

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mars 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Piguet, juge, et Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Luc Del Rizzo, avocat, à
Monthey,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1980, sans formation professionnelle certifiée, a exercé l'activité de préparateur de sol auprès de K._____SA depuis juin 2013. Il a été victime d'un accident de travail le 4 mars 2015, à savoir d'une chute d'environ 1 m 20 avec réception sur le dos, dont les conséquences financières ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

En incapacité totale de travail depuis cet accident, l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 18 septembre 2015 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux utiles et le dossier constitué par la CNA. Il en ressort que l'assuré a notamment séjourné au sein du Centre médical N._____SA. Le Dr C._____, médecin-chef dudit centre, a complété un rapport le 21 octobre 2015, faisant état des diagnostics de lombosciatalgies chroniques dans le contexte d'une double discopathie L3-L4, L4-L5 et de lyse isthmique de L4, de gonalgies gauches et de déconditionnement physique. L'assuré devait pouvoir travailler en tout cas à 50 % dans son activité de préparateur de sol. En outre, une activité adaptée était vraisemblablement possible à 100 % dès le 1^{er} octobre 2015.

K._____SA a complété un rapport d'employeur le 17 novembre 2015, indiquant que l'assuré percevait un salaire mensuel brut de 5'735 fr. en 2015 pour une activité à plein temps.

Par rapport du 29 janvier 2016 à l'OAI, le Dr D._____, médecin généraliste traitant depuis juillet 2015, a posé les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques sur discopathies L3-L4, L4-L5 et lyse isthmique L4, existant depuis 2010, de gonalgies gauches chroniques

depuis 2015, de status post-accident, à savoir une chute de 1 m 50 avec impact sur le rachis lombaire le 4 mars 2015, d'un état anxiodépressif, ainsi que d'un déconditionnement physique et psychique depuis 2008. Le Dr D._____ a précisé que l'état dépressif était nié, mais pouvait être qualifié actuellement de sévère. Il a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle dès le 4 mars 2015.

Par communications des 11 février, 16 mars et 13 mai 2016, l'OAI a pris en charge les frais liés à un stage de qualification dans le secteur de la conciergerie, puis des cours de formation auprès d'Y._____ dans le domaine des microtechniques. Dite formation s'est soldée favorablement par une attestation délivrée le 15 juillet 2016.

Sur questions de l'OAI, le Dr D._____ a relaté, le 14 septembre 2016, que l'état de santé de son patient demeurait stationnaire. Il persistait des gonalgies à gauche, un déconditionnement physique et psychique, une kinésiophobie, ainsi que des lombosciatalgies chroniques dans le contexte de double discopathie L3-L4, L4-L5 et de lyse isthmique de L4. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était toujours totale. Une activité adaptée n'était pas envisageable pour le moment, mais pourrait l'être avec un accompagnement et une progressivité. Le Dr D._____ a ajouté que son patient avait été adressé au Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par avis médical du 11 octobre 2016, le Service médical régional (SMR) a privilégié l'appréciation du Dr C._____, tout en considérant que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle. Il était toutefois doté d'une capacité de travail entière depuis le 25 septembre 2015 dans une activité adaptée, soit sans travail debout prolongé, sans positions statiques immobiles prolongées, ni marche prolongée en terrain instable, sans positions en porte-à-faux du tronc, ni travail à genoux ou accroupi, ainsi que sans port de charges répété de plus de 7 kg.

Dans un rapport final du 19 octobre 2016, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le préjudice économique de l'assuré. Il a retenu un revenu sans invalidité de 74'853 fr. 20 en se fondant sur les indications fournies par K. _____ SA, indexées à 2016. Quant au revenu avec invalidité, il l'a fixé à 70'024 fr. 89 dans le secteur de la microtechnique sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il résultait un taux d'invalidité de 6,45 %. Par ailleurs, l'assuré était considéré comme formé à satisfaction compte tenu de l'attestation obtenue auprès de Y. _____, tandis qu'aucune mesure supplémentaire n'était susceptible de réduire le préjudice économique.

Par communication du 24 octobre 2016, l'OAI a informé l'assuré de la réussite des mesures professionnelles et du fait que le revenu qu'il pouvait réaliser annuellement excluait le droit à une rente d'invalidité. Il l'a mis, le même jour, au bénéfice d'une mesure d'aide au placement.

Aux termes d'une décision formelle du 1^{er} décembre 2016, l'OAI a confirmé le refus de rente, vu le degré d'invalidité de 6,45 %.

A la suite du recours interjeté par l'assuré, assisté de Me Luc Del Rizzo, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté et confirmé la décision de l'OAI du 1^{er} décembre 2016 dans un arrêt du 19 juillet 2017, en la cause AI 15/17 - 204/2017, lequel est entré en force.

B. Dans l'intervalle, le psychiatre traitant de l'assuré, le Dr F. _____ a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'OAI le 27 juin 2017. Dans un courrier d'accompagnement daté de la veille, il requérait une réadaptation ou reconversion socioprofessionnelle en faveur de son patient, « à une capacité de travail de 50 % initialement » à partir du 1^{er} septembre 2017. Il se référait à un rapport du Dr C. _____ du 12 juin 2017, lequel conseillait un travail sur la kinésiophobie de l'assuré et mentionnait l'arrêt de sa propre prise en charge, compte tenu d'un état de santé connaissant objectivement peu de variation. Le Dr F. _____ a

réitéré ses propos le 30 août 2017, exposant que l'assuré tentait de se réinsérer dans le domaine de l'horlogerie, où une formation préalable était indispensable. Il suggérait le soutien de l'OAI à cette fin.

B._____ a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 6 octobre 2017.

Par communication du 9 octobre 2017, confirmée par décision du 9 novembre 2017 à la demande du mandataire de l'assuré, l'OAI a octroyé à ce dernier une mesure d'aide au placement. L'assuré y a expressément renoncé à l'issue d'une séance d'information du 5 décembre 2017.

C. En date du 21 juin 2018, le Dr D._____ a annoncé à l'OAI une aggravation de l'état de santé de son patient, qu'il se proposait de documenter ultérieurement.

B._____ a formulé une troisième requête de prestations auprès de l'OAI le 11 juillet 2018. A la demande de l'OAI, il lui a adressé de nouveaux rapports médicaux dans une correspondance du 2 octobre 2018, à savoir notamment :

- le rapport du 30 août 2017 du Dr F._____ ;
- des rapports de prise en charge des 30 octobre et 9 novembre 2017 au sein de l'Hôpital M._____, à la suite d'un séjour de l'assuré entre le 27 octobre et le 2 novembre 2017, où a été retenu le diagnostic de lombosciatalgies L5-S1 gauches, sur la base des diagnostics évoqués en son temps par le Dr C._____ ; une infiltration était prévue le 11 novembre 2017 ;
- un rapport du 14 décembre 2017 du Dr O._____, spécialiste en cardiologie, lequel relatait des douleurs rétrosternales atypiques pour une origine coronarienne ou cardiaque et concluait à un malaise vagal avec bradycardie et chute de tension ;

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 29 mai 2018, mettant en évidence, par rapport à l'examen du 24 janvier 2017, une légère accentuation de la dégénérescence et du pincement discal L4-L5 et de la protrusion discale circonférentielle, avec petite hernie intraforaminale gauche qui touchait la racine L4 gauche et pouvait être responsable d'un syndrome irritatif de cette racine, ainsi qu'un rétrécissement relativement marqué du canal radiculaire droit sans changement par rapport au précédent examen ;
- deux rapports des 25 juin et 21 août 2018 du Prof. G._____, spécialiste en neurochirurgie, lequel concluait à une hernie discale intraforaminale L4-L5 avec irritation radiculaire chronique L5 et L4, un spondylolisthésis de grade I, lyse L5, et un rétrécissement canalaire congénital lombaire ; il préconisait une prochaine intervention chirurgicale ;
- un rapport du 25 septembre 2018 du Dr D._____, lequel mentionnait les diagnostics de gonalgies gauches, de sciatalgies récurrentes sur lombalgies chroniques, de déconditionnement musculaire, d'état dépressif avec angoisse et perte de l'estime de soi, de hernie discale intraforaminale L4-L5 gauche avec irritation radiculaire chronique, de spondylolisthésis avec lyse L5, de rétrécissement du canal lombaire et de troubles de la personnalité avec état dépressif sévère ; une indication opératoire avait été posée, vu l'échec des traitements médicamenteux, des infiltrations et de la physiothérapie ; le patient était, à son avis, incapable de travailler, même dans une activité adaptée ; le Dr D._____ se référait aux rapports des différents spécialistes susmentionnés.

Par pli du 7 janvier 2019, l'assuré a fait parvenir à l'OAI le rapport d'une intervention chirurgicale réalisée le 25 octobre 2018 par le Prof. G._____, ainsi que le rapport de consultation post-opératoire de ce

dernier du 12 décembre 2018. Ce spécialiste avait procédé à une décompression et discectomie L4-S1, mentionnant un diagnostic secondaire de pneumopathie bilatérale et s'interrogeant sur une possible sarcoïdose. Il constatait, au surplus, une irritation sacro-iliaque importante, ce qui se manifestait couramment après une stabilisation correctrice de la colonne lombaire. La cicatrice avait bien guéri. Il recommandait de la physiothérapie et des infiltrations, avec un traitement antalgique. L'assuré était en incapacité totale de travail. Le 26 mars 2019, le Prof. G. _____ a constaté une amélioration de la situation, malgré la persistance de l'irritation sacro-iliaque. La physiothérapie sous forme d'aquathérapie se poursuivait, de même que l'incapacité totale de travail.

Le 28 août 2019, l'OAI a réceptionné divers rapports médicaux, soit :

- des rapports d'un centre de pneumologie bernois des 12, 17 décembre 2018 et 14 février 2019, relatant les investigations conduites auprès de l'assuré et concluant à une pneumopathie interstitielle d'étiologie peu claire ;
- un rapport du 17 janvier 2019 du Dr H. _____, spécialiste en cardiologie, lequel mentionnait les diagnostics de pneumopathie interstitielle et de légère insuffisance de la valve mitrale ; il concluait à des fonctions cardiaques préservées et proposait le contrôle de la valve mitrale dans un délai de deux à trois ans ;
- des rapports du Prof. G. _____ des 26 mars et 11 juillet 2019, lequel signalait la poursuite de la physiothérapie et relevait la survenance de fortes douleurs lombaires gauches ; il évoquait les diagnostics de nouvelle hernie discale L3-L4 à droite, de sténose récessale L4 à gauche et d'exostose avec rétrécissement L4-L5 à gauche ; une infiltration était planifiée.

Sur question posée par l'OAI le 19 novembre 2019, l'assuré a indiqué être toujours suivi à la consultation du Dr F. _____.

Le 22 novembre 2019, l'assuré a fait l'objet d'une nouvelle intervention chirurgicale, réalisée par le Prof. G. _____ et le Dr J. _____, spécialiste en neurochirurgie, soit une arthrodèse intersomatique lombaire transforaminale (TLIF) L4-L5 à gauche, avec stabilisation et décompression L4 et L5 à gauche. Le 28 janvier 2020, les spécialistes précités ont indiqué au Dr D. _____ que l'état du dos de l'assuré était stable, avec une position correcte des implants et une bonne guérison osseuse. La motricité et la sensibilité étaient intactes. Subsistaient des douleurs dans la jambe droite. L'assuré ressentait toutefois une amélioration dans la région dorsale.

Le 1^{er} mai 2020, le Dr J. _____ a signalé à l'OAI que les lombalgies de l'assuré s'étaient réduites, malgré une flexion douloureuse au-delà de 30° et une hyposensibilité L5 à gauche. La capacité de travail était toujours nulle, même dans une activité adaptée. Il fallait compter environ douze mois pour parvenir à une guérison post-opératoire. Sans amélioration à l'échéance de six mois, il était peu probable que l'assuré puisse travailler à long terme dans une activité adaptée.

Par rapport du 24 juin 2020, le Prof. G. _____ et le Dr J. _____ ont relevé que les lombalgies de l'assuré avaient diminué. Il présentait toujours des douleurs en se pliant et en demeurant assis. Une légère hyposensibilité L5 à gauche persistait, tandis qu'une nouvelle hyposensibilité S1 à gauche était apparue. La capacité de travail dans l'activité de « spécialiste pour le sol/construction » était définitivement nulle.

A la demande de l'OAI, le Dr J. _____ a rapporté, le 8 décembre 2020, que la situation de l'assuré connaissait une amélioration de 25 %. La flexion de la colonne lombaire demeurait cependant douloureuse à plus de 20°. La guérison osseuse avait progressé, mais était incomplète, tandis que le patient souffrait d'un syndrome de l'articulation sacro-iliaque gauche. L'utilisation d'un corset, un traitement de

physiothérapie et une infiltration étaient préconisés. Les mouvements du dos étaient réduits à 30° et le port de charges limité à 5 kg.

En réponse à une question de l'OAI du 23 décembre 2020, l'assuré a signalé ne plus être suivi sur le plan psychiatrique.

Le SMR a préconisé l'organisation d'une expertise rhumatologique ou orthopédique ou encore de médecine physique et réadaptation, dans un avis du 4 février 2021. Le mandat a été confié à la Dre U._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation, laquelle a communiqué son rapport le 21 avril 2021. Elle a retenu les diagnostics incapacitants suivants :

- lombalgies chroniques depuis 2015 sur discopathies L3-L4 et L4-L5, qualifiées par la suite de hernie discale L4-L5 avec rétrécissement du récessus latéral gauche, en conflit possible avec la racine L4 et la racine L5 ; en L3-L4, discopathie débutante ou hernie discale avec migration en direction crâniale ;
- le 25 octobre 2018, opération de stabilisation L4-L5-S1 avec décompression/discectomie L4-L5 à gauche ;
- en février 2019, atteinte dégénérative de la sacro-iliaque gauche ;
- le 22 novembre 2019, TLIF L4-L5 à gauche avec stabilisation et décompression L4 et L5 gauche ; lombalgies en extension avec sciatalgies L5 à gauche et L4 à gauche ; lors de la révision de la stabilisation L4-S1 en préopératoire, lyse isthmique gauche L4, lyse isthmique L5 gauche et fracture des tiges droite et gauche à hauteur de L5-S1, extirpées et remplacées ;
- le 14 avril 2021, consolidation du TLIF L4-L5 en cours, sacro-iliaque gauche trouble dégénératif, non symptomatique ;
- pseudo-sciatalgies L5-S1, pseudo-cruralgies L4.

Des gonalgies sur troubles dégénératifs discrets fémoro-patellaires, avec fissure de la corne postérieure du ménisque externe asymptomatique, demeureraient sans incidence sur la capacité de travail.

La Dre U._____ a fait part de son évaluation du cas notamment en ces termes :

« [...] **A l'anamnèse du jour** recueillie sous 3.1, Monsieur se plaint des mêmes douleurs au niveau lombaire bas sur une hauteur de 10 cm, à une intensité de 7/10 cm EVA, plus à gauche qu'à droite, dans la fesse gauche, sur la face antérieure, tiers supérieur, de la cuisse gauche, sur la face latérale du segment jambier, sur le bord externe du pied et dans le gros orteil. Selon lui ont presque disparu les douleurs antérieures de la cheville et du talon. Il dit ne pas pouvoir rester longtemps dans des positions statiques assise ou debout, assis il doit changer de position sur la chaise ou se lever. Le périmètre de marche est réduit à 30 minutes. Il ne peut, dit-il, porter plus de 5 kg.

Il aimerait parler à l'experte de ses crises d'angoisse qu'il présente pluri-quotidiennement et qui durent quelques secondes.

Il accompagne sa femme faire les courses l'après-midi quand il n'y a personne. Elles sont exécutées en 15 minutes. Il accompagne sa femme en balade dans le quartier pour une marche de 30 minutes environ, ce qu'il exécute en moyenne deux fois par jour. Il peut accompagner son fils au football, mais rentre de suite à la maison. Il peut accompagner ses enfants au parc, mais préfère ne pas y rester longtemps, car il ne veut pas parler aux inconnus, il a peur de les mettre mal à l'aise à cause de ses crises d'angoisse. Sur le plan des tâches ménagères, il participe à la confection des repas, peut passer la serpillière, mais pas l'aspirateur. Il accompagne sa femme aux commissions, sans porter de charge. Par ailleurs, il peut conduire son véhicule sur les routes cantonales, mais pas sur l'autoroute, il a peur de l'anxiété que cela génère, a peur d'avoir un accident.

Notons qu'il est quand même parti en vacances [...] au Nouvel An, en avion, le vol a duré deux heures (c'est sans compter, comme on le sait, tous les déplacements avant, le fait de faire la queue longtemps et de se rendre à destination après l'arrivée à l'aéroport). Monsieur parle de la guerre et des souvenirs douloureux qu'il ressent encore actuellement, il n'a pas parlé de cauchemars ou de flash-back avec son psychiatre qui l'a pris en charge pendant deux années. Ses enfants lui demandent de décrire les événements qui se sont passés et cela fait remonter en lui beaucoup de mauvais souvenirs.

L'anamnèse médicamenteuse fait état d'une prise d'un ou deux comprimés de Dafalgan par jour, deux comprimés de Tramal 50 mg. Ont été stoppés les médicaments de Xanax et Fluoxétine. Monsieur, lors de l'anamnèse par système, dit que la situation sur le plan psychologique va mieux. Néanmoins, lors de l'anamnèse avec données émises spontanément, à trois reprises, les larmes lui montent aux yeux.

La description d'une journée habituelle montre que Monsieur se lève toujours tôt, qu'il n'a pas décalé les horaires de sommeil. Il se rend à ses rendez-vous, accompagné en voiture par une tierce personne. Il

est capable d'enchaîner le fait de se rendre à plusieurs rendez-vous dans la même journée, mais en ayant fait une petite sieste de 20 minutes.

[...]

En premier lieu, les lombalgies avec irradiations au membre inférieur gauche. Elles sont sur le milieu, au niveau des épineuses, sur une hauteur de 10 cm au niveau lombaire bas, au milieu de la fesse gauche, légèrement plus à gauche, semble-t-il au niveau L5-S1 (Monsieur ne désignera jamais les douleurs sur la sacro-iliaque gauche). Il y a irradiation au niveau du tiers supérieur antérieur de la cuisse droite, de la face latérale de la jambe gauche, du bord externe de la jambe gauche et dans le gros orteil. Toute la description de ces territoires correspond à la racine L4-L5-S1. **Il n'y a pas d'impulsivité à la toux ou à l'éternuement du point de vue radiculaire (donc aucun contact entre un disque et une racine nerveuse, dit l'experte).** [...]

Après les deux interventions, **Monsieur relate que les douleurs sont revenues à la même intensité qu'avant les deux interventions**, (ce qui est suspect d'une surcharge mentale car le chirurgien a tout décomprimé certainement même au-delà de ce qui était nécessaire et fixé de L4 à S1 peut-être également au-delà du nécessaire) étant donné, de l'avis de l'experte, la surcharge psychologique et les symptômes exprimés un coup à droite, un coup à gauche et les résultats du Docteur C._____ (qui souligne à chaque fois des signes de non organicité et de la kinésiophobie et l'absence de Lasègue vrai). [Il] dit que les douleurs lombaires sont actuellement toujours plus fortes que celles au membre inférieur gauche et que pendant environ cinq à six mois, les douleurs étaient améliorées de 50 % après la première intervention. Après la deuxième, la situation n'a pas changé, ni pour les lombaires ni pour le membre inférieur gauche. [...]

Sur le plan radiologique, notons que l'IRM lombaire du 13.03.2015 montrait déjà au niveau L4-L5, des lames irrégulières de L4, une protrusion circonférencielle et une saillie discale intra-foraminale bilatérale importante, ainsi qu'une fissuration de l'anneau discal avec un rétrécissement des canaux radiculaires, pouvant entrer en conflit avec la racine L4 gauche. Au niveau L3-L4, il n'y avait pas de hernie discale décrite, mais une dégénérescence avec pincement discal circonférenciel (sur les derniers clichés l'experte voit une hernie L3-L4 luxée vers le haut).

L'IRM du 24.01.2017 ne montre pas de changement de l'atteinte au niveau L4-L5, par contre on signale **une arthrose facettaire postérieure modérée**. Il n'y a pas de changement non plus au niveau L3-L4.

En deuxième lieu, les douleurs du genou gauche. [...]

L'IRM pratiquée le 28.07.2015 était totalement rassurante, ne montrait aucune lésion osseuse de la rotule ni du ligament rotulien ou tendon du quadriceps et pas de lésion cartilagineuse.

Sur le plan psychiatrique, malgré le suivi pendant deux ans par le Dr F._____, le dossier AI ne rapporte aucun diagnostic précis dans ce domaine.

A l'examen clinique du jour,

Monsieur est resté 4h00 assis durant l'anamnèse, en bougeant un peu sur sa chaise, en se levant 3 fois moins d'une minute. Avec un rehaussement de l'assise il est mieux.

L'examen du rachis montre qu'il n'existe aucune limitation articulaire, ni de douleur palpatoire pour les segments cervical et dorsal.

Au niveau lombaire, la statique est bonne, bien que l'on note une minime différence de longueur du membre inférieur droit de moins de 1 cm. Le Schober dorsal est à 30-34 cm et le Schober lombaire à 10-13.5 cm. L'experte palpe une minime contracture au niveau L5-S1 gauche. Le carré des lombes est symétrique en volume et souple, ce qui est plutôt rassurant, considérant le niveau L4-L5. Il y a une douleur au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure gauche, en accord avec l'atteinte L5-S1 ; cependant, ne sont notées aucune contracture dans les masses fessières (ce qui devrait être le cas au regard de l'intensité décrite des lombalgies par Monsieur). Aucun des muscles fessiers n'est contracturé.

On constate donc une amélioration de la mobilité par rapport aux descriptions faites par le Dr J._____, qui considérait l'antéflexion limitée à 30°. Selon le physiothérapeute contacté par téléphone, l'extension est toujours douloureuse, l'experte a pu constater qu'elle était possible, bien que Monsieur se défende. Il ne peut descendre accroupi profondément, mais peut **exécuter la manœuvre du chevalier servant des deux côtés. Il est plus à l'aise avec le membre inférieur droit devant, à gauche il manque de force dans le quadriceps pour le redressement (il a peut-être des reliquats d'une atteinte L4 gauche, comme elle a été décrite avant la première intervention). A noter que l'experte n'a pas vu passer d'examen ENMG pour asseoir le diagnostic d'atteinte radiculaire, c'est dommage ! Notons également que la discopathie circonférentielle, d'après l'experte, n'était pas suffisante pour conduire à une intervention chirurgicale.**

L'examen neurologique des réflexes et de la force semble néanmoins symétrique et normal. **Concernant la sensibilité**, elle serait diminuée dans plusieurs territoires radiculaires simultanément L4, L5, S1, ce à quoi l'experte ne croit pas ; décomprimé chirurgicalement théoriquement il n'y a plus de contrainte sur aucune des racines. Le Lasègue et le rétro Lasègue sont négatifs des deux côtés. L'experte souligne que l'émergence des racines L4, L5, S1 est vierge de douleur. Donc, les plaintes radiculaires formulées ce jour à l'intensité où elles l'ont été n'existent vraisemblablement pas.

A noter que les signes de Waddell sont toujours présents à 3/5, appui sur le vertex, appui sur les épaules, simulation de rotation. Les points de fibromyalgie sont négatifs.

Concernant l'examen du genou gauche pour lequel il aurait été constaté une fissure à la partie inférieure de la corne postérieure du ménisque externe, et finalement aucune chondropathie fémoro-patellaire. L'extension est complète, la distance talon-fesse est de 4 cm à droite, 8 cm à gauche. La flexion forcée n'engendre aucune douleur. Il n'y a pas d'épanchement. Il n'y a pas de signe de rabet. **En somme, l'examen est vierge et ne correspond pas aux plaintes décrites et à la permanence de la douleur notée à 3-4/10 en face de l'experte sur le ligament rotulien, d'autant plus sans charge.** Le ligament rotulien est calme, pas d'enflure, pas de douleur à la palpation. La mesure des volumes des quadriceps est curieusement supérieure à gauche avec une différence de 1,5 cm en défaveur de la droite. Monsieur, de mémoire, l'a toujours constaté. Si Monsieur présentait une réelle

décharge du membre inférieur gauche (boiterie) il aurait une amyotrophie du quadriceps.

L'experte ne s'explique pas la boiterie du côté gauche et la démarche à petits pas. En effet, si l'examen du genou est normal, le testing de la sacro-iliaque gauche l'est également.

La différence entre les deux SPECT-CT, celui de juillet 2020 et celui du 14.04.2021 : bonne voie de consolidation du greffon dans la cage, pas d'interférence de la cage dans le canal rachidien mais fibrose dans le trou de conjugaison mais comme déjà remarqué sans atteinte radiculaire clinique.

[...]

14.04.2021, SPECT-CT de la colonne lombaire

Par rapport à l'examen du 13.07.2020, aucune augmentation pathologique en phase vasculaire. Pour le corps entier, rehaussement discret en régression au niveau de la colonne lombaire distale. Sinon, pas de rehaussement pathologique, pas de déformation scoliotique. Discret antélisthésis de L4 sur L5 de degré I.

La cage inter-vertébrale L4-L5 n'est pas déplacée. La consolidation du greffon est en cours, mais très très lentement, pratiquement à son début malgré le temps passé.

Cependant, rehaussement au niveau L4-L5 qui a considérablement régressé. Alignement conservé de la colonne lombaire. Pas de réduction de la hauteur des corps vertébraux.

Troubles dégénératifs discrets de ISG (sacro-iliaque) à gauche et stationnaire à droite. Aucun rehaussement autre pathologique.

Le matériel de fixation est intact de L4 à S1 des deux côtés. Spondylarthrose banale des deux côtés au niveau des étages inférieurs, sans rehaussement pathologique excessif. Lithiase rénale des deux côtés, sans congestion. Les organes intra-abdominaux sont normaux.

En somme, depuis l'examen du 13.07.2020, dégénérescence osseuse naissante minime au niveau de la cage, sans réaction de stress osseux. Modification de l'articulation sacro-iliaque dégénérative, légèrement active, progressive à gauche, d'activité discrète stationnaire à droite. **Le matériel de fixation ne présente pas de pseudarthrose autour des vis.**

Tout au long des années 2017, 2018, 2019 et 2020, l'historique pharmaceutique démontre une prise conséquente de médication antalgique et anti-inflammatoire.

Même si la présentation de l'assuré témoigne d'une certaine démonstrativité, avec des descriptions qui sembleraient assez incohérentes au regard des irradiations radiculaires multiples aux membres inférieurs, une fois latéralisées à gauche d'autres fois à droite, parfois bilatérales, force est de constater qu'il doit présenter tout de même des douleurs, puisqu'il prend des médicaments régulièrement.

Sur le plan clinique, on constate une amélioration, puisqu'actuellement le pencher en avant est possible au-delà de 30°, les latéro-flexions ne sont pas douloureuses et l'extension est tout de même possible, même si elle est déclarée douloureuse en lombaire basse gauche, peut-être dans le contexte de l'arthrose articulaire postérieure. Il n'y a pas de déconditionnement musculaire sévère. On note une asymétrie au redressement du chevalier servant à gauche donc une faiblesse relative du quadriceps datant d'une ancienne atteinte motrice légère dans le territoire L4 gauche.

[...]

Monsieur présente des douleurs décrites relativement élevées au niveau rachidien, entre 3/10 le matin avec augmentation au cours de la journée et au fil des efforts jusqu'à 8/10 cm EVA. Néanmoins à l'examen physique on déclenche peu de douleur au niveau des lombaires, on note seulement de discrètes contractures lombaires basses gauches. Par contre, la description de douleurs à 3-4/10 au niveau du genou gauche est incohérente avec les données du status qui est vierge. Sont incohérentes également, les douleurs rapportées de radiculalgies qui concernent à la fois les territoires L4, L5 et S1 ; il semble que Monsieur se base surtout sur ses souvenirs, plutôt que sur la réalité, car les points de Valleix sont tous négatifs, de même que le Lasègue et le rétro Lasègue.

Manifestement, il existe une surcharge d'ordre psychologique, présente de longue date, décrite dans de nombreux rapports. Même si les deux interventions sur le rachis n'ont pas amélioré la symptomatologie douloureuse selon lui, Monsieur constate qu'après celles-ci, il a pu redresser le buste, avant il marchait penché en avant.

L'experte est certaine que Monsieur n'essaie pas de la tromper, ce n'est pas intentionnellement qu'il charge la barque et amplifie ses douleurs.

[...]

Sur le plan social, Monsieur est très entouré par sa famille, ses frères et sœurs, beaux-frères et belles-sœurs. Sa femme qui l'a accompagné ce jour portait le dossier radiologique et en se séparant sur le seuil de la porte de l'immeuble, elle était prête à monter le sac au premier étage. Finalement, Monsieur a pu le faire sans problème. Il persiste dans une attitude de grand handicap et, au fil des rapports, noté par le Dr C. _____, une kinésiophobie importante. Monsieur relate des crises d'angoisse fugaces, multiples au cours de la journée. Il a rapporté une attaque de panique, lors de laquelle il a été hospitalisé [aux] Urgences [...] pendant une huitaine de jours pour une exacerbation douloureuse de lombosciatalgies à 9/10 cm EVA, ayant nécessité le recours à des antalgiques de palier 3.

Monsieur est persuadé d'être gravement atteint, c'est ce qui semble à l'experte.

Limitations fonctionnelles : marche 30 minutes. Pas de déambulation sur terrain irrégulier. Station assise 4 heures d'affilées possible avec modification de l'assise de la chaise par coussin biseauté, possibilité d'alternance avec station debout toutes les 30 minutes pendant quelques minutes. Pas de travail en porte-à-faux du buste maintenu, pas de mouvement répétitif des lombaires en flexion/extension et en rotation. Pas de travail en position à genoux ou accroupi, pas de travail en hauteur. Pas de travail les membres supérieurs en élévation induisant une extension du rachis. Port de charges limité à 5 kg. Déplacements en voiture limités à 30 minutes-une heure, exclusivement sur routes cantonales.

[...]

Depuis le jour de l'expertise, capacité de travail 50 %, en position assise privilégiée, avec adaptation de la l'assise de la chaise et globalement du poste par un ergothérapeute. A valider in situ. [...] »

L'experte a, au surplus, recommandé une évaluation psychiatrique de l'assuré, compte tenu des facteurs de surcharge évoqués au cours de son examen.

Dans un avis du 28 mai 2021, le SMR a pris en compte une aggravation de l'état de santé de l'assuré, du point de vue strictement somatique, à partir de janvier 2018. Il a retenu une incapacité totale de travail depuis lors, jusqu'au 21 avril 2021, date à laquelle il s'est rallié à l'appréciation de l'experte quant à une capacité de 50 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées. Une évaluation psychiatrique apparaissait superflue, en l'absence d'aggravation objectivée depuis la précédente décision de l'OAI et de prise en charge spécialisée.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré le 15 juillet 2021, en procédant à une comparaison des revenus. Le revenu sans invalidité de 77'582 fr. était basé sur les données communiquées par l'ancien employeur de l'assuré. Quant au revenu d'invalidité, il reposait sur l'ESS dans le secteur de la microtechnique (industrie manufacturière) et s'élevait à 35'840 fr. pour une activité exercée à mi-temps. Le degré d'invalidité se montait par conséquent à 53,8 % à compter du mois d'avril 2021. Des mesures professionnelles ne paraissaient pas susceptibles de diminuer le préjudice économique, l'assuré ayant déjà bénéficié d'un reclassement professionnel.

Par projet de décision du 16 août 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} janvier 2019, réduite à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 53,8 %, à partir du 1^{er} août 2021.

L'assuré, avec le concours de Me Del Rizzo, a contesté ce projet de décision par correspondance du 17 septembre 2021, concluant à l'allocation d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} août 2021, subsidiairement à une instruction complémentaire avant nouvelle décision. Il a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de l'impact des facteurs psychiatriques sur sa capacité de travail, alors même qu'une

surcharge psychologique avait été relevée par la Dre U._____. Il estimait qu'une expertise psychiatrique aurait dû être réalisée dans son cas, ce que confirmait le Dr D._____. Par ailleurs, l'assuré a relevé que l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à 50 % n'avait jamais été corroborée par une évaluation ergonomique concrète, pourtant préconisée par le Dr D._____ et envisagée par la Dre U._____. L'assuré considérait que, vu la persistance de ses douleurs, observée par l'experte précitée, aucun changement significatif de son état de santé en avril 2021 ne permettait de réduire la rente entière d'invalidité allouée dès le 1^{er} janvier 2019. Etaient joints un tirage du rapport du Dr D._____ du 25 septembre 2018, ainsi qu'un nouveau rapport de ce praticien du 24 août 2021. Celui-ci relevait que la Dre U._____ avait constaté le tableau clinique hyperalgique présenté par son patient et l'impact de la chronicité des douleurs sur son équilibre psychologique. Il doutait de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 50 % et invitait l'OAI à procéder à des évaluations complémentaires, sur le plan psychiatrique et au niveau de l'ergonomie d'une place de travail dans un « environnement progressif et défini ».

Le 30 septembre 2021, l'assuré a complété ses objections en produisant un rapport du Dr J._____ du 17 septembre 2021, dans lequel ce spécialiste a rappelé que son patient souffrait d'une instabilité L4-L5, avec lyse L4, ainsi que d'une inflammation de l'articulation sacro-iliaque. L'opération du 25 octobre 2018 n'avait pas permis de corriger l'instabilité lombaire en raison de la fracture d'une tige, laquelle avait nécessité une opération de révision le 22 novembre 2019, étant donné la recrudescence de la symptomatologie douloureuse. L'assuré était, de longue date, incapable de reprendre son ancienne activité de préparateur de sols. Il ne pouvait rester en position debout plus de 10 minutes, ni se pencher en avant à plus de 30° ou en arrière à plus de 5°. Une activité comprenant des positions statiques durant plus de 30 minutes n'était pas envisageable. Il n'était pas possible d'améliorer la situation par de nouvelles mesures médicales. Partant, une incapacité de travail totale et durable devait, de son point de vue, être reconnue en faveur de l'assuré.

Sollicité pour avis, le SMR s'est prononcé comme suit le 9 novembre 2021 :

« Nous avons pris connaissance du courrier du Dr D._____, généraliste, du 24.08.2021. Ce courrier à l'avocat de l'assuré ne contient aucun élément nouveau. Le Dr D._____ oublie de mentionner la description clinique de l'assuré par [l'experte] en p. 43 et 44 avec un Schober dorsal passant de 30 à 34 cm (normal) et un Schober lombaire de 10-13,5 cm soit quasiment normal surtout chez un assuré opéré à plusieurs reprises dans cette région, avec une remontée peu douloureuse suite au penché en avant, des latéro-flexions harmonieuses des 2 cotés, plus raide au niveau lombaire (assez évident suite aux interventions), des tests de cisaillement des sacro-iliaques indolores, un test de Patrick indolore (permet la mise en évidence d'un problème intra-articulaire ou péri-articulaire de la hanche ou de l'articulation sacro-iliaque), aucune contracture musculaire n'est retrouvée au niveau dorsal (réaction physiologique lors de douleurs chroniques), au niveau lombaire pas de contracture perçue sauf peut-être au niveau L4-L5 à G [réd. : gauche] mais très ténue, le muscle carré des lombes est décrit comme symétrique ; l'experte ne trouve rien à l'examen de la sacro-iliaque G, rien à la hanche G, rien au genou G et rien au pied G, ce qui lui permet d'affirmer que l'assuré boite bas à gauche pour une raison qui n'est pas anatomique. Concernant la médication antalgique, [l'experte] relève en p. 56 de nombreuses prises médicamenteuses antalgiques et anti-inflammatoires mais une anamnèse qui est peu en faveur de douleurs mécaniques ainsi qu'une certaine incohérence entre les douleurs alléguées et l'absence de contracture musculaire qui fait penser à une prise médicamenteuse rituelle plutôt qu'un traitement véritable. [...L'experte] retient une CT [réd. : capacité de travail] de 50 % qui inclut les plaintes de l'assuré (périmètre de marche réduit à 30 minutes, pas de port de charges lourdes, nécessité d'alterner les positions aux 30 minutes). Le courrier du Dr D._____ n'amène aucun élément médical justifiant de limitations fonctionnelles objectives ou s'appuyant sur une quelconque description clinique. Pour ce qui est des éléments psychiques, nous avons recherché un suivi psychiatrique durant l'instruction et constaté qu'aucun suivi n'avait été repris depuis 2019 ; on relève que spontanément, l'assuré annonce aller beaucoup mieux dans cet axe et ne plus prendre de médication (antidépresseurs et anxiolytiques), il dort sans somnifère (p. 38). Dès lors, on peine à comprendre le diagnostic de dépression sévère avancé par le Dr D._____ en l'absence, une fois encore, de toute description clinique, de suivi spécialisé et de traitement. Le rapport du Dr J._____ retient les mêmes limitations fonctionnelles que l'experte, il annonce également une légère amélioration suite à la dernière infiltration en mai 2021, il n'y a pas d'élément médical nouveau rapporté depuis l'expertise. Il n'y a pas d'examen physique étayé, on ne comprend pas pourquoi le patient ne peut rester plus de 10 min debout (alors que l'expertise relève qu'il se promène avec sa femme 2x/jours 30 min, fait quelques courses avec elle, peut participer à quelques tâches ménagères comme passer la serpillère). [...] »

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI s'est déterminé sur l'opportunité de mesures professionnelles complémentaires le 2 mars 2022, soulignant que l'assuré avait bénéficié d'un stage de qualification et d'une formation achevée avec succès. Il avait également renoncé à deux mesures d'aide au placement. Néanmoins, il avait été orienté à satisfaction dans des activités propres à l'industrie légère, adaptées à ses limitations. Il n'y avait donc pas lieu de mettre en œuvre de nouvelles mesures.

Par courrier du 14 mars 2022, l'OAI a indiqué à l'assuré que ses objections n'étaient pas de nature à modifier la teneur de son projet de décision du 16 août 2021. Il s'est référé à l'avis du SMR et à l'analyse de son Service de réinsertion professionnelle précités.

Par décisions des 17 mars et 28 avril 2022, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1^{er} janvier 2019 au 31 juillet 2021, réduite à une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 54 %, dès le 1^{er} août 2021.

D. B._____, toujours représenté par Me Del Rizzo, a déféré la décision du 17 mars 2022 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 5 mai 2022. Il a conclu, principalement, à sa réforme, en ce sens que le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité lui soit reconnu au-delà du 31 juillet 2021, et subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Reprenant les arguments invoqués au stade de la procédure d'audition, l'assuré a estimé, en premier lieu, que l'appréciation de l'experte rhumatologue était en décalage avec celle du Dr J._____, alors même qu'une aggravation de son état de santé était, selon lui, avérée (aggravation des douleurs lombaires et apparition de douleurs thoraciques). En second lieu, l'assuré a fait grief à l'OAI de ne pas avoir investigué sa situation sur le plan psychiatrique, en dépit des remarques formulées par la Dre U._____ et des constats rapportés par le Dr D._____.

Troisièmement, il estimait que son dossier était de toute façon incomplet en l'absence l'évaluation ergonomique d'une place de travail adaptée, pourtant préconisée tant par la Dre U._____ que par le Dr D._____. En sus des rapports fournis auprès de l'OAI en procédure d'audition, l'assuré s'est prévalu d'un nouveau rapport du Dr J._____ du 20 avril 2022, aux termes duquel ce dernier réitérait, pour l'essentiel, l'appréciation médicale communiquée le 17 septembre 2021.

L'OAI a répondu au recours le 16 juin 2022 et conclu à son rejet, en se référant à l'analyse du SMR du 9 novembre 2021, à l'appréciation de son Service de réinsertion professionnelle du 2 mars 2022 et à sa correspondance du 14 mars 2022 à l'attention de l'assuré.

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, le recours a été déposé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 31 juillet 2021.

3. a) Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

b) De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou l'état de fait postérieur à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

c) S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, 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. Dans la Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, ch. 1007 ss), les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1^{er} janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (cf. également : Circ. DT DC AI, ch. 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1^{er} janvier 2022).

d) En l'occurrence, la décision attaquée du 17 mars 2022 a été complétée par une décision du 28 avril 2022. Par ces décisions, l'intimé a

alloué au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2019 au 31 juillet 2021, réduite à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2021. Selon l'intimé, le recourant disposerait à nouveau d'une capacité de travail de 50 % depuis avril 2021, ce que celui-ci conteste. Dans la mesure où l'état de fait déterminant est antérieur au 31 décembre 2021 et concerne l'allocation d'une rente entière au-delà du 31 juillet 2021, il convient d'appliquer l'ancien droit.

4. a) 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).

b) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

5. Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

6. 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) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. 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).

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).

7. a) En vertu de la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Cette procédure probatoire a été étendue aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2).

b) Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et des dépendances doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et références citées).

c) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'une dépendance ou d'un trouble

psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

8. a) En l'espèce, l'état de santé somatique du recourant a fait l'objet d'un examen particulièrement minutieux de la part de la Dre U._____, laquelle a fourni une anamnèse extrêmement détaillée de son cas depuis l'accident du 4 mars 2015. L'experte a pris en considération l'ensemble des diagnostics évoqués par les médecins traitants, singulièrement par les spécialistes en neurochirurgie ayant opéré le recourant les 25 octobre 2018 et 22 novembre 2019. Elle a ainsi retenu des lombalgies chroniques depuis 2015 sur discopathies et/ou hernies discales, une opération de stabilisation L4-L5-S1 avec décompression/discectomie L4-L5 à gauche, une atteinte dégénérative de l'articulation sacro-iliaque gauche, une TLIF L4-L5 à gauche le 22 novembre 2019, des pseudo-sciatalgies L5-S1 et des pseudo-cruralgies L4 (cf. rapport d'expertise du 21 avril 2021, p. 45). S'agissant des problèmes lombaires, elle a constaté « une amélioration sur le plan clinique », compte tenu des capacités du recourant à réaliser des flexions en avant au-delà de 30°, des latéro-flexions et des extensions, en l'absence de déconditionnement musculaire sévère (cf. ibidem, p. 61). Relativement aux gonalgies alléguées par le recourant, elle a estimé que la symptomatologie était « incohérente », au vu d'un status qualifié de « vierge » (cf. ibidem, p. 59). L'experte a été ainsi en mesure de conclure à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, essentiellement sédentaire, ménageant le rachis et les genoux, sans port de charges (cf. ibidem, p. 62 et 63).

b) On ne voit pas, en l'occurrence, de raison de s'écarter de ces conclusions, dûment étayées par un examen clinique approfondi, après analyse de l'ensemble des documents d'imagerie et des rapports médicaux versés au dossier du recourant. Ces conclusions ne sont au

demeurant pas sérieusement mises en doute par les spécialistes ayant pris en charge ce dernier. On observe en effet que les différents rapports du Dr J._____ ne viennent pas contredire objectivement les observations de la Dre U._____. Le spécialiste précité s'est en effet contenté, dans ses rapports des 17 septembre 2021 et du 20 avril 2022, de reprendre les diagnostics précédemment posés dans le cas de son patient. S'agissant de la capacité de travail, il a réitéré que le recourant n'était plus en mesure de reprendre son ancienne activité dans le domaine de la construction, ce qui n'a pas été contesté par l'experte mandatée par l'intimé. Eu égard à la capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que l'a observé le SMR dans son avis 9 novembre 2021, le Dr J._____ ne justifie aucunement son appréciation d'une « incapacité de travail totale et durable », alors qu'il a retenu des limitations fonctionnelles superposables à celles mises en évidence par la Dre U._____. Le Dr J._____ ne fait, par ailleurs, état d'aucun diagnostic nouveau, basant son évaluation, somme toute, sur la symptomatologie douloureuse - par essence subjective - alléguée par son patient. On peut également écarter les rapports du Dr D._____, au demeurant non spécialiste, lequel rappelle « la persistance des douleurs » présentées par le recourant, en se référant précisément aux différents rapports du neurochirurgien J._____.

c) Eu égard au diagnostic de pneumopathie interstitielle ou de sarcoïdose immunologique, on retiendra qu'aucun avis spécialisé ne vient faire état d'une restriction de la capacité de travail de ce point de vue (cf. rapports du centre de pneumologie bernois des 12, 17 décembre 2018 e 14 février 2019). On ajoutera enfin que, sur le plan cardiologique, aucune limitation de la capacité de travail n'a été formulée par le Dr H._____, en présence de fonctions cardiaques préservées (cf. rapport du 17 janvier 2019).

d) Etant donné ce qui précède, on peut considérer que l'état de santé somatique du recourant a été investigué à satisfaction par l'intimé, lequel était donc légitimé à prendre en considération les conclusions probantes communiquées par la Dre U._____.

9. **a)** On ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir renoncé à la mise en œuvre d'une évaluation psychiatrique du recourant. On retient en effet que le diagnostic d'état dépressif sévère, posé par le Dr D._____, n'est corroboré par aucun avis spécialisé au dossier. Ainsi que l'a indiqué le recourant, il ne fait plus l'objet d'aucun suivi spécialisé (cf. réponse négative à la question correspondante posée par l'intimé le 23 décembre 2020), alors qu'il a interrompu toute médication anxiolytique ou antidépressive (cf. rapport d'expertise de la Dre U._____ du 21 avril 2021, p. 38). En dépit des « facteurs de surcharge » mentionnées par l'experte rhumatologue, force est de constater qu'aucun diagnostic du registre psychique n'a été posé *lege artis* par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. à cet égard : jurisprudence citée sous consid. 7c supra). On relèvera, au surplus, que les correspondances adressées en son temps par le Dr F._____ à l'intimé ne faisaient mention d'aucun diagnostic spécifique, alors que ce praticien invitait précisément l'intimé à favoriser la réinsertion du recourant sur le marché ordinaire de l'emploi, à un taux d'activité de 50 % (cf. courriers du Dr F._____ des 26 juin et 30 août 2017).

b) On peut, en définitive, se rallier à l'appréciation de l'intimé, respectivement celle du SMR du 9 novembre 2021, pour considérer qu'aucun élément au dossier ne permet de douter de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée, à hauteur de 50 %, en l'absence de tout diagnostic avéré du registre psychiatrique.

10. On ajoutera, quoi qu'en dise le recourant, qu'on peut, à l'instar de l'intimé, retenir que l'état de santé du recourant a manifestement évolué depuis les interventions subies les 25 août 2018 et 22 novembre 2019. Ainsi que l'a observé la Dre U._____ sur la base du SPECT-CT de la colonne lombaire du 14 avril 2021, la situation s'est stabilisée avec une consolidation de la TLIF, en l'absence de toute nouvelle mesure chirurgicale envisagée (cf. rapport d'expertise du 21 avril 2021, p. 60 et 61). Au demeurant, le Dr J._____ a lui-même indiqué qu'une guérison post-opératoire pouvait être atteinte après douze mois (cf. rapport du 1^{er} mai 2020). Dès lors, la prise en compte d'une stabilisation de l'état de

santé et d'une amélioration correspondante de la capacité de travail dans une activité adaptée, au plus tard à la date de l'expertise du 21 avril 2021, apparaît conforme aux constats médicaux. Partant, l'intimé était légitimé à réexaminer le droit à la rente du recourant, à compter du mois d'avril 2021, sur la base de l'art. 17 al. 1 LPGA.

11. a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), 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). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) En l'occurrence, la comparaison des revenus effectuée par l'intimé le 15 juillet 2021 apparaît conforme aux exigences de l'art. 16 LPGA et n'est d'ailleurs pas contestée par le recourant. Le degré d'invalidité en résultant, chiffré à 53,8 % peut donc être ici confirmé, ce qui justifie la réduction de la rente entière d'invalidité servie au recourant à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2021 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

c) On relèvera, relativement à l'évaluation ergonomique d'un poste de travail adapté, préconisée par la Dre U. _____ et sollicitée par le Dr D. _____, que dite évaluation doit avoir lieu en situation concrète. Quand bien même le Service de réinsertion professionnelle de l'intimé a renoncé à la mise en œuvre de mesures spécifiques dans son avis du 2 mars 2022, une adaptation du poste de travail peut avoir lieu dans le

contexte d'une mesure d'aide au placement (cf. art. 18 LAI). On ne saurait reprocher à l'intimé de ne pas avoir octroyé une telle mesure au recourant en l'état, au vu de son précédent refus de s'y soumettre (cf. notamment : décision du 9 novembre 2017 et renonciation du 5 décembre 2017). Il est cependant loisible au recourant de requérir expressément l'allocation de cette prestation auprès de l'intimé.

12. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 17 mars 2022 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 mars 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont portés 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 :

- Me Luc Del Rizzo, à Monthey (pour B. _____),
- 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 :