes dégénératifs modérés de type discopathies modérées et d'arthrose facettaire modérée. Il n'y avait pas de cicatrice hyperémiée, pas de hernie intra- ou extraforaminale sur cet examen. Le Dr M._____ a conclu que le recourant présentait donc des troubles dégénératifs du rachis lombaire.

Il a relevé la présence, sur les rayons X de l'épaule droite, d'une ostéophytose exubérante sur l'extrémité distale de l'acromion, avec possible impingement syndrome, qui n'était cependant pas retrouvable au status clinique. Il existait en outre un petit ostéophyte sur l'extrémité distale de la clavicule. Il existait des troubles dégénératifs relativement discrets à la colonne cervicale.

C'est dans ce contexte clinique que le médecin a retenu, d'une part, les diagnostics de rachialgies diffuses avec surtout lombosciatalgies gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec

status après cure de hernie discale L5-S1 gauche (M54), associées à un syndrome rotulien gauche (M22.2), avec effet sur la capacité de travail, et, d'autre part, les diagnostics de troubles statiques discrets des pieds avec hallux valgus bilatéral discret et débutant, discret excès pondéral avec BMI à 27,5 et ostéophytose de l'extrémité distale de l'acromion droit, sans effet sur la capacité de travail.

Le Dr M. _____ a ensuite considéré que les limitations fonctionnelles n'étaient pas respectées dans l'activité habituelle de nettoyeur de sinistres. En revanche, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y avait aucune limitation biomécanique à attester une incapacité de travail, de sorte que la capacité de travail était entière. Le médecin a relevé que malgré des douleurs que le recourant notait à 7/10 à l'EVA (échelle visuelle analogique), donc assez hautes, et qu'il qualifiait d'insupportables, celui-ci était arrivé à partir en février 2018 au Kosovo en avion, quand bien même ses douleurs auraient augmenté pendant le trajet. Il a indiqué que l'assuré gardait en outre une bonne intégration sociale, voyant régulièrement des amis et d'anciens collègues de travail, buvant des cafés avec eux ; il faisait également des tours à V. _____ et à H. _____ pendant 20 à 30 minutes, puis s'asseyait. Le recourant bénéficiait de ressources mobilisables puisqu'il était entouré par ses amis et par sa famille, mais il n'était pas motivé par la reprise d'une activité professionnelle. Il semblait avoir bien adhéré à la thérapie, mais bizarrement aucun traitement ne s'était avéré efficace malgré l'absence de lésions cicatricielles hyperémiées dans le trajet de l'ancienne cure de hernie discale. Le Dr M. _____ a estimé que cela s'expliquait par la présence d'importants motifs d'exclusion, tels que déjà relevés par le Dr B. _____, qui signalait aussi des signes comportementaux selon Waddell et Kummel. Le Dr M. _____ a déclaré que le recourant s'était montré démonstratif en cours d'entretien, passant la plupart de l'entretien debout en déambulant dans la salle d'examen et ne s'asseyant que de manière courte à quelques reprises. Il s'était montré également démonstratif en cours d'examen du rachis lombaire et cervical, développant une importante résistance volontaire avec contrepulsions à la mobilisation

active du rachis lombaire et cervical. L'assuré avait poussé des cris à la rétroflexion du tronc et des soupirs de manière démonstrative aux latéoflexions du tronc, ce qui constituait 1 signe comportemental selon Waddell.

Les limitations fonctionnelles ont été définies par rapport au rachis et au membre inférieur, soit, pour l'un, la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, et, pour l'autre, pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeau, échelle ou escalier.

Le Dr M. _____ a fixé le début de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle au 10 mai 2016 en se référant aux déclarations de l'employeur du 9 février 2017 et au rapport médical du Dr W. _____ du 3 juin 2016. Il a considéré que le recourant pouvait reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à temps complet dès le 13 octobre 2017, soit six mois après l'intervention chirurgicale lombaire. Il a ajouté qu'au vu de l'importante démonstrativité et des nombreux signes comportementaux selon Waddell et Kummel, des mesures professionnelles risquaient d'échouer.

c) Les rapports médicaux au dossier relatifs à la période postérieure au 13 octobre 2017 ne permettent pas de conclure différemment.

Les Drs A. _____ et T. _____ ont confirmé l'absence de récurrence de la hernie discale et que l'IRM de juin 2017 ne montrait pas de phénomène compressif lombaire. La Dre F. _____ a également exclu un tel mécanisme. La fin des effets invalidants de la hernie et de ses suites opératoires en octobre 2017 ne peut donc qu'être confirmée. Après cela, l'ensemble des médecins a constaté la persistance des douleurs sans toutefois réussir à expliquer leur intensité par un substrat organique. Le Dr E. _____ a ainsi rapporté les importantes plaintes douloureuses du

recourant, tout en observant que l'intéressé ne présentait pas d'impotence motrice ou mentale et que son état de santé était correct. Les diagnostics posés par le Dr M. _____ n'ont pas été contestés ; c'est davantage son appréciation de l'exigibilité d'une activité adaptée qui a été mise en cause. On relève que le Dr B. _____ avait déjà posé le diagnostic de kinésiophobie et signalé la présence de facteurs de non organicité avec des signes de Waddell et de Kummel. S'agissant de l'incapacité de travail invoquée, le Dr E. _____ ne l'a justifiée que par l'état douloureux dorso-lombaire du recourant, sans toutefois alléguer des limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été retenues par le Dr M. _____. Puis, dans un rapport daté du 6 septembre 2019, il a déclaré que l'état du recourant restait stationnaire et était même aggravé, ce qui est contradictoire ; de toute manière, il n'a donné aucun élément objectivant une aggravation de l'état de santé du recourant. Quant au Dr T. _____, il a déclaré ne pas être en mesure d'évaluer la capacité de travail, mais que le patient s'estimait clairement incapable de travailler, ce qui est largement insuffisant pour mettre en doute les conclusions du médecin du SMR.

En définitive, le recourant ne met pas en évidence des éléments objectivement vérifiables, de nature notamment clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés dans le cadre de l'appréciation du médecin du SMR et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue sur lequel s'est fondé l'office intimé ou pour établir le caractère incomplet de celui-ci. Le Dr M. _____ a pris en compte l'ensemble de la situation du recourant et a procédé à un examen approfondi et détaillé avant de poser les diagnostics retenus, clairement motivés, et de se prononcer de manière circonstanciée sur la capacité de travail et son exigibilité. Le recourant ne fait que souligner la divergence d'opinions existant entre les médecins du SMR et les médecins traitants au sujet de l'importance des répercussions des atteintes sur la capacité de travail résiduelle. Il n'apporte, en revanche, aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été omis par l'intimé dans son appréciation, ni ne démontre que l'examen rhumatologique, complété par des appréciations postérieures d'un médecin du SMR, comporterait des contradictions

manifestes ou ignorerait des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels.

d) En conclusion, il convient de retenir, à l'instar de l'intimé, que l'état de santé du recourant s'est effectivement amélioré à compter du 13 octobre 2017, l'incapacité totale de travail ayant pris fin à cette date. Partant, l'intimé était légitimé à supprimer la rente d'invalidité servie au recourant avec effet au 31 janvier 2018, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. Au-delà de cette date, le recourant a retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité n'est, à juste titre, pas contesté, ni le fait que le degré d'invalidité ainsi obtenu n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2018.

7. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction apparaît inutile. La requête de mise en œuvre d'une expertise médicale formulée par le recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

8. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu

de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 11 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'U._____.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Pierre-André Oberson, avocat (pour U. _____),
- 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).

Le greffier :