

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 septembre 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1982, est entré en Suisse en [...] 2015 pour y exercer une activité lucrative. Il a conclu un contrat de travail de durée indéterminée, en tant que garçon d'office à plein temps, avec D._____SA pour un salaire mensuel de 3'410 francs.

Atteint d'une hernie discale L5-S1, laquelle a imposé un arrêt de travail complet dès le 25 janvier 2017 et une prise en charge au sein du Centre hospitalier F._____, il a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par une demande formelle, déposée le 15 mai 2018, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Des rapports des Départements de l'appareil locomoteur et des neurosciences cliniques du Centre hospitalier F._____ du 26 février 2018, annexés à ladite demande, relataient plusieurs séjours en milieu hospitalier, notamment pour deux cures de hernie discale, réalisées les 29 mai et 6 novembre 2017, ainsi qu'une infiltration sous périurale le 24 janvier 2018. Des séances de physiothérapie et un traitement antalgique avaient été préconisés à l'assuré, lequel demeurait en incapacité totale de travail.

Dans l'intervalle, par pli du 10 octobre 2017, D._____SA a résilié le contrat de travail la liant à l'assuré, avec effet au 30 novembre 2017.

Par rapport à l'OAI du 17 novembre 2018, le Dr G._____, médecin généraliste, a fait état des différentes interventions subies par son patient, relatant qu'une nouvelle infiltration avait été effectuée au Centre hospitalier F._____ en mars 2018, ainsi qu'une troisième intervention chirurgicale en juin 2018. Le 20 mai 2019, il a notamment fait parvenir un tirage du rapport établi le 22 octobre 2018 par le Département des neurosciences cliniques du Centre hospitalier F._____. Les Drs

J._____, chef de clinique adjoint, et K._____, médecin assistante, soulignaient l'évolution stable de l'état clinique de l'assuré, lequel continuait à être suivi régulièrement pour des lombosciatalgies S1 gauches.

Le 27 mai 2019, le Centre d'antalgie du Centre hospitalier F._____, sous la plume des Drs M._____, médecin associé, et E._____, cheffe de clinique, a communiqué à l'OAI que l'assuré présentait les diagnostics de fasciite plantaire bilatérale chronique d'origine indéterminée, avec caractéristique de douleur neuropathique, de lombalgies résiduelles post trois chirurgies de décompression pour hernie discale récidivante et de syndrome dépressif avec idées suicidaires. La prise en charge se poursuivait, en particulier par des infiltrations régulières qui soulageaient transitoirement les douleurs. L'assuré avait au surplus été transféré pour un suivi ambulatoire sur le plan psychiatrique au vu du diagnostic de dépression.

A la demande de l'OAI, la Dre E._____ a précisé, le 7 juin 2019, ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Les limitations fonctionnelles avaient trait uniquement à la douleur et à des idées suicidaires. L'assuré avait été hospitalisé de ce fait au sein du Département de psychiatrie du Centre hospitalier F._____ du 16 mai au 6 juin 2019. Ce dernier indiquait, dans un rapport du 26 juillet 2019, que l'assuré avait présenté un risque auto-agressif, en lien avec un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Le facteur de crise principal semblait être constitué par la fin des prestations de l'assureur perte de gain en cas de maladie, ce qui engendrait une forte angoisse par rapport à la situation sociale. Un traitement médicamenteux avait été introduit et un suivi ambulatoire mis en œuvre auprès du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Ce spécialiste, associé au psychologue P._____, a rédigé un rapport à l'attention de l'OAI le 26 septembre 2019. Il a retenu le diagnostic d'un état dépressif en rémission « avec persistance de quelques symptômes résiduels dans le cadre d'une accumulation de

facteurs de stress social », depuis fin juillet 2019. Il n'avait attesté d'aucune incapacité de travail et ne relevait aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychique. Il a précisé ce qui suit :

« [...] A l'entretien d'admission, M. B. _____ exprime surtout une anxiété concernant son avenir social, avec la peur de perdre son studio et son droit de séjour en Suisse. Dans ce contexte, il décrit un repli sur soi, une perte de l'intérêt et du plaisir, des idées noires par moments ainsi que des idées suicidaires dans le passé, dont il prend une claire distance. Au cours du suivi, l'observation clinique, la psychométrie et notamment l'exploration réalisée par le psychologue-psychothérapeute dans la langue maternelle du patient, mettent en évidence une évolution favorable des symptômes affectifs de M. B. _____, qui semblent surtout de caractère réactionnel à sa situation sociale. Malgré la persistance de quelques symptômes résiduels, avec surtout la description d'une préférence pour des activités solitaires afin d'éviter des questions et jugements de ses compatriotes, il présente une rémission de son épisode dépressif, depuis la fin juillet 2019. [...] »

