

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mars 2024

Composition : M. NEU, président
MM. Berthoud et Bonard, assesseurs
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8 et 61 let. c et d LPGA ; art. 4 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en [...]. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de monteur électricien, il travaille en cette qualité depuis [...] pour le compte de la société W. _____ SA à [...].

Le 23 janvier 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), expliquant souffrir de la maladie de Perthes depuis 1974.

Par rapport du 28 mars 2007, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré présentait des coxalgies gauches, séquelles d'une maladie de Perthes traitée conservativement et chirurgicalement en 1974. Il a attesté une incapacité de travail entière dès le 2 novembre 2006, puis de 50 % à compter du 22 janvier 2007, tout en précisant qu'une reprise du travail à un taux de 100 % serait tentée le 2 avril 2007.

Par rapport du 26 novembre 2007, ce même médecin a confirmé la reprise du travail à taux plein le 2 avril 2007.

Par décision du 5 septembre 2008 confirmant un projet de décision du 23 juin 2008, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, dans la mesure où celui-ci avait pu reprendre son activité habituelle à temps complet avant l'échéance du délai d'attente d'une année.

B. Le 5 juillet 2017, M. _____, par l'intermédiaire de l'assureur perte de gain de son employeur (ci-après : l'assureur perte de gain), a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, faisant état d'eczéma chronique aux pieds, de maladie de Perthes et d'arthrose aux cervicales.

Par rapport du 12 décembre 2017, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de status après arthroscopie du genou gauche le 10 juillet 2017 et résection de la lésion méniscale interne pour une déchirure en anse de seau luxée de la corne postérieure du ménisque interne, de status après distorsion du genou gauche le 8 juin 2017, de status après ostéotomie inter-trochantérienne de la hanche gauche en 1974 pour maladie de Perthes, d'eczéma dishydrosique plantaire récidivant depuis 1994 et de status après syndrome radiculaire cervicale à la vertèbre C6 à droite sur des troubles dégénératifs cervicaux multi-étagés et un rétrécissement foraminal modéré aux vertèbres C5-C6 et C6-C7 à droite. Il a certifié une capacité de travail nulle depuis le 9 juin 2017 dans l'activité habituelle et pleine depuis le 7 août 2017 dans une activité adaptée.

Par rapport du 4 mai 2018, la Dre D._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, a relevé le diagnostic - incapacitant - d'eczéma plantaire chronique et nummulaire du dos (depuis 1994). Elle a attesté une capacité de travail de 50 % depuis le 3 mars 2017, cette atteinte s'aggravant lorsque l'assuré portait de façon prolongée ses chaussures (notamment ses chaussures professionnelles).

Le 3 juillet 2018, l'assureur perte de gain a transmis à l'OAI un rapport du 13 avril 2017 de la Dre D._____, laquelle a retenu une incapacité de travail de 100 % entre le 16 février et le 3 mars 2017 et de 50 % dès cette dernière date.

Par rapport du 23 août 2019, la Dre D._____ a exposé que l'assuré souffrait toujours d'eczéma. Un traitement avait été introduit au début du mois de septembre 2018, lequel avait un effet favorable. Son patient avait pu reprendre son activité professionnelle à son taux initial, soit 80 %, le 14 février 2019.

Par décision du 8 novembre 2019 confirmant un projet de décision du 2 septembre 2019, l'OAI a accordé à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2018 au 31 mai 2019.

C. Le 17 novembre 2020, M. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, précisant être en incapacité totale de travailler depuis le 7 octobre 2020. Un rapport de radiographie de la colonne lombaire, du bassin et de la hanche gauche du 15 octobre 2020, lequel concluait à une lombodiscarthrose pluri-étagée prédominant aux vertèbres L1-L2 et L5-S1 à droite et à une bascule du bassin de 20 mm à gauche, était notamment joint.

Le 1^{er} décembre 2020, l'assuré a déclaré à l'OAI que son taux d'activité se monterait à 80 % dans l'hypothèse où il n'était pas atteint dans sa santé.

Le 7 décembre 2020, l'assureur perte de gain a communiqué à l'OAI un rapport du 12 novembre 2020 du Dr X. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lequel notait les diagnostics de lombalgies chroniques, d'épisode de lumbago au début du mois d'octobre, de troubles dégénératifs lombaires pluri-étagés avec discopathie aux vertèbres L5-S1 et d'antécédents de maladie de Legg-Calvé-Perthes ainsi que relevait des limitations à la mobilisation du rachis et au port de charges.

Le 7 janvier 2021, une IRM (imagerie par résonance magnétique) du rachis lombaire de l'assuré a été réalisée, mettant en évidence des remaniements de type Modic I inflammatoires pluri-étagés, prédominant aux vertèbres L1-L2 et L5-S1, un canal lombaire étroit pluri-étagé, prédominant surtout aux vertèbres L3-L4 et L4-L5 (Schizas C.), et un conflit radiculaire avec l'émergence des racines aux vertèbres L4, L5 et S1 des deux côtés, tout en excluant une myélopathie.

Par rapport du 28 janvier 2021, la société W. _____ SA a indiqué que l'activité de monteur électricien réclamait souvent de marcher, de rester debout et de soulever des charges légères (jusqu'à 10 kg) et parfois de soulever des charges moyennes (entre 10 et 25 kg).

Par rapport du 18 octobre 2021, le Dr X. _____ a ajouté les diagnostics de cervico-brachialgies gauches et de canal lombaire étroit prédominant aux vertèbres L3-L4 et L4-L5 à ceux énumérés dans son rapport du 12 novembre 2020. Selon lui, la capacité de travail était actuellement de 50 % dans l'activité habituelle et pleine dans une activité adaptée, évitant le port de charges lourdes et le port répétitif de poids de plus de 10 kg ainsi que les positions en porte-à-faux et les positions statiques prolongées et privilégiant l'alternance des positions assises et debout.

Du 1^{er} octobre 2021 au 1^{er} novembre 2022, l'assuré a pris part à une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, laquelle a été menée auprès de son employeur. Dans ce cadre, des aménagements ont été effectués, dont une baisse du taux d'activité à 40 % (quatre matinées par semaine), avec possibilité de l'augmenter progressivement en fonction de l'évolution de l'état de santé, et une adaptation des tâches afin de privilégier les petites interventions.

Par rapport du 2 juin 2022, le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état du diagnostic de « *[l]umbagos récidivants avec lumbago aigu en octobre 2021 sur des troubles dégénératifs pluri-étagés avec Modic 1 en L5-S1 et L2-L3 et discopathies avec protrusion discale et canal lombaire étroit modéré L3-L4* ». D'après lui, la capacité de travail s'élevait à 50 % au maximum dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, avec changements fréquents de position et sans port de charges.

Du 1^{er} septembre au 1^{er} novembre 2022, l'assuré a bénéficié d'un bilan d'orientation professionnelle auprès de l'association I. _____ à [...], étant donné que les adaptations de son poste de travail ne permettaient pas d'augmenter sa présence.

Le 12 septembre 2022, l'assureur perte de gain a remis à l'OAI un rapport établi le 27 avril 2021 par son médecin-conseil, le Dr L. _____,

spécialiste en médecine interne générale. Il en ressortait en substance que la situation s'était améliorée grâce au traitement mis en place, de sorte que l'assuré était à même de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail dès le 17 mai 2021 dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 20 kg et occasionnellement de 10 à 15 kg (quelques fois par jours pour porter le matériel, tel que la perceuse) ; pas de position en porte-à-faux lombaire ; éviter les positions en équilibre instable sur des échelles et des échafaudages (ce qui impliquait une activité professionnelle s'exerçant de préférence au sol).

Par rapport du 22 septembre 2022, le Dr X. _____ a rappelé les diagnostics énoncés dans son rapport du 18 octobre 2021. Il a spécifié que l'activité habituelle n'était plus possible, si bien que l'assuré devait se réorienter vers une activité plus adaptée ne demandant pas de porter des charges lourdes ni des poids de plus de 5 kg de manière répétitive ainsi qu'évitant les positions en porte-à-faux et les positions statiques prolongées debout ou assises et privilégiant les alternances (20 à 30 mn en moyenne).

Le 4 octobre 2022, l'assuré a informé l'OAI de l'augmentation de son taux d'activité à 50 % à partir du 10 octobre 2022.

Par rapport du 20 octobre 2022, le Dr S. _____ a indiqué penser que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée.

Dans un avis du 28 octobre 2022, le Dr T. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a exposé ce qui suit :

« Sur la base des éléments médicaux de l'APG [assureur perte de gain] (2021) et des nôtres, l'exigibilité est bien de 100% dans une activité adaptée telle qu'actuellement pratiquée. Entre temps, le rapport du Dr. S. _____ nous est parvenu et va également dans le sens d'une CT [capacité de travail] de 100% dans une AA [activité adaptée]. Il n'apporte pas d'éléments appuyant une

capacité réduite. On peut dès lors exiger de l'assuré qu'il reprenne à son taux habituel de 80% a minima »

Par rapport du 1^{er} novembre 2022, l'association I._____, en charge de réaliser le bilan d'orientation professionnelle, a déclaré que l'assuré avait avantage à poursuivre sa carrière dans un poste qui lui offrait une liberté d'alternance des positions, à l'instar de celui qu'il occupait actuellement. Il était invité à tester sur la durée un taux d'activité de 50 %, dans le but d'observer l'impact sur son endurance.

