

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 17 LPGA ; 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI ; 29^{bis}, 49 al. 1 et 88a RAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant [...] arrivé en Suisse en 2001, au bénéfice d'une autorisation d'établissement, divorcé et père d'un enfant, sans formation professionnelle, a notamment travaillé comme aide-infirmier dans différents établissements médico-sociaux (ci-après : EMS) depuis 2002. Il a été licencié d'un EMS en 2012 en raison de son échec à un examen d'auxiliaire de santé organisé par [...]. Dès lors, il a émargé aux services sociaux.

Par formulaire de demande du 1^{er} juin 2018, faisant suite à une procédure de détection précoce initiée par le Centre social régional de [...], l'assuré a sollicité des prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a fait valoir des problèmes de dos, avec des lombalgies chroniques, et joint un certificat d'incapacité de travail à 100 % du 16 mai au 10 juin 2018.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli des rapports auprès des médecins traitants de l'assuré. Par rapport du 24 juillet 2018, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré souffrait de lombosciatalgies aiguës sur une franche hernie discale en L4-L5 depuis 2017, pour lesquelles il bénéficiait d'infiltrations. Il renvoyait pour le surplus à l'avis du médecin qui pratiquait lesdits traitements, le Dr Q._____, spécialiste en anesthésiologie et médecine intensive. Ce dernier a adressé un rapport à l'OAI le 29 août 2018, dans lequel il retenait le diagnostic de lombosciatalgies droites sur discopathie L3-L4, L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale L4-L5 et hernie discale L5-S1 modérée. Selon le Dr Q._____, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, et un examen par le « médecin-conseil de l'AI », ainsi qu'un stage d'orientation professionnelle étaient indispensables pour évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée. Il avait listé des limitations fonctionnelles, soit le port de charges de plus de 5 kg, la position assise continue et debout statique de plus d'une heure, la position en porte-à-faux et les rotations du bassin et des

épaules qui étaient à éviter. Le Dr Q._____ avait joint à son envoi un rapport d'IRM, datant du 15 juin 2018, dont la conclusion était : « Présence d'une raideur lombaire. En L3-L4, protrusion discale avec une petite hernie sous ligamentaire. En L4-L5, hernie discale sous ligamentaire postéro-médiane relativement large. En L5-S1, hernie discale sous ligamentaire postérieure. Par rapport à l'IRM du 26/01/2017, apparition d'un pincement discal en L4-L5. Pas d'autre changement significatif ».

En novembre 2018, l'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale, soit une arthrodèse lombaire en L4-L5 avec cure de hernie discale.

Par rapport du 2 mai 2019 adressé au Dr L._____, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'il revoyait l'assuré à six mois de son arthrodèse lombaire. L'assuré lui avait dit qu'il y avait une amélioration depuis la chirurgie, car auparavant il ne pouvait pas marcher, cependant il demeurait encore gêné avec des « lombaires basses relativement marquées et également des pseudosciatiques tronquées au niveau de la fesse du côté droit, probablement en rapport avec une décompression de l'articulation sacro-iliaque ». L'assuré présentait toujours une petite lombalgie chronique qui nécessitait la prise de médication antalgique et de Tramal. Une IRM avait été réalisée et « ne retrouv[ait] pas grand-chose de particulier ». Il pouvait exister un doute sur une compression résiduelle de la racine L4 du côté droit, mais sans aucun retentissement clinique et cette image douteuse n'était retrouvée que sur une coupe sagittale, et pas sur les coupes axiales, ce qui était probablement dû à un effet volumétrique de la reconstruction à l'IRM. Le Dr J._____ prescrivait des séances de physiothérapie en piscine.

Interpellé par l'OAI sur recommandation de son Service médical régional de Suisse romande (ci-après : le SMR), le Dr J._____ a établi un rapport le 11 septembre 2019, dans lequel il a indiqué que l'assuré avait rapporté une diminution de moitié des douleurs ensuite de l'opération de novembre 2018. Le Dr J._____ retenait le diagnostic de

lombalgies chroniques depuis mai 2018 (date du début du suivi à son cabinet). Le port de charges de plus de 15 kg, les positions statiques, accroupie, à genoux, en rotation, penchée, le travail sur échelle ou échafaudage, en terrain irrégulier et la marche prolongée étaient à proscrire. Le Dr J._____ préconisait le port d'une ceinture lombaire lors d'efforts. Il a indiqué ne pas être en mesure de répondre aux questions relatives à la capacité de travail. A la question « Combien d'heures de travail par jour peut-on raisonnablement attendre de votre patient/votre patiente dans une activité qui tienne compte de l'atteinte à sa santé ? », le médecin a répondu « 2H ». Une évolution favorable de la capacité de travail était possible en fonction de l'évolution du tableau clinique.

Par avis médical du 12 décembre 2019, le SMR a considéré que l'assuré était atteint dans sa capacité de travail depuis 2017, qu'une amélioration était encore possible, que l'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'était plus exigible, et qu'une expertise rhumatologique était nécessaire pour évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée, comme l'avait demandé l'antalgiste traitant, en l'état plus d'une année après l'intervention chirurgicale.

L'assuré s'est soumis le 17 février 2020 à un examen clinique rhumatologique du SMR, réalisé par le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation. Par rapport du 25 février 2020, le Dr K._____ a retenu un diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail, soit des lombosciatalgies droites non irritatives, non déficitaires, dans un status post-cure de hernie discale L4-L5 avec arthrodèse postérieure, présence de troubles dégénératifs postérieurs étagés et d'une inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la droite. Il a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, qui ne respectait pas les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire, depuis le 26 janvier 2017, date de l'IRM lombaire réalisée pour la lombosciatalgie droite et mettant en évidence une hernie discale L4-L5 luxée caudalement. Ceci à défaut d'attestation médicale d'arrêt de travail, car l'assuré était pris en charge par les services sociaux lors du dépôt de sa

demande. Les limitations fonctionnelles listées étaient : les mouvements répétés de flexion-extension du tronc, l'attitude prolongée en porte-à-faux, les positions assise ou debout prolongées au-delà de 45 minutes, la position debout statique au-delà de 20 minutes, la marche continue au-delà d'un kilomètre, et le port de charges répété au-delà de 10 kg. Le Dr K._____ a évalué la capacité de travail à 75 % dans une activité adaptée, selon la conclusion suivante de son rapport (sic) :

« Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire.

Dans une activité adaptée, nous retenons une exigibilité de 75 % ou 2 x 3 heures/jour depuis le 02.05.2019, date de la consultation orthopédique du Dr J._____.

Nous avons vu que l'assuré a des douleurs mécaniques, nous avons vu qu'il conserve des ressources physiques pour des tâches physiquement légères. Contrairement à ce qu'annonce l'assuré, l'évolution post-opératoire est favorable, comme le mentionne la consultation du 02.05.2019 du Dr J._____ et le rapport AI du 11.09.2019 du même médecin (50 % de diminution des douleurs après l'opération). L'assuré n'a plus de sciatgie irritative, il n'a pas de déficit neurologique aux MI [réd. : membres inférieurs], nous avons conclu à la persistance d'une raideur lombaire modérée sous réserve d'une participation incomplète de l'assuré. De son côté, le Dr J._____, dans sa consultation du 02.05.2019, conclut que l'assuré présente « toujours une petite lombalgie chronique qui nécessite la prise d'anti-inflammatoires et de Tramal ». Le Dr J._____ ajoute que l'IRM réalisée le 01.04.2019 ne montre pas grand-chose de particulier. Il n'y a donc pas de complications post-opératoires ; nous avons vu également qu'il n'y a pas de décompensation des étages sus- et sous-jacents.

Par rapport au 25 % de diminution de la CT [réd. : capacité de travail] dans une activité adaptée, nous retenons la participation des troubles dégénératifs postérieurs et la sur-sollicitation des segments adjacents au vu de la fixation du segment L4-L5, ainsi que la présence d'une raideur lombaire persistante.

Les éléments objectivables et le descriptif du cas dans la consultation du 02.05.2019 du Dr J._____ ne permettent pas de s'aligner sur le temps de travail quotidien annoncé par le Dr J._____ de 2 heures/jour (rapport AI du 11.09.2019).

Il y a lieu de rappeler que l'indication à une cure de hernie discale est de décompresser les racines nerveuses. Il est fréquent que, en post-opératoire, les patients gardent des lombalgies chroniques ; il ne s'agit pas d'une complication ».

Par projet de décision du 11 mai 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps. Il a tenu compte d'une incapacité de travail ininterrompue dès le 26 janvier 2017, ouvrant théoriquement le droit à une rente le 26 janvier 2018. Toutefois la demande de prestations avait été déposée le 7 juin

2018, de sorte que la rente ne pouvait être allouée que six mois plus tard, soit dès le 1^{er} décembre 2018. A compter du 2 mai 2019, une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée était devenue exigible. Son degré d'invalidité s'élevait alors à 26,53 %, en tenant compte d'un revenu sans atteinte à la santé de 69'151 fr. et d'un revenu avec atteinte à la santé de 50'807,25 fr., sans abattement. Ce degré d'invalidité n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité, son droit s'était éteint au 31 août 2019, soit trois mois après l'amélioration du 2 mai 2019. L'assuré pouvait bénéficier d'une mesure d'aide au placement.

Par courrier du 2 juin 2020, l'assuré a fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré. A la suite de l'opération du 19 novembre 2018, son état s'était quelque peu amélioré avant de se détériorer à nouveau, et dès le 17 juillet 2019, il avait à nouveau bénéficié d'injections de cortisone pour soulager ses fortes douleurs. Le 11 octobre 2019, il avait développé des problèmes cardiaques en raison de sa dernière injection et avait dû consulter un cardiologue, ce qui avait mis un terme au traitement de la douleur par injections. Ses douleurs persistaient, et le Dr J. _____ allait prochainement procéder à une scintigraphie.

Par courrier du 6 juillet 2020, l'assuré a informé l'OAI que ses problèmes de santé lui causaient des problèmes psychologiques, et lui a transmis un rapport de consultation du Dr J. _____ du 19 juin 2020. Dans ce rapport, le médecin signalait qu'il y avait eu une amélioration importante des douleurs au départ, avec une disparition des douleurs radiculaires, puis que les douleurs lombaires étaient réapparues, évoquant une mauvaise fusion. Il avait fait réaliser une scintigraphie osseuse, qui était en faveur d'une mauvaise fusion avec une pseudarthrose en L4-L5, et qui expliquait les symptômes de l'assuré. Pour la suite du traitement, le Dr J. _____ estimait que les chances d'une fusion spontanée étaient extrêmement ténues, et qu'au vu des douleurs persistantes et gênantes, une reprise chirurgicale devait être envisagée, avec ablation de la cage et repositionnement d'une nouvelle cage, plus grande, avec une nouvelle greffe osseuse. L'assuré désirait réfléchir à cette intervention, qui n'était pas urgente.

Par avis médical du 18 mai 2021, le SMR a considéré que la situation clinique rapportée par le Dr J._____ était similaire à celle de l'expertise, à savoir des lombalgies persistantes avec stabilité clinique. Une éventuelle nouvelle intervention chirurgicale engendrerait en revanche une nouvelle incapacité de travail limitée dans le temps. Vu le délai écoulé depuis le dernier rapport du Dr J._____, le SMR préconisait de le réinterroger.

Par courrier indexé le 1^{er} juillet 2021, le cabinet du Dr J._____ a informé l'OAI que l'assuré n'y était plus suivi depuis le mois de juin 2020.

Par rapport du 25 octobre 2021 adressé au Dr L._____, le Dr Q._____ a indiqué que l'assuré avait requis des avis médicaux supplémentaires à la suite de la situation décevante liée aux douleurs persistantes après l'opération de 2018. Il avait ainsi consulté un médecin en [...], et le Dr S._____, spécialiste en neurochirurgie. Ce dernier avait procédé à deux infiltrations et proposé un test de stimulation médullaire. L'assuré avait consulté le Dr Q._____ à la fin du mois de juillet 2021, ne se sentant pas prêt pour le test proposé par le Dr S._____. Le Dr Q._____ avait pratiqué des infiltrations de part et d'autre de la spondylodèse, qui n'avaient pas amélioré les douleurs. Il préconisait une approche conservatrice, cependant si les douleurs et le « sinistre existentiel » le justifiaient, un test de stimulation médullaire pouvait être tenté.

Par rapport du 28 octobre 2021, le Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie (au sein du même cabinet que le Dr S._____), a informé l'OAI que l'assuré avait commencé à le consulter le 14 janvier 2021. Il retenait comme diagnostic principal une pseudarthrose L4-L5 et signalait des blocs facettaires L4-L5 bilatéraux effectués les 27 janvier et 30 avril 2021. Selon le Dr V._____, les signes de Waddel étaient non significatifs (moins de trois signes présents) et la corrélation radioclinique était bonne.

Il listait plusieurs limitations fonctionnelles, et indiquait que la capacité de travail était indéterminée.

Par avis médical du 11 janvier 2022, le SMR a estimé que les nouveaux documents médicaux ne contenaient pas de description clinique et rapportaient la persistance des lombosciatalgies connues, stables, et l'absence d'effet des blocs facettaires. Les limitations fonctionnelles étaient superposables à celles de l'examen du Dr K._____.

Par courrier du 12 janvier 2022, l'OAI a pris position sur la contestation du projet de décision formulée par l'assuré, reprenant le contenu des avis du SMR.

Par courrier du 1^{er} février 2022, l'assuré a informé l'OAI que l'intervention chirurgicale qu'il devait subir avait été reportée en raison du décès de son père, et qu'il avait un rendez-vous avec le Dr Q._____ le 8 février suivant, afin de la planifier. Les infiltrations dont il bénéficiait tous les deux mois « endormaient » temporairement une partie conséquente de ses douleurs, à condition de ne rien porter de lourd ou moyennement lourd, et elles ne dissipaient pas son sentiment d'avoir un poids sur le dos et d'enfermement dans sa cage thoracique. Le Dr J._____ lui avait demandé s'il ressentait de la douleur alors qu'il venait d'être opéré et était encore sous l'effet de la morphine. Comme il ne ressentait momentanément pas de douleur, le Dr J._____ avait noté qu'il allait bien, alors que ce n'était pas le cas et qu'une nouvelle intervention était désormais prévue. Son cas n'avait pas connu d'amélioration durable depuis 2016.

Par courrier du 3 février 2022, l'OAI a répondu à l'assuré, notamment en ces termes :

« Comme indiqué dans notre courrier du 12.01.2022, l'examen des éléments apportés durant votre contestation confirme l'intégralité des conclusions de notre projet de décision du 13.05.2020. En effet, il est ressorti de l'avis du Service Médical Régional que les documents remis par vos soins ainsi que par vos différents médecins, dont le Dr Q._____, n'amènent aucun élément clinique qui serait de nature à remettre en question les conclusions

précitées, ou qui mettrait en évidence une aggravation de votre état de santé. De plus, aucun acte chirurgical n'est préconisé malgré la persistance des diagnostics posés. Il ressort une stabilité clinique de vos atteintes à la santé ».

Par décision du 4 mars 2022, l'OAI a octroyé une rente d'invalidité entière à l'assuré, du 1^{er} décembre 2018 au 31 août 2019, pour un degré d'invalidité de 100 %, reprenant les motifs de son projet de décision.

B. Par acte du 1^{er} avril 2022, W._____ a formé recours à l'encontre de la décision du 4 mars 2022, par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi de l'assistance judiciaire.

Par avis de la juge instructrice du 5 avril 2022, un délai a été accordé au recourant pour compléter son acte de recours, ce qu'il a fait par courrier du 20 avril 2022. Il a alors indiqué qu'il avait subi une opération le 16 février 2022, avec insertion d'un appareil de stimulation, qui avait dû être retiré deux semaines plus tard en raison de l'aggravation de son état. Il contestait l'amélioration de son degré d'invalidité. Une IRM et un scanner avaient été planifiés par le Dr J._____ (le 22 avril 2022 selon l'attestation de rendez-vous annexée). Il a joint à son envoi un rapport du Dr Q._____ du 14 avril 2022, qui relevait qu'à la suite de la cure de hernie discale L4-L5 avec spondylodèse, des lombalgies invalidantes et une sciatalgie droite avaient persisté, et qu'il existait des discopathies modérées en L3-L4 et L5-S1 qui risquaient d'évoluer vers une dégénérescence et une insuffisance segmentaire. Le traitement antalgique se poursuivait, ainsi que des infiltrations une à trois fois par année. Un test de stimulation médullaire avait été pratiqué en février 2022, sans succès. Le Dr Q._____ annexait également une liste des infiltrations réalisées en 2018, 2019, 2021 et 2022, et concluait son rapport comme suit : « Considérant ce qui précède, on comprend mal qu'après avoir octroyé une rente pour une affection spinale, que la rente soit retirée alors même que l'évolution à l'heure actuelle est défavorable et ce probablement de manière définitive ».

Par courrier du 5 mai 2022, désormais sous la plume de son représentant Procap, le recourant a complété l'acte de recours et la demande d'assistance judiciaire limitée aux frais de justice, dans le délai accordé à cet effet par la juge instructrice. Il a conclu au maintien de sa rente entière d'invalidité, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, il a fait valoir que le SMR avait considéré nécessaire de réaliser une expertise rhumatologique, dans son avis du 12 décembre 2019, toutefois que seul un examen clinique avait eu lieu auprès du SMR le 25 février 2020. La date du début du droit à la rente n'était pas contestée, mais l'existence d'une amélioration, et *a fortiori* sa date, mettant un terme au droit à la rente, l'étaient. L'examen clinique du SMR n'avait pas la même portée qu'une expertise externe et les rapports des médecins traitants contredisaient les conclusions dudit examen, tant avant qu'après sa réalisation. L'intimé ne pouvait toutefois nier leur valeur probante, puisqu'ils avaient fondé le droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps. Il requérait la mise en œuvre d'une véritable expertise externe pour le cas où l'appréciation du médecin traitant Q._____ ne serait pas entièrement suivie.

Par décision du 16 mai 2022, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant, avec effet au 1^{er} avril 2022, comprenant l'exonération des avances et des frais judiciaires.

Par déterminations spontanées du 14 juin 2022, le recourant a produit deux rapports médicaux supplémentaires à l'appui de son recours, soit :

- Un rapport du 30 mai 2022 du Dr J._____, répondant à Procap et relevant que le recourant souffrait de lombosciatalgies chroniques persistantes depuis l'intervention chirurgicale de 2018, qu'il persistait des lombo-radiculopathies prédominantes au niveau de la fesse droite sans déficit sensitivo-moteur, stables depuis 2020, que la capacité de travail comme aide-infirmier

était de 0 %, qu'il présentait des douleurs chroniques selon lui avec des difficultés à rester debout ou assis longtemps, cependant qu'il conservait ses activités quotidiennes domestiques habituelles, que le pronostic était réservé compte tenu de l'absence d'évolution depuis désormais quatre ans, que les infiltrations semblaient l'aider quelques mois, avant le retour des douleurs, qu'un scanner récent avait montré un matériel bien en place, aucun signe de mobilisation, et que la scintigraphie ne montrait pas d'argument pour une pseudarthrose ou une inflammation au niveau des articulaires postérieures.

- Un rapport du 2 juin 2022 de la Dre F._____, spécialiste en neurochirurgie, adressé à Procap, par lequel elle indiquait avoir examiné le recourant les 13 mai et 2 juin 2022. Dans un premier temps, un problème pseudarthrose sur le matériel de spondylodèse avait été suspecté, comme mis en évidence sur une scintigraphie osseuse réalisée en juin 2020. Une nouvelle scintigraphie, réalisée en mai 2022, avait conduit la Dre F._____ à exclure un problème de pseudarthrose. Il s'agissait à son avis d'un cas de *failed back surgery syndrome* avec des douleurs neuropathiques du membre inférieur droit résiduelles. Elle listait des limitations fonctionnelles et indiquait qu'une expertise ou évaluation par un médecin du travail serait judicieuse.

Par réponse du 8 juin 2022, l'OAI s'est déterminé sur les écritures des 4 mars, 20 avril et 5 mai 2022 du recourant, et a proposé le rejet du recours ainsi que la confirmation de la décision entreprise. Il a fait valoir la pleine valeur probante du rapport d'examen du SMR, l'absence d'élément objectif nouveau qui aurait été ignoré par l'examineur ou qui serait survenu entre l'examen clinique et la décision litigieuse, et l'absence d'indice concret amenant à penser que l'examineur aurait ignoré un élément déterminant pour son appréciation, de sorte qu'il n'y

avait pas de doute, même minime, quant à la pertinence de ses conclusions.

Par déterminations du 23 juin 2022 sur l'écriture du recourant du 14 juin 2022, l'OAI a maintenu sa position. Il a précisé que l'aide au placement, seule mesure pouvant favoriser une réintégration dans l'économie compte tenu des capacités du recourant, de l'absence de scolarisation en Suisse et du long éloignement du marché de l'emploi, n'était pas envisageable lorsque l'intéressé contestait la capacité de travail exigible. L'OAI a également indiqué que la rente d'invalidité pouvait être supprimée sans mise en place préalable de mesures de réadaptation vu le relativement jeune âge du recourant.

Par réplique du 30 juin 2022, le recourant a réitéré ses conclusions.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant.

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. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par 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 la partie recourante 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 dans cette situation (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4 ; 125 V 413 consid. 2d).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, en particulier au-delà du 31 août 2019. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans s'étend également à la période depuis le début du droit à la rente, puisque la décision attaquée porte sur l'octroi d'une rente limitée dans le temps et simultanément sur sa suppression.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

La décision litigieuse été rendue le 4 mars 2022, soit après l'entrée en vigueur de cette nouvelle, de sorte qu'il sied de déterminer le droit matériel applicable à la cause, sur le plan temporel.

b) D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié

juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 138 V 176 consid. 7.1).

Les dispositions transitoires de la nouvelle du 1^{er} janvier 2022 prévoient, à leur lettre b al. 1, concernant les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la modification et qui n'avaient pas encore 55 ans le 1^{er} janvier 2022, que la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Il est relevé que cette dernière disposition a également été révisée par la modification législative en question.

c) En l'occurrence, le recourant était âgé de moins de 55 ans le 1^{er} janvier 2022, toutefois la décision entreprise ne concerne pas un changement de son taux d'invalidité qui se serait produit après cette date. La disposition transitoire ne trouve ainsi pas application en l'état et il convient de suivre les principes généraux en la matière, rappelés ci-avant. Les faits déterminants à cet égard se sont tous déroulés avant l'entrée en vigueur de la nouvelle, ce qui n'est en outre pas contesté. Il s'agit en particulier du début de l'invalidité (en janvier 2017), de l'ouverture du droit à la rente (en janvier 2018 théoriquement, en décembre 2018 compte tenu de la date de dépôt de la demande, art. 29 al. 1 LAI), de la survenance - contestée - du motif de révision matérielle (en mai 2019) et de la fin du droit à la rente (en août 2019). Ainsi, en l'espèce, les dispositions de la LAI, de son règlement d'exécution, et l'art. 17 LPGA sont applicables dans leur ancienne teneur, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, et c'est à celles-ci qu'il sera fait référence dans le présent arrêt.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, 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) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). La rente est versée dès le début de mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA).

Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'office AI (TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.1 et les références).

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, 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. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie. Selon cette disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente celle qui a précédé le premier octroi.

Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. a) Pour 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a

souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

d) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

Par ailleurs le fait que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. Enfin, il n'existe 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. 4.4).

e) Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

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

6. a) En l'espèce, l'OAI s'est fondé principalement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 25 février 2020, établi par le Dr K._____, ainsi que sur les avis médicaux du SMR subséquents, pour rendre la décision litigieuse.

Il est incontesté que le recourant souffre d'une atteinte à sa santé physique, au niveau du rachis. L'OAI a retenu que le recourant a présenté une incapacité de travail totale et durable, en lien avec cette

atteinte, à compter du 26 janvier 2017 (date d'une IRM lombaire réalisée en raison de lombosciatalgies du côté droit, qui avait mis en évidence une hernie discale L4-L5 luxée caudalement, cf. rapport du Dr K. _____ du 25 février 2020), à défaut d'élément médical objectif antérieur. L'intimé a considéré qu'une année plus tard, soit en janvier 2018, le recourant présentait un taux d'incapacité de travail dans toute activité de 100 %, donc un degré d'invalidité de 100 %, lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. La rente ne pouvait toutefois prendre naissance qu'à l'écoulement d'une période de six mois dès que l'intéressé avait fait valoir son droit (art. 29 al. 1 RAI *cum* 29 al. 1 LPGA ; consid. 4c *supra*). Il est relevé à toutes fins utiles que la date de dépôt de la demande doit en réalité être fixée au 1^{er} juin 2018 et non au 7 juin 2018, qui correspond à l'indexation de la demande par l'OAI. La demande est en effet datée du 1^{er} juin, et l'enveloppe ne figure pas au dossier de l'intimé (ATF 138 V 218 consid. 8.1 ; TF 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5 et les références). Cela n'a toutefois pas d'incidence en l'espèce, puisque le mois déterminant reste le mois de juin 2018. La rente d'invalidité du recourant prenait ainsi naissance en décembre 2018.

Les éléments qui précèdent, en particulier l'octroi d'une rente d'invalidité entière pour la période du 1^{er} décembre 2018 au 31 août 2019, ne sont pas sujets à controverse entre les parties. L'inexigibilité de toute capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide-infirmier n'est pas remise en cause non plus. La Cour de céans considère qu'aucune raison pertinente ne justifie de revenir sur ces points.

b) En revanche, sur le plan médical, le recourant conteste qu'il ait présenté une amélioration de son état de santé en mai 2019, justifiant la suppression de sa rente d'invalidité, comme l'a retenu l'intimé. Selon ce dernier, dès le mois de mai 2019, une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée était exigible, ce qui constituait une amélioration de la capacité de gain de l'intéressé, qui avait duré plus de trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication n'ait été à craindre, et qui entraînait une diminution notable du taux d'invalidité (cf. consid. 4d *supra*). Partant et compte tenu du degré d'invalidité désormais inférieur

au seuil minimal de 40 %, le droit à la rente s'était éteint trois mois après l'amélioration, soit le 31 août 2019, en application de l'art. 88a al. 1 RAI. Pour sa part, le recourant fait essentiellement valoir les rapports de ses médecins traitants et l'absence d'expertise externe à l'assurance selon l'art. 44 LPGA.

Il s'agit dès lors d'examiner la valeur probante du rapport du Dr K. _____ du SMR, qui a déterminé la date de l'amélioration retenue, et la capacité de travail dans une activité adaptée.

7. a) A titre liminaire, il sied de rejeter le grief du recourant selon lequel l'intimé aurait voulu ordonner une expertise indépendante, et se serait trompé en mettant en œuvre un examen clinique du SMR.

Certes, il était mentionné dans l'avis du SMR du 12 décembre 2019 qu'une expertise rhumatologique était nécessaire. Toutefois il était également noté que l'antalgiste traitant avait demandé une telle expertise, soit le Dr Q. _____. Or, ce dernier avait préconisé un examen par un médecin-conseil de l'OAI (cf. ses rapports quasiment identiques des 29 août 2018 et 5 décembre 2019). De plus, le SMR a organisé l'examen médical et convoqué l'intéressé, quelques semaines après l'avis médical (cf. lettre de convocation du 7 janvier 2020). Il ne semble dès lors pas y avoir eu un quelconque malentendu sur la nature de l'expertise à réaliser, mais bien plutôt que l'avis du SMR du 12 décembre 2019 n'entendait pas recommander une expertise externe. Le rapport du Dr K. _____ mentionne d'ailleurs précisément que l'avis du SMR contenait l'indication de procéder à une expertise rhumatologique. Du reste, dans l'avis médical du 11 janvier 2022, rédigé par la même médecin du SMR que l'avis préconisant l'expertise rhumatologique, l'examen SMR du 17 février 2020 est désigné comme étant une expertise.

Quoi qu'il en soit et comme rappelé ci-avant, il n'y a pas de droit formel à obtenir une expertise externe à l'assurance dans le cadre d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'intimé était donc fondé à mettre en œuvre un examen médical au sens de l'art. 49

al. 2 RAI. Les conclusions de cet examen, singulièrement leur fiabilité et pertinence, pouvaient toutefois potentiellement justifier la mise en œuvre d'une expertise externe au sens de l'art. 44 LPGA, dans un second temps, ce qu'il sied d'examiner à la lumière de la valeur probante du rapport (cf. consid. 5c et 5d *supra*).

b) Sur le plan formel, le rapport d'examen du Dr K. _____ remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante, ce que le recourant ne conteste pas en soi. En effet, le Dr K. _____ a établi le contexte médical du recourant de manière détaillée, puisqu'il a reconstitué son dossier médical et synthétisé les rapports médicaux existants. Il a en sus constitué un dossier radiologique, en examinant et résumant des rapports d'imagerie qui ne figuraient pas au dossier de l'intimé. Il a procédé à l'examen clinique du recourant personnellement et conformément à sa spécialité. Il a ainsi établi le status général, neurologique, et ostéoarticulaire en réalisant différents tests et mesures. Le Dr K. _____ a recueilli l'anamnèse personnelle, familiale, scolaire, professionnelle, et systémique du recourant. Il a noté les traitements médicamenteux et la prise en charge médicale, ainsi que le déroulement d'une journée-type. Le Dr K. _____ a listé les plaintes ostéoarticulaires de l'intéressé (en particulier, ce dernier a fait état de douleurs à la fesse droite, de douleurs lombaires basses à droite, et de douleurs au mollet droit). Le rhumatologue a ensuite indiqué les diagnostics qu'il retenait, avant de passer à l'appréciation du cas. Il a communiqué des conclusions motivées et cohérentes avec ses observations.

c) Il s'agit dès lors de déterminer s'il existe des avis médicaux au dossier permettant de remettre en cause l'évaluation du Dr K. _____. Il se justifie à cet égard de procéder en deux temps, soit d'abord pour la période précédant l'examen médical, puis pour celle postérieure à ce dernier.

C'est le lieu de rappeler que pour fixer le degré d'invalidité, l'administration, puis le juge, se fondent sur des documents médicaux,

ainsi que des documents émanant d'autres spécialistes (cf. consid. 5a *supra*). Les arguments du recourant qui ne sont pas étayés médicalement ne sont dès lors pas pertinents pour fixer son degré d'invalidité et peuvent être écartés.

8. a) Avant l'examen médical réalisé le 17 février 2020, le dossier contenait des rapports des Drs J._____ et Q._____, ainsi que des rapports d'imagerie.

Le Dr Q._____, dans ses rapports des 29 août 2018 et 5 décembre 2019, retenait des lombosciatalgies droites sur discopathies, associées à deux hernies discales (dont une franche en L4-L5 et une modérée en L5-S1). Il listait des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis et ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, indiquant qu'il ne disposait pas d'assez d'éléments objectifs pour la déterminer, raison pour laquelle il préconisait un stage d'orientation professionnelle et l'examen d'un médecin-conseil de l'OAI. Force est de constater que ces rapports ne s'inscrivent pas en contradiction avec l'appréciation du Dr K._____. Ce dernier a également retenu le diagnostic de lombosciatalgies droites, avec des troubles dégénératifs postérieurs étagés. Il a tenu compte du rapport d'IRM du 15 juin 2018 que le Dr Q._____ avait joint à ses rapports. Il a listé des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis globalement superposables, voire plus étendues que celles indiquées par le médecin traitant (ce dernier limitait le port de charges à 5 kg, les positions assise continue et debout statique à une heure, alors que le Dr K._____ limitait le port de charges à 10 kg, mais la position assise ou debout prolongée à 45 minutes et la position debout statique à 20 minutes, et qu'il mentionnait la marche sans s'arrêter au-delà d'un kilomètre). L'avis du Dr Q._____ ne saurait donc faire planer un quelconque doute à l'égard du rapport d'examen concerné.

Quant au Dr J._____, il a indiqué dans son rapport du 2 mai 2019 qu'il avait revu le recourant à sa consultation, six mois après son intervention d'arthrodèse lombaire, le 1^{er} mai 2019 (et non le 2 mai, comme retenu par le SMR et l'OAI, cf. rapport du Dr J._____ du 2 mai

2019). Il faisait état d'une amélioration depuis la chirurgie, rapportée par le recourant, qui restait « gêné » et qui présentait toujours une « petite lombalgie chronique », nécessitant la prise d'anti-inflammatoires et de Tramal. Une IRM ne mettait rien de particulier en évidence, si ce n'était un doute sur une compression résiduelle de la racine L4 droite, sans retentissement clinique. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail ou sur des limitations fonctionnelles. Dans son rapport à l'OAI daté du 11 septembre 2019, le Dr J._____ retenait des lombalgies chroniques comme diagnostic, proscrivait le port répété de charges de plus de 15 kg, la marche prolongée, les positions uniquement assise ou debout, penchée, accroupi, à genoux, en rotation, et sur une échelle ou un échafaudage. Il signalait une diminution de moitié des douleurs après l'opération de novembre 2018, et la persistance de douleurs lombaires. Ces considérations sont congruentes avec les conclusions du Dr K._____. Ce dernier a tenu compte des rapports du Dr J._____ et s'est fondé sur celui du 2 mai 2019 pour dater l'amélioration survenue, qui ressortait notamment du constat de la diminution des douleurs après l'opération. Dès cette consultation, le Dr J._____ décrivait une petite lombalgie chronique et l'IRM ne montrait pas de particularité. Le Dr K._____ estimait donc, de manière cohérente, qu'il n'y avait pas eu de complication post-opératoire, les lombalgies chroniques résiduelles étant fréquentes après une opération telle que celle subie en novembre 2018.

Le seul point sur lequel le Dr K._____ s'est écarté de l'avis du Dr J._____ est en définitive l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr J._____ avait en effet estimé cette dernière à « 2H » dans son rapport du 11 septembre 2019. La Cour de céans considère à cet égard que la motivation du Dr K._____ est convaincante. Il a expliqué que compte tenu de ses constatations cliniques, et des éléments objectivables de la consultation du 2 mai 2019 [recte : 1^{er} mai], le temps de travail quotidien de deux heures ne pouvait être suivi, et il a étayé les raisons pour lesquelles il retenait une capacité de travail de 75 % (cf. pp. 9-10 du rapport). L'argument du recourant selon lequel l'indication de la diminution des douleurs résultait de l'effet de la morphine et de la proximité avec l'opération doit être rejeté. Cet

argument n'est pas appuyé par des considérations médicales, au contraire. La consultation avec le Dr J._____ a en effet eu lieu six mois après l'intervention, et il l'avait ensuite revu le 15 juillet 2019, soit à huit mois de l'opération, sans que cela ne modifie son appréciation (cf. rapport du Dr J._____ du 11 septembre 2019, qui mentionne les dates des consultations). L'examen clinique du Dr K._____, qui a réalisé des tests et mesures sur le plan ostéoarticulaire, a été réalisé en février 2020, soit environ une année et trois mois après l'intervention chirurgicale. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, il est encore relevé que le rapport du Dr J._____ du 11 septembre 2019 était relativement succinct à cet égard et n'étayait pas son estimation de deux heures de travail par jour. En particulier, s'agissant de la partie « situation professionnelle » du formulaire de l'OAI, ce médecin a coché quasiment toutes les cases selon lesquelles il n'était pas en mesure de se prononcer. Il a ainsi signifié qu'il n'était pas en mesure de décrire l'activité actuelle de son patient, qu'il ne disposait pas d'information sur sa situation professionnelle, qu'il ne pouvait pas répondre à des questions sur les exigences auxquelles son patient devait faire face dans son activité professionnelle, qu'il ne pouvait pas répondre à la question relative aux ressources utiles pour la réinsertion, qu'il n'était pas en mesure d'évaluer le nombre d'heures par jour raisonnablement exigible dans l'activité habituelle, et qu'il n'était pas en mesure d'indiquer s'il y avait des limitations dans l'accomplissement des tâches ménagères. Il a inscrit « 2H » en réponse à la question relative aux heures de travail exigibles dans une activité qui tienne compte de l'atteinte à la santé, sans autre précision, outre le fait qu'un potentiel de réadaptation existait en fonction de l'évolution du tableau clinique. Cette brève affirmation péremptoire ne saurait jeter un quelconque doute sur les conclusions convaincantes du Dr K._____.

b) Au vu de ce qui précède, une pleine valeur probante doit être reconnue au rapport d'examen du SMR du 25 février 2020, s'agissant de la période allant jusqu'au mois de février 2020. Aucun rapport médical n'est susceptible de faire douter de ses conclusions relatives à cette période. Le recourant a ainsi présenté une incapacité totale de travail

dans toute activité, jusqu'à ce que sa capacité de travail dans une activité adaptée s'améliore, en mai 2019, six mois après l'arthrodèse et la cure de hernie discale dont il a bénéficié. L'on relève encore que le recourant lui-même a admis que son état de santé avait connu une amélioration à la suite de cette opération (cf. son courrier du 2 juin 2020).

c) Après l'examen médical du SMR, et après la communication du projet de décision du 11 mai 2020, le Dr J._____ a revu le recourant le 17 juin 2020, et il a indiqué dans son rapport du 19 juin suivant qu'après une amélioration importante des douleurs, elles étaient réapparues dans un second temps, le faisant suspecter une mauvaise fusion avec pseudarthrose en L4-L5. Les douleurs étaient persistantes et gênaient l'intéressé de manière importante ; le tableau clinique était stable. Il envisageait une reprise chirurgicale pour traiter la pseudarthrose. A ce stade, le SMR a estimé que la situation clinique exposée par le Dr J._____ était similaire à celle du rapport d'examen du Dr K._____, à savoir des lombalgies persistantes avec stabilité clinique, et qu'une nouvelle chirurgie engendrerait une nouvelle incapacité de travail, limitée dans le temps, mais qu'il convenait de réinterroger le Dr J._____.

Le Dr Q._____, dans son rapport du 25 octobre 2021, indiquait que malgré l'intervention chirurgicale, les lombalgies et sciatalgies droites avaient persisté. D'après lui, la sciatalgie droite était probablement une pseudo-sciatalgie, car il existait certes une hernie discale en L5-S1, mais elle n'entraînait pas en conflit avec une racine. Il préconisait une approche conservatrice, toutefois un test de stimulation médullaire comme suggéré par le Dr S._____ pourrait être tentée si les douleurs le justifiaient.

Le Dr V._____, dans son rapport du 28 octobre 2021, posait le diagnostic de pseudarthrose L4-L5, évaluait l'état comme stable, et listait des limitations fonctionnelles globalement superposables à celles retenues par le Dr K._____.

Le SMR a alors constaté que ces nouveaux documents médicaux, sans description clinique, rapportaient la persistance de lombosciatalgies connues, stables, sans effet des blocs facettaires, et que les limitations fonctionnelles étaient superposables à celles du rapport du Dr K._____.

d) Après la reddition de la décision entreprise, le recourant a produit plusieurs rapports médicaux, établis postérieurement. Il est rappelé que l'état de fait déterminant est celui existant au moment où la décision litigieuse est rendue, néanmoins les rapports médicaux doivent être pris en considération s'ils ont trait à la situation antérieure (cf. consid. 5e *supra*). Les rapports produits concernent tous l'atteinte du rachis du recourant. L'intimé n'a pas soumis ces documents au SMR afin qu'il se détermine à leur sujet dans le cadre de l'échange d'écritures en procédure judiciaire. Il en découle que les déterminations de l'OAI sur ces documents ne se fondent pas sur l'appréciation d'un médecin.

Or, ces rapports doivent être pris en considération par la Cour de céans.

En effet, le rapport du Dr Q._____ daté du 14 avril 2022 semble porter sur la situation générale de son patient, et se réfère à la période postérieure à l'opération de novembre 2018, lorsqu'il relève que les lombalgies sont invalidantes et qu'il existe une sciatalgie droite. Il évoque également le test de stimulation médullaire, effectué sans succès en février 2022, soit avant la décision. Cette intervention doit donc être prise en compte. Quant au reste, ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant ou ses limitations fonctionnelles dans ce rapport, et l'on ne saurait accorder une quelconque valeur probante à l'assertion selon laquelle son patient devrait continuer à bénéficier d'une rente d'invalidité, la notion d'invalidité n'étant pas médicale, mais économique et juridique. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (cf. notamment TF 9C_850/2013 consid. 3.2).

Le Dr J._____, pour sa part, a rappelé le diagnostic de lombosciatalgies chroniques persistantes depuis l'intervention chirurgicale de 2018, et il a rapporté la persistance de lombo-radiculopathies prédominantes au niveau de la fesse droite, stables depuis 2020, sans déficit sensitivo-moteur. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, estimant qu'il était difficile de le faire. Il précisait qu'un scanner de contrôle avait montré un matériel de spondylodèse bien en place et qu'une scintigraphie n'avait pas montré d'argument pour une pseudarthrose ou une inflammation des articulaires postérieures. Les dates de l'IRM et du scanner de contrôle, qualifiés d'exams récents par le Dr J._____, ne sont pas établies. La scintigraphie semble avoir été réalisée en mai 2022, soit après la décision (cf. rapport de la Dre F._____ du 2 juin 2022). Elle a toutefois vraisemblablement permis d'écartier un diagnostic suspecté par le Dr J._____ en juin 2020 et posé par le Dr V._____ en octobre 2021, soit la pseudarthrose en L4-L5, de sorte qu'il se justifie d'en tenir compte. Le reste du rapport du Dr J._____ semble se rapporter à la situation générale du recourant, avec des mentions des années 2018 et 2020.

Quant au rapport de la Dre F._____ du 2 juin 2022, il est plus délicat de déterminer s'il se rapporte à la situation antérieure à la décision. Il date de trois mois après celle-ci, et la médecin n'a reçu l'intéressé en consultation qu'après la décision, puisqu'elle indique l'avoir vu les 13 mai et 2 juin 2022. Elle se réfère cependant à la scintigraphie de mai 2022, qui a permis d'écartier un problème de pseudarthrose (ce qui est également l'avis du Dr J._____). Elle a posé un nouveau diagnostic, de *Failed back surgery syndrome* avec des douleurs neuropathiques du membre inférieur droit résiduelles, sans le situer dans le temps. En outre, elle retenait des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, encore une fois superposables avec celles listées par le Dr K._____, et concluait en préconisant une évaluation par un expert ou un médecin du travail.

Ainsi, après l'examen clinique rhumatologique du 17 février 2020 du SMR, plusieurs médecins se sont prononcés sur l'atteinte du

recourant. Certes, ils ont toujours évoqué en substance les mêmes limitations fonctionnelles et aucun n'a quantifié la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Toutefois, la Cour de céans constate que durant les deux années qui ont séparé l'examen du Dr K. _____ de la décision entreprise, plusieurs éléments sont évocateurs d'une évolution de la situation médicale, dont il n'est en réalité pas exclu qu'ils aient eu une influence sur la capacité de travail du recourant, ce d'autant moins que certains n'ont pas été examinés par le SMR. En particulier, l'appréciation du Dr K. _____ était essentiellement basée sur l'absence de complication et le bon résultat de l'intervention chirurgicale de novembre 2018, après laquelle ne subsistait qu'une petite lombalgie chronique. Or, les médecins traitants ont suspecté, respectivement posé le diagnostic de pseudarthrose, et évoqué une reprise chirurgicale, ce qui ne semble *a priori* pas compatible avec une intervention sans complication. Ce d'autant moins que le Dr J. _____, dont l'avis avait en partie motivé l'amélioration retenue, rapportait une résurgence des douleurs après un temps d'amélioration, qui l'avait fait penser à une pseudarthrose. Un test de stimulation médullaire a été réalisé, sans succès, ce qui laisse supposer également que le résultat de la première opération, soit une petite lombalgie chronique nécessitant la prise d'anti-inflammatoires et de Tramal, n'était peut-être plus d'actualité. L'on note à cet égard que le Tribunal fédéral a jugé que lorsque la seule option thérapeutique proposée était une chirurgie, cela faisait douter de la stabilisation durable de la situation médicale au sens de l'art. 88a RAI (TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021, consid. 4.2). En l'espèce, la chirurgie n'était pas strictement la seule option thérapeutique proposée, toutefois les éléments rapportés par les médecins traitants amènent à douter de la stabilisation durable de l'état de santé du recourant. Le Dr Q. _____ a notamment relevé une évolution défavorable, probablement définitive (cf. son rapport du 14 avril 2022). En outre, le Dr J. _____ a rapporté la persistance de lombo-radiculopathies prédominantes au niveau de la fesse droite, stables depuis 2020, soit potentiellement postérieurement à l'examen clinique du SMR. Enfin, le nouveau diagnostic posé par la Dre F. _____ interpelle, en ce sens que l'on ne parvient pas à déterminer - et ce n'est d'ailleurs pas le rôle du juge, dépourvu de compétences médicales - s'il est possible que les

douleurs neuropathiques du membre inférieur droit et le *Failed back surgery syndrome* entraînent des conséquences sur la capacité de travail du recourant, cas échéant depuis quand. Le SMR n'a pas été consulté au sujet de ce rapport non plus.

e) A la lumière de ce qui précède, la Cour de céans n'est pas en mesure, en l'état du dossier de l'intimé, de confirmer les éléments retenus par ce dernier pour la période postérieure à l'examen clinique du SMR, soit de février 2020 à la date de la décision entreprise, le 4 mars 2022. En particulier, force est de constater que le recourant a fourni des éléments susceptibles de modifier les résultats de l'instruction, sur le plan médical, qui n'ont pas été soumis au SMR. Or, il convient de s'interroger sur la survenance d'une éventuelle reprise de l'invalidité au sens de l'art. 29^{bis} RAI après suppression de la rente. L'art. 29^{bis} RAI prévoit ainsi que, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 LAI, celle qui a précédé le premier octroi. Cette investigation s'impose ici, dans la mesure où l'on ignore si l'effet de l'atteinte à la santé du recourant sur sa capacité de travail a évolué de façon déterminante depuis le mois de février 2020. Il s'agit donc de compléter le dossier sur cette question.

f) Les compléments ci-dessus sont indubitablement du ressort de l'intimé (art. 43 al. 1 LPGA), à qui il y a lieu de renvoyer la cause pour reprise de l'instruction et nouvelle décision pour la période débutant dès le mois de mars 2020, *a minima* en mettant en œuvre un nouvel examen clinique du SMR (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

9. a) Sur le plan économique, le recourant n'a pas formulé de critique à l'égard du calcul de son degré d'invalidité.

Vérifié d'office, le calcul peut être confirmé, du moins pour la période allant jusqu'au mois de février 2020 compris. Il est néanmoins

relevé que le nombre d'heures hebdomadaires statistiques déterminant pour le revenu sans invalidité, dans le domaine de la santé humaine et de l'action sociale, était de 41,6 et non de 41,7 et que l'évolution des salaires nominaux, indexée selon le tableau T39 de l'Office fédéral de la statistique, Indice suisse des salaires, était de +0,4 %, +0,5 % et +0,9 % pour les années 2017 à 2019. Ces légères imprécisions ne modifient pas le degré d'invalidité dans une mesure déterminante en l'espèce. Ainsi, compte tenu de son degré d'invalidité de 26,53 % (arrondi à 27 %, cf. ATF 130 V121 consid. 3.2), le droit à une rente d'invalidité s'était bien éteint trois mois après l'amélioration retenue, soit à la fin du mois d'août 2019. La décision de l'intimé doit être confirmée sur ce point.

Il appartiendra à l'intimé, le cas échéant, d'opérer un nouveau calcul du degré d'invalidité, pour la période postérieure au mois de février 2020, selon les résultats du complément d'instruction.

b) Au demeurant, comme l'a relevé l'intimé, vu l'âge du recourant, inférieur à 55 ans au moment déterminant de la décision administrative, il n'y avait pas lieu d'appliquer la jurisprudence selon laquelle la personne assurée a droit à ce que ses possibilités de réadaptation par elle-même soient examinées avant la suppression du droit à la rente d'invalidité (ATF 145 V 209 consid. 4.2.1, 5 et TF 8C_104/2021 du 27 juillet 2022 consid. 7.3.2 destiné à la publication, tranchant la question du moment déterminant).

10. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis, en ce sens que la décision attaquée peut être confirmée relativement à la période jusqu'au mois de février 2020, comportant le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2018 au 31 août 2019, puis sa suppression jusqu'au 29 février 2020.

La décision doit en revanche être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour la période postérieure à cette date, pour complément d'instruction, au sens des considérants et pour nouvelle décision,

s'agissant de l'appréciation médicale de la situation et du droit éventuel aux prestations dès le 1^{er} mars 2020.

b) Compte tenu de l'issue du litige, la requête de mesure d'instruction formulée par le recourant, soit la mise en œuvre d'une expertise externe à l'assurance doit être rejetée (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

11. a) 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. 1^{bis}, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) Obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de dépens réduite à titre de participation aux honoraires de Procap (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'000 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.

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 4 mars 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée s'agissant du droit de W._____ au versement d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2018 au 31 août 2019, ainsi que de la suppression de ce droit au 31 août 2019, la cause étant renvoyée à l'Office précité pour la période courant dès le mois de mars 2020, dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, fixés à 600 fr. (six 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 W._____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour M. W._____),
- 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 :