Par rapport à l'OAI du 3 décembre 2019, le Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier F. _____ a rappelé les diagnostics précédemment évoqués dans le cas de l'assuré et souligné que ce dernier avait fait l'objet d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) le 19 septembre 2019. Celle-ci avait permis de conclure à l'absence de récurrence herniaire en L5-S1 (en dépit d'un bombement discal marqué sans conflit radiculaire), ainsi que de sténose foraminale. L'assuré avait suivi un programme hospitalier intensif de restauration fonctionnelle du rachis du 28 octobre au 15 novembre 2019. A sa sortie, une diminution globale des douleurs avait pu être objectivement constatée. La poursuite de l'entraînement musculaire à domicile, ainsi que de séances de physiothérapie, était recommandée. La thymie était demeurée stable tout au long du séjour.

Le 22 janvier 2020, l'assuré a consulté le Dr Z. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans un rapport du même jour, ce dernier a observé que l'assuré souffrait de lombosciatalgies chroniques bilatérales non déficitaires, prédominantes à gauche, avec status post multiples interventions, dont l'origine demeurait peu claire. Il excluait tout signe franc pour un syndrome du muscle piriforme. Il ne

proposait pas de nouveau traitement, sous réserve d'un essai de mésothérapie.

A l'issue d'une nouvelle consultation de l'assuré au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier F._____, les Drs S._____, chef de clinique, et T._____, médecin assistant, ont relevé, le 11 février 2020, une nouvelle exacerbation des lombosciatalgies gauches. Ils préconisaient la poursuite de la physiothérapie et des auto-exercices à domicile.

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique, conduit par le Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation le 19 février 2020. Son rapport, rédigé le 28 février 2020, a fait état du diagnostic incapacitant de lombopseudosciatalgies à prédominance gauche, chroniques, dans le cadre d'un dos multi-opéré. Il a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de garçon d'office dès le 21 février 2017 (date communiquée par l'employeur), mais entière dans une activité adaptée à compter du 16 novembre 2019 (date de la fin du programme hospitalier de restauration fonctionnelle du rachis). Les limitations fonctionnelles avaient trait au port de charges lourdes et aux positions statiques prolongées, ainsi qu'à la marche prolongée, à la posture en porte-à-faux et aux mouvements répétitifs de rotation, flexion ou extension lombaire. Le pronostic était très défavorable, dans le cas d'un assuré centré sur ses douleurs, revendiquant une rente d'invalidité, où intervenaient des facteurs sociaux externes importants. Il a justifié son appréciation du cas notamment comme suit :

« [...] Tout au long de l'examen, l'assuré émet des gémissements et se plaint de douleurs diffuses de la région paralombaire, glutéale et du flanc gauche. L'assuré marche penché en avant, appuyé sur deux cannes anglaises, d'un pas lent. Lors de la marche sans canne, l'ampleur de la boiterie fluctue. Les marches sur les talons et la pointe des pieds sont rapidement interrompues, l'assuré alléguant des douleurs. La position assise est maintenue pendant 50 minutes, puis l'assuré demande à se lever un moment.

Lors de la palpation, l'assuré signale des douleurs diffuses de la région lombaire, des flancs, des fesses, de la face postérieure des MI [réd. : membres inférieurs] s'étendant jusqu'à la plante des pieds. Les amplitudes maximales de la colonne lombaire ne sont pas

évaluables en raison des autolimitations en phase d'examen [...]. Lors des mouvements spontanés, les amplitudes lombaires ne sont pas limitées [...]. Certaines douleurs sont également inconstantes, notamment les fortes douleurs qu'il annonce lors de la palpation de la face postérieure du MIG [réd. : membre inférieur gauche], douleurs qui ne sont plus présentes lorsqu'on empoigne ce membre pour effectuer des mobilisations. On n'identifie pas de radiculopathie irritative ni déficitaire. Les troubles de la sensibilité du MIG se corrigent rapidement lorsqu'on demande à l'assuré de s'appliquer. Les douleurs des MI sont trop diffuses pour correspondre à une irritation radiculaire. La force qu'oppose l'assuré à l'examineur est également inconstante. Lors de l'évaluation de la force des MI, l'assuré lâche contre une faible résistance au niveau des hanches et du genou gauche, faiblesse musculaire qui ne serait pas compatible avec un appui monopodal tenu.