Dans un avis du 14 novembre 2022, le Dr T._____, du SMR, a conclu ce qui suit s'agissant de la capacité de travail de l'assuré et de ses limitations fonctionnelles :

« Nous sommes devant la situation d'un assuré électricien qui présente des cervicobrachialgies gauches, des lombalgies chroniques sur canal lombaire étroit L3-L4 et L4-L5 ainsi qu'une discopathie L5-S1. Notre assuré a bénéficié d'une prise en charge rééducative à [...] qui a permis une amélioration de la symptomatologie mais son AH [activité habituelle] n'est pas adaptée. L'APG a retenu une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 100% dès le 17/05/2021 et une CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle. Ce qui est confirmé par la suite par le neurochirurgien Dr S._____ et le MPR [médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation] Dr X._____. Les mesures REA ont été tentées avec une adaptation de poste en entreprise mais qui n'ont pas permis une reprise à 100% du taux contractuel au vu de la non correspondance stricte aux LF [limitations fonctionnelles]. Je propose de suivre la position de l'APG avec une CTAH nulle et une CTAA entière dès le 17/05/2021.

[...]

LF : Pas de port de charges lourd et répétitif de plus de 5 kg ; éviter les positions statiques prolongées debout ou assises et privilégier les alternances (20-30 mn en moyenne) ; éviter les positions en porte-à-faux ; éviter des positions en équilibre instable sur des échelles ou des échafaudages. »

Par rapport du 18 novembre 2022, le Dr S._____ a spécifié avoir certes évalué la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à 100 %, mais ne pas avoir défini de limitations fonctionnelles, lesquelles devaient être déterminées par l'OAI.

Par projet de décision du 21 novembre 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui refuser le droit à une rente d'invalidité, dès lors

qu'il ne subissait aucun préjudice économique en raison de ses atteintes à la santé.

Le 10 janvier 2023, l'assuré, représenté par Me Jana Burysek, s'est opposé à ce projet de décision. Il s'est d'une part plaint d'une instruction incomplète, requérant ainsi la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. D'autre part, il a soutenu que son salaire d'invalidé devait être calculé à l'aune des données statistiques, avec abattement. Le revenu qu'il réalisait actuellement auprès de son employeur ne pouvait en effet pas être pris en référence, dès lors qu'il n'était pas en mesure de mettre pleinement à profit sa capacité de travail résiduelle.

Par décision du 23 mars 2023, l'intimé a confirmé son projet de décision du 21 novembre 2022, expliquant, dans une prise de position datée du même jour, que les objections de l'assuré n'apportaient aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

D. Le 3 mai 2023, l'assuré, sous la plume de sa mandataire, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité à concurrence de 50 % au moins lui soit reconnu dès le 1^{er} octobre 2022 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause pour nouvelle décision au sens des considérants. Pour l'essentiel, il a défendu que les rapports de ses médecins traitants et du Dr L. _____ ainsi que le rapport de l'association I. _____ ne permettaient pas de déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée, sollicitant de ce fait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en rhumatologie. Il a en outre contesté le calcul de son invalidité. A l'appui de son argumentation, il a notamment joint un contrat de travail signé avec la société W. _____ SA le 18 novembre 2021 et un avenant à celui-ci valable dès le 1^{er} novembre 2022.

Par réponse du 22 juin 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision litigieuse, dès lors qu'il avait été médicalement constaté que le recourant disposait d'une pleine capacité

de travail dans une activité d'électricien adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par réplique du 12 octobre 2023, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a allégué que les mesures de réadaptation mises en place ne lui avaient pas permis de recouvrer une capacité de travail de 100 % de son taux contractuel au vu de la non-correspondance stricte de cette activité à ses limitations fonctionnelles. Il a annexé un rapport du 14 août 2023 de la Dre R._____, chiropraticienne, laquelle a attesté une capacité de travail de 50 % depuis le mois de novembre 2022 et fait état de douleurs accentuées par tous les mouvements de la colonne et plus particulièrement les positions prolongées debout ou assises, les positions statiques, les changements de position et le port de charges (même légères).

Par duplique du 2 novembre 2023, l'intimé a réitéré ses conclusions, joignant un avis du 20 octobre 2023 du Dr T._____, lequel affirmait que le rapport susmentionné de la Dre R._____ ne remettait pas en doute ses conclusions.

Par écriture du 28 novembre 2023, le recourant a à nouveau confirmé ses conclusions, exposant que le rapport de la Dre R._____ contredisait l'évaluation de la capacité de travail retenue par l'intimé.

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 – compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a 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]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente.

b) 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, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Dans le cas présent, le recourant présente une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 7 octobre 2020. Ainsi, dès lors que l'état de fait déterminant est antérieur au 31 décembre 2021 et concerne notamment l'éventuelle allocation d'une rente dès le 1^{er} octobre 2021 au plus tôt (soit à l'échéance du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, étant précisé que le droit à la rente prend quoi qu'il en soit naissance à cette date, cela même si des mesures de réadaptation ont été mises en place ultérieurement [ATF 121 V 190 consid. 4]), il convient d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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).

4. a) Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du

dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

b) 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).

c) 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).

5. a) En l'espèce, dans le cadre de l'instruction de la demande déposée le 17 novembre 2020 par le recourant, plusieurs spécialistes se sont exprimés sur sa capacité de travail. Ainsi, dans son rapport du 18 octobre 2021, le Dr X._____ a évalué cette dernière à 100 % dans une activité adaptée exigeant notamment d'éviter le port de charges lourdes et le port répétitif de poids de plus de 10 kg. Il a par la suite abaissé cette limite à 5 kg dans son rapport du 22 septembre 2022, tout en spécifiant que l'activité habituelle n'était plus possible. Le Dr S._____, quant à lui, a fait état, dans son rapport du 2 juin 2022, d'une capacité de travail de 50 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, laquelle devait exclure le port de charges. Dans son rapport du 20 octobre 2022, il a déclaré penser que l'assuré était à même de travailler à un taux de 100 % dans une activité adaptée, sans définir toutefois de limitations fonctionnelles, avant d'ajouter, dans son rapport du 18 novembre 2022, qu'il revenait à l'intimé de les déterminer. La Dre R._____ a, elle, certifié une capacité de travail de 50 % depuis novembre 2022 et mis en évidence des douleurs accentuées notamment par le port de charges, même légères. Enfin, dans son rapport du 27 avril 2021 à l'attention de l'assureur perte de gain, le Dr L._____ a soutenu que le recourant était capable de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail dans une activité ne requérant en particulier pas de porter des poids de plus de 20 kg, étant précisé que le port de charge de 10 à 15 kg était occasionnellement exigible. Le Dr T._____, dans son avis du 14 novembre 2022, a alors fait siennes les conclusions de ce dernier médecin relatives à la capacité de travail dans une activité adaptée, tout en retenant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de même que - entre autres limitations - un port répétitif de charges limité à 5 kg.

b) S'il apparaît vraisemblable que le recourant, en raison de ses limitations à la mobilisation du rachis lombaire et au port de charges, n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'électricien (c'est-à-dire sans aménagement de son poste de travail) au vu des exigences physiques inhérentes à ce métier - telles que mentionnées par la société W._____ SA dans son rapport du 28 janvier 2021 -, la question de savoir

s'il est apte à travailler dans une activité adaptée, et si oui, à quel taux, ne peut en revanche être tranchée en l'état actuel du dossier. Certes, le Dr S._____ s'est finalement accordé avec les Drs X._____ et L._____ et a arrêté la capacité de travail de son patient à 100 % dans une telle activité. Il n'a toutefois fourni aucune explication quant aux motifs l'ayant poussé à s'écarter de sa première évaluation selon laquelle l'assuré pouvait exercer une activité adaptée à un taux de 50 %. Les estimations de ces trois médecins ont de plus été contredites par la Dre R._____. Au demeurant, les limitations fonctionnelles retenues par les Drs X._____ et L._____ ne se recoupent pas en ce qui concerne la charge maximum pouvant être portée, laquelle oscille entre 5 et 20 kg selon les avis. Le Dr S._____ a, pour sa part, renoncé à se prononcer sur ce point, laissant le soin à l'intimé de l'instruire. Il subsiste donc un doute important sur le taux et la nature de l'activité adaptée que pourrait exercer le recourant.

c) Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait se satisfaire des simples affirmations du Dr T._____, du SMR, pour admettre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, notamment dans celle d'électricien après les aménagements du poste au sein de la société W._____ SA, lequel ne semble d'ailleurs pas entièrement adapté aux limitations fonctionnelles constatées par le Dr T._____. L'instruction de la cause se devait au contraire d'être poursuivie, cela spécialement par la mise en œuvre d'une expertise externe, afin d'élucider les contradictions en lien avec l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles.

6. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 23 mars 2023 par l'intimé annulée. La cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et mise en œuvre d'une expertise externe, puis nouvelle décision dans le sens des considérants. A noter qu'une enquête ménagère devra le cas échéant être également menée, dans la mesure où le recourant a déclaré souhaiter exercer son activité professionnelle à temps partiel.

b) 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 23 mars 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Jana Burysek (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales OFAS,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :