

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourant, représenté par Me Florine Küng, avocate à Payerne,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], en Suisse depuis 1984, marié et père de deux enfants majeurs, sans formation attestée, peintre en bâtiment, a été victime le 10 mars 2020 d'un accident. Il a glissé sur une protection rendue humide par la rosée et est tombé sur les fesses (cf. déclaration de sinistre LAA du 16 mars 2020).

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire a été effectuée le 26 mai 2020, dont les conclusions sont les suivantes (cf. rapport du 27 mai 2020 du Dr P._____, radiologue à l'hôpital Q._____):

« Pas de lésion traumatique visible. Saillie disco-ostéophytique D11-D12 exerçant un effet de masse médullaire non comparable depuis 2017, sans signe de souffrance visible. Lombarthrose étagée sans effet de masse significatif sur le fourreau dural, de potentiels conflits radiculaires bilatéraux, à gauche cela prédomine sur les racines L5 puis L4 et L1. Tout cela est stable comme une arthrose facettaire postérieure significative notamment en L4-L5, vraisemblablement responsable en bonne partie des symptômes actuels et éventuellement accessible de nouveau à une infiltration sous scanner. »

L'assuré a été examiné le 4 septembre 2020 par le Dr K._____, chef de clinique adjoint au service d'anesthésiologie et réanimation de l'hôpital C._____, qui, dans son rapport du 7 septembre 2020 à la Dre V._____, médecin traitante depuis 2013, a posé les diagnostics de conflit sacro-iliaque bilatéral et syndrome facettaire lombaire bilatéral. Il a précisé que les douleurs étaient présentes de façon très prononcée lors de la position assise qui ne pouvait être tenue longtemps, ainsi que lors de la marche, l'assuré s'arrêtant après environ 10 minutes de marche. Il n'était pas algique en position de décubitus dorsal et l'endormissement n'était pas gêné. Il n'y avait pas de réveil nocturne sauf en cas de changement de position pendant le sommeil. Le Dr K._____ proposait une infiltration dans les prochaines semaines.

J._____ a pris le cas en charge et a servi des indemnités journalières à l'assuré jusqu'au 30 septembre 2020 des suites de

l'accident du 10 mars 2020, estimant qu'au-delà de cette date, les troubles qui persistaient n'étaient plus en lien avec cet événement (cf. décision du 29 septembre 2020 de J._____ et appréciation du 23 septembre 2020 de la Dre S._____).

D._____, assureur perte de gain, a ensuite pris le cas en charge, en servant ses prestations à compter du 8 octobre 2020 (délai d'attente de 7 jours).

L'assuré a déposé le 6 octobre 2020 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état de maux de dos depuis 2017 et d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 10 mars 2020.

Selon l'extrait de son compte individuel du 12 octobre 2020, il a perçu un salaire soumis à cotisations de 32'094 fr. en 2015, de 37'879 fr. en 2016, de 42'000 fr. en 2017, de 52'396 fr. en 2018 et de 49'287 fr. en 2019 pour son emploi de plâtrier-peintre au sein de l'entreprise détenue par son épouse.

Dans un rapport du 19 novembre 2020, la Dre V._____ a mentionné que l'assuré était toujours en incapacité de travail en raison de lombalgies à la marche et dans la position assise.

D._____ a confié la réalisation d'une expertise au Dr X._____, rhumatologue, qui a procédé à l'examen clinique de l'assuré le 2 février 2021. Dans son rapport d'expertise du 10 février 2021, ce spécialiste a posé les diagnostics de syndrome lombovertébral sur instabilité lombo-sacrée et déconditionnement de la musculature profonde, ainsi que d'hypertension artérielle, de diabète de type II et d'obésité morbide (BMI de 41 kg/m²). Il a relevé un très net déconditionnement de la musculature profonde sur inactivité physique depuis une année, associé à une surcharge pondérale, qui empêchait une reprise du travail. Il était d'avis que le traitement n'était pas adapté, en relevant notamment que l'assuré avait subi des infiltrations répétées à six

reprises sans effet positif et sans avoir bénéficié d'une prise en charge physiothérapeutique adéquate. Il préconisait un suivi physiothérapeutique, avec balnéothérapie, et enseignement d'exercices et d'hygiène posturale. Une adaptation de la médication antalgique, des conseils diététiques pour perte de poids ainsi que l'utilisation d'une ceinture lombaire dorsale lui paraissaient également opportuns. Le pronostic était normalement bon vu l'âge de l'assuré et l'intérêt à reprendre une activité professionnelle.

Dans un rapport du 19 février 2021, la Dre V._____ a fait état d'une évolution favorable avec diminution de la douleur. La capacité de travail de l'assuré était de 20 % depuis le 1^{er} février 2021. Comme limitations fonctionnelles, elle a indiqué que son patient était algique dans la position debout ou assise prolongée.

Dans un rapport du 6 avril 2021, le Dr K._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de conflit sacro-iliaque bilatéral et syndrome facettaire de D12 à L5 bilatéral. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une hypertension artérielle et un diabète non insulino-requérant. Il a mentionné que le traitement était toujours en cours avec des infiltrations tous les deux à trois mois et des soins de physiothérapie. Il ne pouvait pas encore émettre de pronostic quant à une reprise du travail. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné les mouvements de rotation axiale du tronc et de flexion-extension, ainsi que la position assise prolongée.

Dans un rapport du 20 avril 2021 à la Dre V._____, la Dre N._____, spécialiste en rhumatologie au centre G._____, a indiqué s'occuper de la supervision de la physiothérapie de l'assuré depuis le 9 avril 2021. Elle a relevé la présence d'une arthrose postérieure étagée aux quatre derniers niveaux lombaires, mais prédominant en L4-L5, de discopathies étagées semblant prédominer à la charnière thoraco-lombaire D11-D12, D12-L1-L2, et surtout en L5-S1 avec un aspect érosif mais ancien. Il n'y avait pas de signe franc de disco-radulaire et l'examen neurologique était rassurant. L'assuré signalait une accentuation des symptômes lors de la pratique de la physiothérapie à sec et restait

tout à fait volontaire pour bénéficier des soins en bain. Il était prévu d'adopter le programme à l'évolution de l'assuré avec réintroduction d'un traitement à sec, associé à la balnéothérapie, vers fin mai 2021. Parallèlement à la prise en charge fonctionnelle et rééducative, la prise en charge de la surcharge pondérale était importante à réaliser. L'assuré était par ailleurs encouragé à reprendre la marche.

Par courrier du 21 mai 2021, D._____ a informé l'assuré qu'elle lui verserait des indemnités journalières à 65 % dès le 1^{er} juin 2021, dans la mesure où il disposait d'une capacité de travail de 35 % dès cette date dans son activité habituelle.

Dans un rapport du 9 juin 2021 à la Dre V._____, la Dre N._____ a estimé qu'une remise en activité à 35 % n'était pas véritablement contestable. Comme limitations fonctionnelles, elle a évoqué les charges répétitives et lourdes, l'évitement des flexions-rotations, les mises en porte-à-faux, et l'extension du rachis de façon répétée.

Le 16 août 2021, D._____ a accepté de revenir sur les termes de son courrier du 21 mai 2021 et de poursuivre la prise en charge sur la base d'une incapacité de travail à 80 %.

Dans un rapport d'IRM lombaire réalisée le 16 juillet 2021, la Dre A._____ a conclu à une stabilité de l'imagerie comparativement à 2020.

Dans un rapport du 5 août 2021 à la Dre V._____, le Prof. M._____, médecin chef à la consultation de médecine physique et réhabilitation à H._____, a posé les diagnostics principaux de lombosciatalgies gauches chroniques partiellement déficitaires avec sténose foraminale L5/S1 gauche et arthropathie interfacettaire postérieure prédominant en L4/L5/S1, et d'obésité de grade I (BMI à 31 kg/m²). Comme diagnostics secondaires, il a mentionné une cure pour un syndrome du canal carpien gauche en 2017, un diabète non-insulino

requérant, et une hypertension artérielle traitée. Il a indiqué que le périmètre de marche était limité à 1 heure sur terrain plat, la conduite était limitée à 45 minutes et le port de charge à une dizaine de kilos. Il était d'avis que des facteurs contextuels influençaient significativement l'évolution. L'assuré avait une perception du handicap sévère et une kinésiophobie. Selon lui, la rééducation devait se concentrer sur les exercices de mobilisation et de renforcement, ainsi que sur des exercices de détente avec, idéalement, un apprentissage d'auto-exercices à réaliser quotidiennement. Il fallait également travailler sur l'exposition afin de lutter contre la kinésiophobie importante présente chez le patient.

Dans un rapport du 24 août 2021, le Dr U._____, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie spinale, a posé les diagnostics de lombalgies basses mécaniques aspécifiques et de possible syndrome facettaire. Il était d'avis que l'assuré souffrait de douleurs d'origines multiples, en particulier en raison d'un déconditionnement musculaire probable, et peut-être de discopathies et de syndrome facettaire, ajoutant qu'une surcharge pondérale n'améliorait pas la situation. Une longue période de réadaptation, de remise en forme et de récupération de la musculature lui paraissait indispensable et il n'avait pour l'instant aucune indication pour un geste neurochirurgical.

Dans un rapport du 1^{er} septembre 2021 à l'OAI, le Dr K._____ a indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur la situation actuelle de l'assuré, en particulier sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles, car il ne s'était pas présenté au dernier contrôle du 3 mai 2021 et n'avait pas donné de nouvelles depuis lors.

Dans un rapport du 4 octobre 2021 à la Dre N._____, la Dre V._____ a relevé que l'assuré avait séjourné deux semaines à [...] sans avoir constaté de progrès ou de diminution de la douleur du dos, laquelle empêchait une reprise du travail à un taux plus élevé.

Dans un avis du 1^{er} novembre 2021, le Dr B._____ du SMR a constaté que les propositions thérapeutiques formulées par le Dr

X._____ avaient été suivies, que les éléments du dossier faisaient état d'une situation non encore stabilisée et qu'une évolution favorable pouvait être entrevue. Il a proposé d'interpeller les Drs N._____, U._____ et V._____.

Dans un rapport du 22 novembre 2021, la Dre N._____ a indiqué à l'OAI avoir vu l'assuré à deux reprises entre le 9 avril et le 28 mai 2021. Elle était d'avis que la problématique rachidienne, l'âge et l'inadaptation du poste de travail faisaient obstacle à une reprise du travail.

Dans un rapport du 20 décembre 2021 à l'OAI, la Dre V._____ a mentionné que la douleur avait peu diminué malgré une prise en charge au centre G._____ et un séjour de deux semaines à [...]. Comme diagnostics, elle a retenu un possible syndrome facettaire bilatéral et une lombarthrose étagée avec conflit discoradiculaire avec la racine L5 gauche. La capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était de 20 % et ne devait pas dépasser le taux de 30 % dans une activité adaptée selon elle. Comme limitations fonctionnelles, elle a indiqué une douleur dans la position assise ou debout prolongée de plus de 30 à 60 minutes et l'impossibilité de porter des charges.

Dans un avis du 8 février 2022, le Dr B._____ du SMR a préconisé une expertise rhumatologique afin d'apprécier la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, estimant que l'activité habituelle de peintre en bâtiment paraissait durablement compromise.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé le 6 avril 2022 par le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au SMR, qui a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles du rachis et de troubles dégénératifs du rachis lombaires. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné une obésité avec BMI à 37 et un status après opération du tunnel carpien gauche. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de plâtrier-peintre, à une capacité de travail de 20 %

dans l'activité de supervision de chantiers exercée depuis le 1^{er} février 2021 dans l'entreprise familiale, et de 100 % depuis le 30 septembre 2020 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir la nécessité de pouvoir alterner 1 à 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges supérieures à 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et pas d'exposition à des vibrations.

Le Dr Z._____ a réuni dans le cadre de son expertise plusieurs pièces qui ne figuraient pas au dossier, en particulier les suivantes :

- Un rapport du 14 décembre 2021 du Dr Y._____, médecin chef adjoint à la clinique W._____, faisant suite à un séjour de réhabilitation et rééducation du 9 au 21 septembre 2021 de l'assuré. Ce médecin a posé les diagnostics de syndrome facettaire bilatéral et lombarthrose étagée avec potentiels conflits bilatéraux. Il a précisé que ce suivi avait apporté une amélioration discrète de la mobilité de la colonne lombaire, mais, sur le plan algique, l'assuré décrivait toujours des douleurs modérées et il était fort tendu par peur d'avoir mal lors des différents mouvements. La poursuite d'une physiothérapie en ambulatoire et des exercices pour conserver les acquis lui avaient été recommandés.

- Un rapport du 20 décembre 2021 du neurologue F._____, posant le diagnostic de syndrome radiculaire L5-S1 gauche algique et déficitaire sur le plan sensitif, avec phénomène de claudication intermittente neurogène surajoutée. Pour lui, le tableau clinique était assez clairement celui d'une lombosciatalgie L5-S1 gauche, algique et déficitaire sur le plan sensitif, sans déficit moteur ni anomalie à l'EMG (électromyogramme). Il y avait toutefois un élément de claudication intermittente neurogène surajouté pouvant faire suspecter une sténose lombaire se surajoutant aux sténoses foraminales. Il ne disposait toutefois pas des résultats de la dernière IRM réalisée. Dans ces circonstances, il proposait la poursuite de la prise en charge

spécifique dans un centre spécialisé en problème rachidien et, selon l'évolution et les résultats de l'IRM, de considérer l'intérêt d'un avis neurochirurgical.

- Un rapport du 20 décembre 2021 du Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique et médecin-chef au centre [...], qui, à la suite d'une consultation du 18 décembre 2021, a posé le diagnostic de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés probables, déconditionnement physique et psychique, kinésiophobie et troubles statiques. Comme comorbidités, il a mentionné une obésité, une hypertension artérielle et un diabète de type II. Il a rappelé que l'assuré présentait des douleurs lombaires basses associées à un déconditionnement musculaire focal et global, se traduisant par des dysbalances musculaires prédominantes au niveau de la chaîne antérieure. Il était par ailleurs observé une forte appréhension avec une kinésiophobie. Le bilan radiologique était plutôt rassurant, même s'il montrait quelques troubles dégénératifs pouvant participer au tableau douloureux dans le cadre du déconditionnement musculaire. Le status neurologique était sans particularité. Il n'y avait notamment aucun signe irritatif ou déficitaire à l'examen clinique. Le Dr R._____ était d'avis qu'une prise en charge globale restait nécessaire. Il fallait que l'assuré acquière une bonne conscience corporelle et des exercices à effectuer à domicile qui devaient être poursuivis sur le long terme, soit 9 à 12 mois, avant qu'un résultat durable ne soit acquis.

Selon un rapport final du 5 mai 2022 du service de réadaptation de l'OAI, une mesure d'intervention précoce avait été proposée à l'assuré en octobre 2020, à laquelle il avait renoncé estimant qu'elle était prématurée. Concernant le revenu sans invalidité, il était proposé de le fixer à 54'290 fr. en 2021 sur la base du compte individuel de l'assuré et après indexation à 2021. Il était précisé que même si le rapport de l'employeur mentionnait un revenu annuel de 85'028 fr. 60, l'assuré n'avait jamais obtenu un tel revenu pour son travail dans l'entreprise familiale détenue par son épouse. L'assuré n'ayant pas

d'attente face à l'OAI et n'ayant pas accepté la mesure d'intervention précoce, il ne lui était pas proposé d'aide au placement. Quant au revenu avec invalidité, il était arrêté à 62'465 fr. 50 sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018 (niveau de compétence 1), indexé à 2021, après réduction de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge qui pouvaient engendrer un désavantage salarial. L'assuré ne subissait ainsi aucun préjudice économique.

Dans un projet de décision du 13 mai 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité en l'absence de préjudice économique découlant de son atteinte à la santé. Il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail depuis le 10 mars 2020, mais qu'une capacité de travail était exigible à 100 % depuis le 30 septembre 2020 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité permettant de pouvoir alterner 1 à 2 fois par heure la position assise et la position debout, sans soulèvement ou port régulier de charges supérieures à 5 kg, sans position en porte-à-faux statique prolongé du tronc et sans exposition à des vibrations. L'activité de surveillant de chantier restait ainsi possible et il pouvait également œuvrer dans le domaine du métrage et dans la réalisation de devis dans son domaine d'activité (plâtrerie peinture). Il pouvait aussi mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple au montage, au contrôle ou à la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, comme ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres), comme aide-administratif (réception, scannage et autres) ou dans la vente simple (shop et autres). Après comparaison du revenu auquel il aurait pu prétendre s'il avait continué à exercer son activité habituelle de peintre en bâtiment, avec le salaire de référence auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples dans le secteur privé (production et services) selon l'ESS, en tenant compte d'un abattement de 10 % en raison de ses limitations fonctionnelles, l'OAI a constaté que le revenu

d'invalide auquel il pourrait prétendre était au moins aussi élevé que celui qu'il avait réalisé avant son atteinte à la santé.

Le 13 juin 2022, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision en faisant valoir qu'aucun employeur ne l'engagerait compte tenu non seulement de ses limitations fonctionnelles, mais aussi de son âge, de l'absence de certificat fédéral de capacité (CFC), de ses difficultés à lire et écrire dans la langue française, et à travailler avec un ordinateur.

Le 24 juin 2022, l'OAI a écrit à l'assuré qu'il lui appartenait de fournir tous les éléments susceptibles de lui permettre de revoir sa position et lui a imparti un délai au 25 juillet 2022 à cet effet.

Dans un rapport du 15 juillet 2022, la Dre V. _____ a informé l'OAI qu'elle ne partageait pas son appréciation sur l'exigibilité d'une activité professionnelle à 100 % même en respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré. Elle a précisé que la position statique debout était tolérée 10 minutes, que le périmètre de marche était de 30 à 40 minutes, et que l'assuré devait régulièrement s'allonger pendant la journée. Elle craignait que tous ces éléments ne fussent pas compatibles avec un travail à 100 % même dans une profession plus légère que celle de peintre en bâtiment. Par ailleurs, l'assuré poursuivait toujours un reconditionnement musculaire en physiothérapie.

Divers rapports médicaux ont été transmis à l'OAI dans le délai de détermination sur le projet de décision, notamment un rapport du 20 juin 2022 du Dr R. _____ à la Dre V. _____, reprenant les diagnostics posés dans son rapport du 20 décembre 2021. Il a précisé que l'assuré présentait depuis de nombreux mois des douleurs lombaires basses associées à un déconditionnement musculaire focal et global, se traduisant par les mêmes dysbalances musculaires qu'au mois de décembre 2021 prédominantes au niveau de la chaîne antérieure mais aussi postérieure, et majoré par des autolimitations par crainte de la douleur. Il était par ailleurs observé une forte appréhension avec une kinésiophobie comme le relevait les signes de Waddell et de Kummel

toujours bien présents. Les approches faites précédemment n'avaient pas apporté l'aide escomptée en raison de ce problème musculaire associé à la kinésiophobie. Face à cette situation, la poursuite d'un reconditionnement musculaire était importante. Si la Dre V._____ le jugeait nécessaire, il pouvait être organisé une évaluation des capacités fonctionnelles de l'assuré, pour déterminer les vraies limitations du patient, le Dr R._____ précisant qu'il y avait actuellement trop d'autolimitations pour qu'une telle évaluation soit valable.

Dans un avis du 17 août 2022, le Dr B._____ du SMR a conclu que les derniers rapports versés au dossier n'étaient pas de nature à modifier les conclusions du SMR.

Par décision du 5 septembre 2022, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de prestations déposée par l'assuré. Dans une prise de position du même jour, faisant partie intégrante de la décision, il s'est déterminé sur les rapports du 20 juin 2022 du Dr R._____ et du 15 juillet 2022 de la Dre V._____, en relevant qu'ils n'apportaient pas d'éléments susceptibles de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Par acte du 6 octobre 2022, L._____, représenté par Me Florine Küng, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité, subsidiairement à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et encore plus subsidiairement, à la mise en œuvre de mesures de réadaptation. En substance, il déplore que le Dr Z._____ ait fait fi des avis des autres médecins, pour retenir, sans fondement, une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Pour le recourant, les limitations fonctionnelles sont lacunaires et ne tiennent pas compte de son besoin de s'allonger vingt minutes une fois par heure. De même, il regrette que le Dr Z._____ n'ait pas tenu compte des limitations fonctionnelles posées par le Dr K._____. Pour lui, aucune activité n'est compatible avec lesdites limitations fonctionnelles. Il relève ensuite que les conclusions de la Dre V._____ ont toujours été

constantes et basées sur des constatations concrètes ainsi que sur les rapports de spécialistes (Dr U._____, Dr R._____, Dre N._____). Il relève à cet égard que la Dre N._____ a estimé qu'une capacité de travail de 35 % était « peu convaincante mais pas impossible », capacité de travail qui n'a pu être maintenue ; il n'a jamais été question d'un taux de plus de 20 %, dans quelque activité que ce soit. Pour lui, l'exercice d'une autre activité que celle de surveillant de chantier le confronterait aux mêmes limitations fonctionnelles, soit le besoin récurrent de changer de position et de s'allonger. Un travail de bureau ne serait pas non plus concevable, des mesures de réadaptation n'étant pas exigibles au vu des circonstances du cas d'espèce et de son âge. Il ajoute que la Dre V._____ a toujours fait état d'une capacité de travail de 20 % au maximum dans toute activité, ce qui constitue déjà pour lui un exercice difficile. Il expose ensuite que les assurances intervenues au préalable, à savoir J._____ puis D._____, n'ont pas remis en cause cette capacité de travail de 20 %. Pour le recourant, le rapport du Dr Z._____ ne saurait dès lors être préféré aux autres pièces convergentes du dossier. Il relève que l'entretien avec le prénommé n'a duré que 1h10 alors que la convocation faisait état de 2h30 ; il estime dans ce cadre que l'expertise n'est pas indépendante puisqu'elle a été mise en œuvre auprès d'un médecin du SMR et requiert que dans l'éventualité où tous les rapports de ses médecins n'emporteraient pas la conviction, une expertise pluridisciplinaire indépendante soit mise en œuvre.

Avec son recours, l'intéressé a produit notamment un rapport de la Dre V._____ du 3 octobre 2022, selon lequel l'assuré travaille à 20 % depuis le 1^{er} février 2021 dans une activité de surveillance de chantier, que ce taux de 20 % organisé selon les possibilités du recourant sur cinq jours ouvrables est le taux maximum et les seules modalités qu'il peut concrètement assumer sur le plan médical dans toute activité, et que le prénommé n'arrive pas à rester plus de 30-40 minutes assis, que la position statique debout n'est tolérée que 10 minutes, que le périmètre de marche est de 30 à 40 minutes et qu'il doit régulièrement s'allonger pendant la journée.

En complément à son recours, le 20 octobre 2022, le recourant a encore produit un rapport du Dr R. _____ du 7 octobre 2022 rappelant avoir vu le recourant les 18 décembre 2021 et 18 juin 2022, et confirmant les diagnostics posés précédemment. Le Dr R. _____ a ajouté n'avoir pas effectué d'évaluation des capacités fonctionnelles de l'assuré, vu les autolimitations déjà présentées lors des premières consultations. Il doutait fortement que dans la situation actuelle le recourant puisse exercer une activité commerciale mentionnée par l'OAI. Concernant les capacités dans une activité adaptée, il était selon lui nécessaire de procéder à une évaluation des capacités fonctionnelles pour avoir des mesures objectives.

Dans sa réponse du 21 novembre 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le recourant a maintenu sa position aux termes de sa réplique du 15 décembre 2022. Avec cette écriture, il a produit un courrier du 4 novembre 2022 du Dr U. _____ à son avocate, qui indiquait ne pas pouvoir répondre à ses questions.

Dans une écriture du 12 décembre 2023, le recourant a signalé que son état de santé s'était péjoré et empêchait toute activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il a précisé avoir subi plusieurs actes médicaux au cours de l'année 2023, dont une spondylodèse, sans en retirer aucun bénéfice. Il a joint à son écriture plusieurs rapports médicaux, dont un protocole opératoire du 25 octobre 2023 du Dr U. _____ relatif à une spondylodèse L5-S1 antérieure par voie rétropéritonéale avec mise en place d'une cage Scarlet AL-T préremplie de Ceracell. Il ressort de ce document que cette intervention avait été proposée au recourant en l'absence d'amélioration de son état de santé malgré les traitements conservateurs, ce qui avait conduit les médecins à conclure à une aggravation de la discopathie et du syndrome facettaire. Le Dr U. _____ a aussi indiqué que l'assuré avait déjà subi au mois de février 2023 une décompression et discectomie L5-S1 gauche avec des suites postopératoires mitigées.

Dans une écriture du 15 janvier 2024, l'intimé a maintenu sa position, en exposant que les nouvelles pièces médicales produites par le recourant avaient été transmises au SMR qui concluait qu'elles n'apportaient pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux pour la période précédant la décision attaquée. Il a produit un avis du 20 décembre 2023 du Dr B. _____ du SMR selon lequel les opérations avaient été effectuées plusieurs mois après le projet de décision du 5 septembre 2022 et avaient été motivées par une évolution jugée défavorable sur le plan des douleurs. Il était d'avis que ces éléments sortaient de l'étendue des faits à prendre en compte jusqu'à la décision, les documents n'apportant pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux pour la période précédant la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, subsidiairement à des mesures d'ordre professionnel.

3. 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 - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, ce qui est le cas en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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). 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) A teneur de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (ATF 139 V 399 consid. 5.4 p. 403). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

d) 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) 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).

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

c) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'activité habituelle de peintre en bâtiment du recourant n'est plus exigible. Cela étant, l'intimé a estimé, sur la base de l'examen rhumatologique mis en œuvre auprès du SMR le 6 avril 2022, que le recourant présente depuis le 30 septembre 2020 une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant conteste cette appréciation, en se référant aux rapports de ses médecins traitants. Ce point de vue ne peut toutefois être suivi, pour les motifs exposés ci-dessous.

b) Le recourant a fait l'objet d'un examen rhumatologique au SMR, le 6 avril 2022, dans le cadre duquel le Dr Z._____ a procédé à un examen complet. Ce spécialiste en rhumatologie a au demeurant pris connaissance de l'entier du dossier, qu'il a fait compléter par des rapports médicaux, en particulier celui du Dr Y._____ du 14 décembre 2021, celui du Dr F._____ du 20 décembre 2021, et celui du Dr R._____ également établi le 20 décembre 2021.

Dans son rapport du 2 mai 2022, le Dr Z._____ a relevé que le recourant présentait toujours des douleurs lombaires, qu'il cotait entre 2/10 et 8-9/10 selon les jours et selon les activités accomplies. Le recourant signalait par ailleurs ne pas pouvoir se lever certains jours. Il n'avait plus de douleurs des membres inférieurs depuis 8 à 9 mois, mais il rapportait avoir des fourmillements du membre inférieur gauche après 10 à 15 minutes de position statique debout, ces fourmillements partant de la face externe de la plante du pied gauche et remontant à la face postérieure du membre inférieur gauche jusqu'à la ceinture. Ils disparaissaient en général après 20 minutes s'il se couchait ou s'il bougeait. Selon les déclarations du recourant, la position assise était limitée à 45 minutes ou au maximum à 1 heure en raison des lombalgies. La position debout était quant à elle limitée à 10-15 minutes en raison des fourmillements du membre inférieur gauche et des lombalgies. Le périmètre de marche était de 25 à 30 minutes, puis le recourant devait faire une pause de 10 minutes, avant de pouvoir reprendre la marche pendant encore 30 minutes. Avec les médicaments, il n'était plus réveillé la nuit, mais avait de la peine à se lever le matin. Il présentait également un dérouillage matinal de 30 minutes. Selon les activités, il avait parfois des douleurs cervicales et dorsales, qui étaient supportables.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, le Dr Z._____ a constaté que le recourant marchait avec une discrète boiterie du membre inférieur droit dans la salle d'examen. La marche sur la pointe des pieds et les talons était possible. L'accroupissement était limité et entraînait des lombalgies, et le relèvement se faisait sans aide extérieure. Le recourant présentait une hypoesthésie diffuse du membre inférieur gauche qui ne respectait pas un territoire neurologique précis, notamment un dermatome particulier. Cette hypoesthésie tactile était probablement d'origine fonctionnelle au vu du reste du status neurologique. Il n'y avait notamment pas de trouble moteur, ni de syndrome radiculaire, et l'épreuve de Lasègue était négative, même si elle était limitée des deux côtés à 60° par un raccourcissement des muscles ischio-jambiers et par des lombalgies. Sur le plan rachidien, le Dr Z._____ a relevé la présence de discrets troubles statiques du rachis dorsolombaire. La mobilité lombaire était diminuée, mais il notait une certaine tendance à la kinésiophobie, le recourant développant notamment une certaine résistance volontaire à la rétroflexion du tronc et aux latéroflexions du tronc, surtout à gauche. Il présentait également trois signes comportementaux sur cinq selon Waddel et un signe comportemental sur deux selon Kummel. La mobilité cervicale et des articulations périphériques était satisfaisante ; seule la mobilité des hanches était légèrement limitée par des lombalgies occasionnées lors de la mobilisation des hanches. Il n'y avait pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. La palpation des deux sacro-iliaques était douloureuse mais les manœuvres de Mennel et de Piedallu étaient négatives. Quant aux examens radiologiques, ils mettaient en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis.

Sur la base de l'ensemble du dossier et de ses propres constatations, le Dr Z._____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis lombaire. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné une obésité avec BMI à 37 et un status après opération du tunnel carpien gauche. Il a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : la nécessité de pouvoir alterner une à

deux fois par heure la position assise et la position debout, le soulèvement ou le port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et l'exposition aux vibrations. Si l'activité habituelle de plâtrier-peintre n'était plus exigible selon lui, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées depuis le 30 septembre 2020, date à partir de laquelle les troubles persistants n'étaient plus en lien avec l'accident mais liés aux troubles dégénératifs préexistants du rachis selon l'avis du médecin de J._____.

Il convient de relever que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr Z._____ sont claires. Ce spécialiste a au demeurant pris note des plaintes du recourant. Il a intégré à son appréciation la description d'une de ses journées-type, et a en particulier pris en compte l'allégation selon laquelle le recourant serait tenu de s'allonger une fois par heure durant 20 minutes. Il y a à cet égard lieu de relever que le recourant a tout de même pu rester assis durant l'examen par le Dr Z._____ qui a duré 1h10. Ce spécialiste s'est aussi déterminé sur le traitement suivi et a préconisé la poursuite de la physiothérapie afin d'améliorer la musculature rachidienne et le déconditionnement physique. A ce sujet, la plupart des médecins consultés par le recourant ont noté qu'il était déconditionné, qu'une surcharge pondérale n'améliorerait pas la situation, et ont constaté une autolimitation en raison notamment d'une kinésiophobie. Enfin, le Dr Z._____ a émis des constatations circonstanciées et a motivé ses conclusions.

Le fait que d'autres assurances aient eu une autre appréciation de la capacité de travail du recourant ne permet pas de nier la valeur probante du rapport du Dr Z._____. J._____ a au demeurant mis un terme à ses prestations au moment où le Dr Z._____ estime qu'une capacité de travail dans une activité adaptée peut être retenue. Quant à D._____, elle a presté en tenant compte uniquement de l'incapacité de travail existant dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment, laquelle n'est pas non plus remise en cause par le Dr Z._____.

Quant au grief relatif à la durée de l'examen réalisé par ce dernier, il y a lieu de rappeler que selon la jurisprudence la durée de l'examen clinique pratiqué par un expert n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (TF 9C_76/2014 du 8 avril 2014 consid. 5 et les références). Ainsi, le fait que la convocation à l'examen médical au SMR mentionnait une durée de 2h30 alors que l'examen a finalement duré 1h10 ne permet pas de douter des constatations du Dr Z._____.

En définitive, son rapport peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c) L'appréciation du Dr Z._____ n'est au demeurant pas sérieusement mise en doute par les opinions émises par les autres médecins consultés.

Si la Dre V._____, médecin traitante, est d'avis que le recourant ne peut pas travailler à plus de 20 %, même dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, en raison des lombalgies, son appréciation n'est pas étayée par des éléments objectifs qui n'auraient pas été pris en compte par le Dr Z._____, qui lui a conclu à l'absence de raison biomécanique permettant d'attester une incapacité de travail dans une activité adaptée.

La Dre N._____ a quant à elle fait état, le 9 juin 2021, d'une capacité de travail de 35 %. Il n'était toutefois pas question d'une capacité de travail dans une activité adaptée, mais dans celle de superviseur de chantiers qui, de l'avis du Dr Z._____, peut effectivement être exercée au taux de 20 %.

Dans son rapport du 6 avril 2021, le Dr K._____ a indiqué qu'il ne pouvait pas émettre de pronostic quant à une reprise du travail, dès lors que le traitement était toujours en cours, mais a toutefois précisé que le recourant ne pourrait pas reprendre un travail de force. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné les mouvements de rotation

axiale du tronc et de flexion-extension, ainsi que la position assise prolongée. Cela étant, il a complété la dernière page du questionnaire médical que lui a soumis l'intimé concernant les travaux encore exigibles, en précisant que ses réponses avaient trait à la situation du recourant à la fin du traitement. Il estimait ainsi qu'à la fin du traitement, les activités uniquement en position assise et debout ne seraient pas possibles sur une journée complète de travail, mais à hauteur de 3 heures chacune, que les activités dans différentes positions seraient possibles à concurrence de 5 heures par jour, que les activités exercées principalement en marchant seraient possibles à raison de 3 heures par jour, de même que les travaux avec les bras au-dessus de la tête ; quant aux travaux impliquant la montée d'escalier et le soulèvement de charges jusqu'à 5 kg, ils seraient aussi possibles mais à raison de 2 heures par jour ; en revanche, les activités impliquant de se pencher, d'être en position accroupie, à genoux, et de rotation n'étaient pas exigibles, de même que monter sur une échelle ou un échafaudage. Il a précisé encore que dans les activités possibles listées plus haut, la performance serait de 50 % uniquement, sans fournir la moindre explication sur les raisons d'une telle baisse de rendement. Le recourant n'a pas produit de rapport médical plus récent de ce médecin, qui confirmerait le pronostic fait à l'époque par ce dernier. Ce rapport médical ne permet ainsi pas de douter des conclusions du Dr Z._____.

Le recourant se prévaut également du rapport du 7 octobre 2022 du Dr R._____ à son avocate. Toutefois, ce rapport présente une teneur superposable à celui rédigé le 20 décembre 2021 par ce praticien, lequel a été pris en considération par le Dr Z._____ dans le cadre de son appréciation. Ce dernier a au demeurant observé, comme le Dr R._____, que le recourant présentait une forte appréhension avec une kinésiophobie, comme le relevaient les signes de Waddel et Kummel. De même, comme le Dr Z._____, et de nombreux médecins, le Dr R._____ a lui aussi observé que le recourant présentait un déconditionnement musculaire global et focal. Enfin, le rapport du 20 juin 2022 du Dr R._____ mentionne également des atteintes connues qui ont toutes été prises en compte dans l'appréciation du cas par le Dr Z._____. Le Dr

R._____ ne fait au demeurant pas état d'une péjoration postérieure à l'examen rhumatologique du Dr Z._____.

Finalement, il ne peut être fait grief à l'intimé de s'être fondé sur l'examen clinique du Dr Z._____ du SMR et les avis subséquents du SMR pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 30 septembre 2020.

Quant aux dernières pièces produites par le recourant au stade du recours, qui font état d'interventions chirurgicales survenues postérieurement à la décision attaquée, elles ne comportent pas d'éléments de nature à apprécier différemment la situation médicale et la capacité de travail du recourant qui prévalaient à la date déterminante, qui est celle de la date de la décision attaquée. Il appartiendra au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations s'il estime que son état de santé s'est péjoré depuis la décision entreprise du 5 septembre 2022.

d) Compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées au recourant et accessibles sans formation particulière. L'intimé a donné des exemples d'activités adaptées pouvant encore être exercées par le recourant. Ce dernier ne peut être suivi lorsqu'il prétend qu'aucune activité n'est envisageable au vu de ses circonstances personnelles.

7. Le calcul du taux d'invalidité n'est pour le surplus pas contesté en tant que tel. Vérifié d'office, le calcul opéré par l'intimé peut être confirmé, sans qu'il n'y ait lieu de revenir plus en détail sur l'évaluation de la perte de gain.

En l'absence de préjudice économique, le recourant n'a pas droit à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel. Par ailleurs,

comme vu plus haut, il existe un grand nombre d'activités qui demeurent accessibles au recourant sans nécessité d'une réadaptation. Il ne ressort par ailleurs pas du dossier que le recourant aurait une quelconque velléité d'entreprendre de telles mesures.

8. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par des investigations médicales complémentaires. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a).

9. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 5 septembre 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 mis à la charge de L._____.

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 à :

- Me Florine Küng (pour le recourant),
- 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 :