Les articulations périphériques ne présentent pas de signe inflammatoire. Il n'y a pas d'enraidissement. Les amplitudes articulaires de la hanche gauche sont là aussi inconstantes avec des autolimitations qui ne se maintiennent pas tout au long de l'examen. L'assuré signale une augmentation des douleurs paralombaires et glutéales gauches même lors de mouvements qui ne sollicitent pas cette région [...]. On note un score de Waddell à 5/5.

[...]

Il est habituel dans la pratique médicale de qualifier des douleurs lombaires associées à des douleurs des MI de sciatalgies. Pour être rigoureux, le terme de sciatalgies devrait être utilisé uniquement si les douleurs sont dues à une irritation radiculaire ou tronculaire se superposant au territoire (dermatome) de la racine incriminée. Les douleurs actuelles de l'assuré sont trop diffuses et trop inconstantes dans leur topographie. Nous les qualifions donc de pseudo-sciatalgies. Il s'agit toutefois d'un dos multi-opéré, fragilisé par des hernies discales L5-S1 récidivantes. Une diminution des contraintes mécaniques exercées sur cette région est justifiée.

A plusieurs reprises, des diagnostics concernant les pieds apparaissent : [...] Actuellement, l'assuré indique que toute la plante des pieds est douloureuse, que cette douleur est la même que celle qui s'étend à la face postérieure des MI jusqu'à la région lombaire. Il ne s'agit donc pas d'un tableau caractéristique d'une fasciite plantaire, ce d'autant plus que lorsque l'assuré marche sur les talons ou la plante des pieds, il ne signale pas de douleurs plantaires, mais plutôt paralombaires et glutéales gauches. Nous ne retenons donc pas le diagnostic de fasciite plantaire et rattachons les douleurs à la plante des pieds aux pseudo-sciatalgies.

Le comportement douloureux extrême de l'assuré avec de nombreuses incohérences à l'examen clinique ne s'explique pas sur le plan ostéoarticulaire. L'utilisation de cannes aussi longtemps après une cure de hernie discale sans complication neurologique ne se justifie pas sur le plan médical. Dans le rapport du 22.01.2020, le Dr Z. _____ relève également que l'origine des lombosciatalgies chroniques bilatérales non déficitaires reste peu claire. Il s'agit d'un comportement douloureux exagéré où des facteurs externes défavorables interviennent. [...] A deux reprises, une amélioration de l'état de santé est signalée dans les suites de la 3^{ème} intervention chirurgicale lombaire. Dans le rapport du 26.12.2018, le Dr J. _____ et le Dr L. _____ indiquent que le patient va beaucoup mieux, sans douleurs radiculaires. Il présente une très bonne évolution clinique. Une évolution est également décrite comme favorable après que

l'assuré ait suivi le programme hospitalier de restauration fonctionnelle du rachis (cf. rapport du Professeur [...], Dr S._____, Dr T._____ du 21.11.2019). Ces évolutions favorables restent toutefois de courte durée. Les douleurs reviennent au premier plan, ceci s'expliquant par la non-résolution du contexte social défavorable d'un assuré qui a perdu son emploi et ne peut plus apporter une aide financière à ses enfants séjournant au [...] et au [...] et qui risque de ne plus avoir son permis renouvelé. Concernant la capacité de travail, la survenue de la hernie discale justifie un arrêt dans toute activité. Selon le rapport de l'employeur du 09.07.2018, l'incapacité de travail a débuté le 21.02.2017. La récurrence des hernies discales, avec 3 interventions chirurgicales, puis l'hospitalisation en milieu psychiatrique du 16.05.2019 au 06.06.2019 justifie une prolongation de l'incapacité de travail. Après le programme hospitalier de restauration fonctionnelle du rachis du 28.10.2019 au 15.11.2019, nous estimons que l'assuré aurait pu reprendre une activité professionnelle peu contraignante pour la colonne lombaire au vu de l'évolution favorable. Malheureusement, les facteurs contextuels restent défavorables chez un assuré sans emploi depuis plusieurs années, avec une faible scolarisation, l'absence de formation professionnelle certifiée dans un pays où il maîtrise de manière imparfaite la langue. [...] »

Fondé sur les conclusions médicales du Dr W._____, l'OAI a déterminé le préjudice économique de l'assuré le 9 mars 2020. Il a mis à jour un degré d'invalidité nul, après comparaison des revenus. Le revenu sans invalidité se montait à 45'600 fr. en 2019 selon les données communiquées par l'employeur de l'assuré. Le revenu d'invalidité était déterminé au moyen de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tous secteurs d'activités confondus, dans un emploi simple et répétitif ; après déduction de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et personnelles (nationalité et permis de séjour), le revenu d'invalidité ascendait à 61'029 francs. Des activités dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, travail à l'établi ou dans le conditionnement) étaient citées à titre d'exemples d'activités adaptées.

Par projet de décision du 10 mars 2020, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de lui octroyer une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1^{er} novembre 2018 au 29 février 2020. Trois mois après l'amélioration médicalement retenue dès le 16 novembre 2019, le droit à la rente s'éteignait, étant donné l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps et un degré d'invalidité nul.

L'assuré a contesté le projet de décision précité par correspondance du 20 mars 2020, complétée le 30 mars 2020. Soulignant les limitations fonctionnelles énumérées dans son cas et le recours nécessaire à des cannes anglaises pour se déplacer, il a fait valoir ne pas être en mesure d'exercer une activité lucrative. Il relevait, au surplus, que l'amélioration constatée à l'issue du séjour au Centre hospitalier F._____ du 28 octobre au 15 novembre 2019 n'avait été que transitoire, ce que confirmait la lecture du rapport des Drs S._____ et T._____ du 11 février 2020, joint à l'attention de l'OAI. Etaient également produits des certificats d'incapacité totale de travail, établis par le Dr G._____ entre octobre 2017 et mai 2020. L'assuré concluait au maintien de son droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 29 février 2020.

Le 4 juin 2020, l'OAI a indiqué à l'assuré ne pas disposer d'élément susceptible de justifier le réexamen de sa position, se référant à la teneur du rapport d'examen du SMR du 28 février 2020.

L'assuré a fait parvenir à l'OAI de nouveaux certificats médicaux attestant d'une incapacité totale de travail prononcée jusqu'au 31 décembre 2020.

Par décision du 2 février 2021, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1^{er} novembre 2018 au 29 février 2020 limitativement, reprenant les termes de son projet de décision du 10 mars 2020.

B. B._____ a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 11 février 2021. Il a conclu à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans limite temporelle, pour les motifs précédemment avancés en procédure d'audition auprès de l'OAI. Étaient annexés à son envoi un nouveau certificat attestant d'une incapacité totale de travail jusqu'au 25 février 2021, ainsi que des rapports du Département de l'appareil locomoteur et du Centre d'antalgie du Centre hospitalier F._____, datés

respectivement des 8 septembre et 2 novembre 2020. Dans leur rapport du 8 septembre 2020, faisant suite à une consultation du 22 juin 2020, les Drs S._____ et T._____ du Département de l'appareil locomoteur ont communiqué leur appréciation de la situation en ces termes :

« Malgré une évolution favorable sur les douleurs et la mobilité du rachis durant le séjour hospitalier de 3 semaines du 28.10 au 15.11.2019, les douleurs sont revenues à leur niveau antérieur et le patient a arrêté son traitement de Gabapentine, car il le jugeait inefficace depuis 1 mois et ½. Il poursuit la physiothérapie à sec et en piscine et est suivi en antalgie.

De plus, il présente depuis 1 mois et ½ des douleurs des talons sur la base d'une fasciite plantaire bilatérale avec une importante rétraction des chaînes postérieures.

Dans ce contexte, nous l'encourageons à essayer de reprendre une activité physique. Il dit danser 30 minutes/jour, ce qui lui plaît. Nous lui conseillons d'augmenter à 40 minutes/jour et d'essayer de marcher 5 minutes/jour (taux des douleurs estimé à 10 minutes/jour).

Nous discutons avec lui d'un meilleur chaussage.

Nous reverrons le patient dans 2 semaines en médecine du sport pour voir si une reprise d'activité physique est possible. [...] »

Les Drs M._____ et Y._____, cheffe de clinique, du Centre d'antalgie ont pour leur part rappelé la problématique de l'assuré le 2 novembre 2020 et envisagé une pause au niveau des traitements infiltratifs en l'absence de bénéfiques antalgiques.

La Cour de céans a réceptionné, le 26 février 2021, un nouveau certificat d'incapacité de travail totale jusqu'au 31 mai 2021 et un rapport du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier F._____ du 24 février 2021, adressés par l'assuré. Aux termes de ce dernier document, le Dr S._____ a considéré que la capacité de son patient était « nulle ce jour » dans toutes activités et que son cas devrait faire l'objet d'une « nouvelle expertise », soulignant l'intensité des douleurs de l'assuré à la moindre mobilisation. Il ne formulait en l'état pas de nouvelle proposition sur le plan rééducatif.

L'OAI a répondu au recours le 24 mars 2021 et conclu à son rejet. Il s'est prévalu du rapport d'examen clinique du SMR du 28 février 2020 et considéré que les pièces fournies par le recourant à l'appui de ses

arguments ne faisaient état d'aucun élément médical nouveau ou non investigué dans le cas particulier.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 11 février 2021 contre la décision de l'intimé du 2 février 2021 a été interjeté en temps utile. Il

respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au-delà du 29 février 2020.

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions pour lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 2d).

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

c) Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du

travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références)

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de

preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, sur le plan somatique, il n'est pas contesté que le recourant souffre des séquelles d'une hernie discale L5-S1, pour lesquelles il a bénéficié d'une prise en charge intensive, dans un cadre multidisciplinaire, au sein du Centre hospitalier F. _____ depuis 2017.

b) Le recourant a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique, réalisé au sein du SMR par le Dr W. _____ le 19 février 2020. On peut d'emblée constater que le rapport correspondant, daté du

28 février 2020, remplit l'ensemble des critères requis pour se voir accorder pleine valeur probante. Le spécialiste précité a procédé à un examen extrêmement minutieux du recourant, sur la base des diagnostics évoqués par ses confrères et des plaintes formulées. Il a, en particulier, investigué le rachis, les membres inférieurs et supérieurs du recourant, en confrontant ses constats aux documents d'imagerie et aux différents rapports médicaux versés au dossier. Il s'est livré à une analyse approfondie des diagnostics envisagés, ce qui lui a permis de retenir des lombopseudosciatalgies chroniques, à prédominance gauche, et d'exclure une fasciite plantaire (cf. rapport d'examen du 28 février 2020, p. 10 et 11). Il a ainsi pris en considération exclusivement des limitations fonctionnelles destinée à ménager le rachis du recourant, dans le contexte d'un dos multi-opéré (restriction du port de lourdes charges, nécessiter d'alterner les positions assise et debout, exclusion des positions en porte-à-faux et des mouvements de rotation, flexion et extension lombaire ; cf. ibidem, p. 12). Le Dr W._____ a ainsi conclu à une capacité de travail préservée dans une activité respectant lesdites limitations, estimant que la mise à profit de cette capacité était envisageable dès le 16 novembre 2019 (terme de la période de restauration fonctionnelle mise en œuvre au Centre hospitalier F._____). Ces conclusions s'appuyaient au surplus sur les éléments cliniques objectifs mis en évidence par le Dr W._____, lequel a constaté de nombreuses autolimitations et incohérences dans le comportement du recourant. Ces constats ont justifié d'exclure que la symptomatologie douloureuse, s'inscrivant dans un contexte psychosocial particulier, n'impose d'autres restrictions fonctionnelles que celles destinées à épargner le rachis.

c) Quoi qu'en dise le recourant, les pièces médicales produites postérieurement à l'examen réalisé par le Dr W._____ ne font pas état d'une péjoration substantielle de sa situation ou d'éléments nouveaux, qui feraient douter du bien-fondé des conclusions du SMR.

En particulier, le rapport des Drs S._____ et T._____ du 11 février 2020 relate uniquement une exacerbation des lombosciatalgies

investiguées, contre lesquelles ces spécialistes ont préconisé la poursuite des traitements physiothérapeutique et antalgique.

Les rapports du Centre hospitalier F._____, produits par le recourant auprès de la Cour de céans, ne mentionnent pas davantage d'élément nouveau ou inconnu de l'intimé, respectivement du SMR. Après avoir rappelé le contexte de la prise en charge du recourant, les spécialistes du Centre hospitalier F._____ se sont limités à observer une recrudescence des lombosciatalgies chroniques. Ils ont recommandé la reprise d'une activité physique régulière, respectivement l'interruption temporaire de certains traitements, sans que des diagnostics supplémentaires ne soient envisagés (cf. notamment : rapport des Drs S._____ et T._____ du 8 septembre 2020 et du Centre d'antalgie du 2 novembre 2020).

S'agissant du rapport du Dr S._____ du 24 février 2021, on observe que ce spécialiste a estimé que le recourant présentait une incapacité totale de travail au jour de sa consultation. Cette appréciation, dénuée de plus ample motivation, singulièrement sans mention de constats cliniques objectifs, ne suffit pas à remettre en question l'évaluation étayée du Dr W._____ et ne permet pas davantage de retenir une péjoration durable de l'état de santé du recourant.

On ajoutera enfin que les certificats d'incapacité de travail, rédigés par le médecin généraliste traitant, ne contiennent aucune information médicale, de sorte qu'ils peuvent être d'emblée écartés.

7. a) Du point de vue psychiatrique, le recourant a fait l'objet d'un suivi ambulatoire ponctuel auprès du Dr N._____, après avoir été hospitalisé quelques semaines au sein du Centre hospitalier F._____.

b) Ce registre a été clairement évalué par le spécialiste précité à l'issue de son rapport à l'intimé du 26 septembre 2019. Il a mentionné la rémission d'un épisode dépressif à compter de la fin du mois de juillet 2019. Aucune incapacité de travail n'avait été attestée pour des raisons

psychiques durant la prise en charge ambulatoire. Aucune limitation fonctionnelle ne découlait de cette problématique, qui n'avait déployé que des conséquences temporaires, s'inscrivant dans un contexte psychosocial défavorable.

c) Dans la mesure où le recourant ne se prévaut d'aucun changement depuis l'évaluation communiquée par son psychiatre traitant, on peut exclure qu'il présente une atteinte à la santé invalidante sur le plan psychique.

8. Compte tenu des éléments qui précèdent, on peut en définitive se rallier à la position de l'intimé et retenir que le recourant dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles définies par le Dr W. _____ à compter du mois de novembre 2019.

9. a) S'agissant de la comparaison des revenus opérée par l'intimé, valable dès la date précitée, celle-ci s'avère conforme à l'art. 16 LPGA et à la jurisprudence fédérale en la matière (cf. consid. 4c supra). Les revenus avec et sans invalidité pris en compte par l'intimé, que le recourant ne conteste d'ailleurs pas en soi, n'apparaissent pas critiquables, de sorte qu'ils peuvent être ici confirmés.

b) Le recourant sous-entend cependant ne pas être en mesure de trouver un emploi qui correspondrait à ses limitations fonctionnelles. On peut manifestement écarter cet argument. L'intimé a en effet déterminé le revenu d'invalidité sur la base de l'ESS, dans des emplois ne requérant pas de qualifications professionnelles particulières, tous secteurs d'activité confondus (production et services). Or, les secteurs de la production et des services recouvrent une large palette d'activités, dont un nombre significatif est suffisamment léger et adapté aux limitations fonctionnelles - somme toute modestes - énumérées dans le cas du recourant (cf. par exemple sur cette question : TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2). Au demeurant, les activités citées à titre

exemplatif par l'intimé dans son évaluation du 9 mars 2020 constituent des activités accessibles au recourant.

10. a) Sur le vu de ce qui précède, on peut retenir, à l'instar de l'intimé, que le recourant a présenté une incapacité totale de travail et de gain pour la période limitée s'étendant de janvier 2017 à novembre 2019. Son degré d'invalidité est en revanche nul depuis lors. Partant, l'intimé était fondé à mettre fin au versement d'une rente entière d'invalidité dès la fin du mois de février 2020 (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Le recours, mal fondé, doit donc être rejeté et la décision de l'intimé du 2 février 2021 confirmée.

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, en l'occurrence, de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 2 février 2021 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 du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :