

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 janvier 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, avocat à Belmont-sur-Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1983, de nationalité [...], titulaire d'un permis B, marié et père de trois enfants, a exercé la profession d'ouvrier viticole, à 100%, dès son arrivée en Suisse en 2013 et jusqu'en mars 2021, date de son licenciement.

b) Le 6 avril 2020, l'assuré a été victime d'un accident de la route lors duquel, alors qu'il était au volant d'un tracteur à 30 km/h, il a percuté un mur avec son véhicule.

Le jour même, l'assuré a été examiné au Service des urgences du Centre hospitalier P._____. Selon le rapport du même jour, l'assuré a souffert d'un traumatisme crânien léger sans perte de connaissance avec examen neurologique dans les normes, une plaie de l'arcade sourcilière gauche et une fracture transverse du pôle inférieur de la rotule gauche extra-articulaire.

Dès le jour de l'accident, l'assuré a été en incapacité de travail à 100%.

c) Le 14 avril 2020, le sinistre a été annoncé à J._____ SA, assureur-accidents de H._____.

d) En raison des douleurs persistantes au genou gauche, l'assuré a été soumis à une imagerie par résonance magnétique (IRM) le 17 septembre 2020. Selon le rapport établi le 22 septembre 2020 par le Dr G._____, médecin chef au Service d'orthopédie-traumatologie du Centre hospitalier P._____, l'IRM montrait une non-consolidation de la fracture du pôle inférieur de la rotule et une opération était envisagée.

Selon le rapport établi par le Dr G._____ le 5 octobre 2020, une intervention chirurgicale, sous la forme d'une résection du fragment osseux du pôle inférieur du genou, était programmée pour le 21 octobre 2020, date à laquelle elle a eu lieu.

e) Le 16 décembre 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant comme motif une atteinte au genou en raison de l'accident du 6 avril 2020.

f) Le 20 janvier 2021, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous forme de modules externalisés. Toutefois, celle-ci a été interrompue en raison du niveau de français insuffisant de l'assuré et des examens médicaux encore prévus (courrier de l'OAI à l'assuré du 29 avril 2021).

g) Dans le cadre du suivi post-opératoire de l'assuré, le Dr G. _____ a constaté la persistance des douleurs et préconisé la poursuite de la physiothérapie (rapport du 4 décembre 2020), puis une infiltration par corticoïdes effectuée le 25 janvier 2021, en raison du constat, sur l'IRM pratiquée le 21 janvier 2021, d'une inflammation au niveau du pôle inférieur de la rotule et du Hoffa (rapport du 28 janvier 2021), puis un ultrason du tractus ilio-tibial avec infiltration-test et corticoïdes (rapport du 14 avril 2021).

h) Selon le rapport établi le 31 mai 2021 par le Dr M. _____, médecin adjoint au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier B. _____ ([...]), la situation de l'assuré nécessitait des examens complémentaires, sous la forme d'une évaluation d'antalgie et d'un scanner, pour tenter de clarifier l'origine des douleurs.

i) Le 11 juin 2021, l'assuré a été soumis à un scanner (scintigraphie osseuse trois phases) auprès du Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire du Centre hospitalier B. _____. Les conclusions du rapport relatif à cet examen font état de discrets remaniements post-opératoires avec petite composante inflammatoire au niveau du site de résection chirurgicale de la rotule gauche, sans évidence franche pour un syndrome douloureux régional complexe.

j) Dans son rapport du 30 juillet 2021, la Dre J._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin associée au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier B._____, a posé les diagnostics de gonalgies gauches post-traumatiques prolongées, de dysbalance biomécanique, d'amyotrophie sur rééducation postopératoire insuffisante avec une différence de longueur de jambe en défaveur de la gauche, d'importante hypersupination à droite, non évaluable à gauche et de potentielle contribution d'une atteinte du nerf infrapatellaire. A titre de traitement, elle a prescrit des semelles correctrices et une reprise de la physiothérapie, la situation devant être réévaluée en septembre 2021.

k) Dans son rapport du 21 septembre 2021, le Dr M._____ a résumé les éléments ressortant des rapports des 11 juin et 30 juillet 2021 susmentionnés, concluant qu'il n'y avait pas d'indication pour une reprise chirurgicale à ce stade.

l) Le 20 mai 2022, l'assureur-accidents de l'assuré a confié un mandat d'expertise à X._____SA, à [...].

m) Le 7 juillet 2022, l'assuré a été soumis à une IRM lombaire. Dans son rapport du même jour, le Dr D._____, spécialiste en radiologie, a conclu que l'IRM objectivait une légère arthrose facettaire postérieure L5-S1 droite, L4-L5 des deux côtés et L3-L4 gauche, un pincement intersomatique postérieur L5-S1, une fissure de l'anneau fibreux du disque L4-L5 sans protrusion discale associée et une absence de conflit radiculaire.

n) La Dre I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin auprès de X._____SA, a déposé son rapport d'expertise le 19 juillet 2022.

L'experte a retenu les diagnostics de gonalgies gauches, de tendinites du tendon rotulien gauche et de lombalgies basses. Elle a retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire en position assise avec

changement de position possible, sans port de charge. Elle a en outre indiqué que l'assuré souffrait de lombalgies avec symptomatologie de sciatalgies gauches non objectivées par les examens complémentaires, renvoyant au rapport d'IRM du Dr D. _____ du 7 juillet 2022.

o) Par projet de décision du 20 janvier 2023, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2021 au 31 août 2022. Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail entière dès le 6 avril 2020. A l'échéance du délai d'attente d'une année, en avril 2021, son incapacité de travail était toujours complète. En raison du dépôt tardif de la demande (décembre 2020), le droit à la rente ne pouvait prendre naissance que le 1^{er} juin 2021, à savoir six mois après la date du dépôt. Dès le mois de juin 2022, une pleine capacité de travail devait être reconnue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (position assise avec changement de position possible, sans port de charges ; pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de montée et descente d'escaliers et d'échelles). Après comparaison des revenus sans invalidité (56'801 fr. 21) et avec invalidité (64'864 fr. 95), le degré d'invalidité était nul et n'ouvrait donc pas de droit à une rente.

p) Par courrier du 6 février 2023, l'assuré, assisté de Me François Gillard, s'est opposé au projet de décision du 20 janvier 2023.

Par courrier du 31 mars 2023, l'assuré a complété ses objections et a, en substance, reproché à l'OAI une instruction incomplète dans la mesure où ses problèmes de dos n'avaient pas été pris en compte, produisant à l'appui de ses dires le rapport du Dr D. _____ du 7 juillet 2022 et annonçant qu'il venait de se soumettre à une nouvelle IRM.

q) Par décision du 5 mai 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 janvier 2023 et a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2021 au 31 août 2022.

B. **a)** H._____, assisté de Me François Gillard, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 5 juin 2023, concluant, en substance, avec suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière pour une durée indéterminée, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Il a, par ailleurs, requis l'octroi de l'assistance judiciaire, la mise en œuvre d'une expertise médicale et la tenue d'une audience. En résumé, le recourant a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble des atteintes dont il souffrait, plus particulièrement d'avoir ignoré ses problèmes dorsaux. A l'appui de son recours, il a produit un rapport établi le 20 avril 2023 par le Dr N._____, médecin agréé auprès du Service d'orthopédie-traumatologie du Centre hospitalier P._____, indiquant que la consultation du même jour était motivée par une lombo-cruralgie au membre inférieur droit sur hernie discale postéro-latérale L4-L5 droite. Après l'échec d'une infiltration, une option chirurgicale était évoquée, le patient devant prendre le temps d'y réfléchir.

Le 27 juin 2023, le recourant a encore produit un avis de sortie du 12 juin 2023 relatif à une cure de hernie discale L4-L5 droite, intervenue le même jour.

b) Par décision du 3 juillet 2023, la juge instructrice alors en charge du dossier a octroyé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 5 juin 2023, a désigné Me François Gillard en qualité de mandataire d'office et a exonéré le recourant des frais judiciaires et de leur avance.

c) Dans sa réponse du 22 août 2023, l'OAI a indiqué avoir soumis les nouvelles pièces médicales à son Service régional médical (SMR) dont l'avis du 20 juillet 2023, joint à la réponse, concluait que l'état de santé du recourant s'était vraisemblablement modifié depuis l'expertise. L'OAI a ainsi relevé qu'un complément d'instruction sur le plan médical auprès des médecins traitants de l'assuré était nécessaire.

S'agissant de l'avis établi le 20 juillet 2023 par le Dr L. _____ du SMR, il en ressort, en particulier, que l'assuré présentait une nouvelle atteinte sous la forme d'une hernie discale L4-L5 droite entraînant des lombo-cruralgies et un déficit moteur M4 du membre inférieur droit et ayant nécessité une cure chirurgicale le 12 juin 2023. La nouvelle atteinte était antérieure à la décision de l'OAI du 5 mai 2023 puisqu'elle avait déjà été mentionnée dans le rapport du Dr N. _____ du 20 avril 2023 qui précisait « revoir l'assuré » en consultation, ce qui impliquait des symptômes et un suivi, vraisemblablement encore antérieurs. Si l'experte retenait bien des lombalgies avec irradiations sciatalgiques mais sans anomalie l'expliquant sur l'IRM de juillet 2022, il était décrit par le Dr N. _____ des lombo-cruralgies (touchant les niveaux L3 ou L4) et une hernie discale L4-L5 droite, qui n'était pas décrite sur l'IRM de juillet 2022, celle-ci faisant uniquement mention d'une fissure de l'anneau fibreux sans protrusion discale et d'une légère arthrose facettaire à ce niveau. L'état de santé de l'assuré s'était donc vraisemblablement modifié entre l'expertise de juillet 2022 et la décision de l'OAI de mai 2023, celui-ci n'étant pas stabilisé au vu de la cure chirurgicale de hernie discale pratiquée en juin 2023. Le SMR préconisait donc un complément d'instruction médicale.

d) Par courrier du 30 septembre 2023, le recourant a maintenu sa position, en particulier quant à la nécessité d'un complément d'instruction. Etaient notamment joints à cette écriture - outre les rapports des 6 avril et 4 décembre 2020, 31 mai et 21 septembre 2021 figurant déjà au dossier de l'OAI - les pièces suivantes :

- un rapport de consultation établi le 20 janvier 2021 par le Dr G. _____, constatant une évolution défavorable à trois mois de la résection arthroscopique ;
- un rapport établi le 20 juin 2022 par le Dr C. _____, spécialiste en médecine du sport, concluant que le recourant présentait des gonalgies chroniques sur probable syndrome fémoro-patellaire et déconditionnement musculaire global, en plus de troubles morpho-statiques pour lesquels il était suivi par un podologue ;

- un rapport de consultation établi le 13 mars 2023 par le Dr N._____, indiquant qu'une IRM lombaire avait été réalisée révélant une sténose canalaire en L4-L5 avec une hernie discale postéro-latérale du côté droit qui venait comprimer la racine, proposant une infiltration épidurale et relevant qu'en cas d'aggravation neurologique une option chirurgicale devrait être envisagée rapidement ;
- un rapport établi le 16 juin 2023 par le Dr N._____ et un protocole opératoire daté du 20 juin 2023, tous deux relatifs à l'opération chirurgicale intervenue le 12 juin 2023 et consistant en un recalibrage L4-L5 ;
- un rapport de consultation établi le 27 juillet 2023 par le Dr N._____, relatif au suivi post-opératoire.

e) Le 17 octobre 2023, l'OAI a transmis l'avis médical établi le 9 octobre 2023 par le Dr L._____ du SMR, se prononçant sur les différents rapports médicaux produits par le recourant.

f) Le 15 décembre 2023, le recourant a encore produit un rapport médical du 30 novembre 2023 émanant du Centre d'imagerie médicale Q._____ relatif à une IRM du rachis cervical qui a révélé une unco-cervicodiscarthrose pluri-étagée, prédominant en C4-C5, C5-C6 et dans une moindre mesure C6-C7, avec la présence d'un rétrécissement foraminal droit et d'un conflit radiculaire à droite en C4-C5, d'un rétrécissement foraminal bilatéral et d'un conflit radiculaire des deux côtés en C5-C6 mais surtout à droite, et d'un rétrécissement foraminal et d'un conflit radiculaire du côté gauche en C6-C7, un remaniement Modic inflammatoire débutant en C6 et l'absence de myélopathie.

g) Le 18 janvier 2024, l'OAI s'est déterminé, rappelant que le cadre temporel de l'examen du juge était défini par la décision du 5 mai 2023. Il a également produit un avis établi le 12 janvier 2024 par le Dr L._____ du SMR. Celui-ci a relevé que l'atteinte mentionnée dans le rapport du 30 novembre 2023 impliquait vraisemblablement un impact sur

la capacité de travail et des limitations fonctionnelles mais qu'elle était postérieure à la décision attaquée.

C. **a)** Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1^{er} mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci.

b) Le 8 janvier 2025, Me Gillard a produit la liste des opérations effectuées pour le compte de son mandant.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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 interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2022.

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 – 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.

b) En l'occurrence, le début du délai de carence d'une année a été fixé par l'intimé à avril 2020. Le recourant a déposé sa demande de prestations auprès de l'OAI en décembre 2020 et le droit à la rente a pris naissance le 1^{er} juin 2021. C'est donc l'ancien droit qui est applicable au présent cas.

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). 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. 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 LPGGA).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 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 LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude

circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

5. A titre liminaire, il convient de rappeler que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

A l'appui de son recours, le recourant a notamment produit différents documents médicaux relatifs à une opération (cure de hernie discale L4-L5 droite) intervenue le 12 juin 2023. Dans la mesure où ces faits se sont produits postérieurement à la décision attaquée, ils doivent être écartés. Il en va de même du rapport médical du 30 novembre 2023 relatif à une IRM du rachis cervical intervenue le même jour. A cet égard, il

convient encore de relever que les atteintes cervicales révélées par cet examen n'ont été mentionnées dans aucun autre document médical au dossier si bien qu'il faut considérer, à ce stade, qu'elles ont été objectivées, pour la première fois, par l'IRM susmentionnée, c'est-à-dire postérieurement à la décision attaquée.

6. a) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé d'avoir statué en ne tenant pas compte de ses atteintes au dos, en particulier lombaires.

Quant à l'intimé, il admet n'avoir pas tenu compte de ces atteintes et, se référant aux avis de son SMR, estime que l'instruction du dossier doit être complétée.

b) Il ressort des rapports des 13 mars et 20 avril 2023 du Dr N. _____ que le recourant souffrait d'une hernie discale L4-L5 entraînant des lombo-cruralgies et un déficit moteur du membre inférieur droit. Comme l'a relevé le Dr L. _____ dans ses différents avis, ces atteintes ne ressortaient pas de l'expertise de la Dre I. _____ du 19 juillet 2022, sur laquelle l'OAI s'est fondé pour rendre la décision attaquée. L'experte a uniquement retenu des « lombalgies basses », renvoyant au rapport d'IRM du 7 juillet 2022, qui objectivait, pour sa part, une légère arthrose facettaire et une fissure de l'anneau fibreux du disque L4-L5 sans protrusion discale. Or les atteintes constatées par le Dr N. _____ constituent une aggravation par rapport à celles retenues par l'experte, comme l'a admis le Dr L. _____ dans ses différents avis. En outre, le recourant a indiqué qu'il avait subi une nouvelle IRM. Toutefois, il ne ressort pas clairement des pièces produites à quelle date le recourant aurait été soumis à cet examen et si tel a véritablement été le cas. Comme l'a souligné le Dr L. _____ dans ses avis des 20 juillet et 9 octobre 2023, on ignore si le Dr N. _____ a procédé à la réinterprétation de l'IRM du 7 juillet 2022 ou s'il s'est fondé sur une nouvelle IRM pour établir son diagnostic. Quoi qu'il en soit, les atteintes lombaires ou leur aggravation sont antérieures à la décision attaquée si bien qu'il incombait à l'OAI d'instruire ce point avant de rendre sa décision.

c) Au vu de ce qui précède, la situation médicale du recourant n'a pas été entièrement instruite par l'intimé, qui a, par conséquent, statué en méconnaissance de l'état de santé global du recourant, des limitations fonctionnelles en découlant éventuellement et de sa capacité résiduelle de travail. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. La décision attaquée doit donc être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

7. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale. Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'y donner suite.

Il a en outre requis la tenue d'une audience afin de pouvoir s'exprimer. S'agissant de la tenue de débats publics, il est relevé que, dans le cas où il est saisi d'une telle demande, le juge doit en principe y donner suite. Il peut cependant s'en abstenir lorsque la demande est abusive, lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien fondé, ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 136 I 279 consid. 1 ; Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 16 ad art. 61 LPGA). En l'occurrence, vu l'issue du litige, il peut être renoncé à la mise en œuvre de tels débats.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 5 mai 2023 par l'intimé annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation 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 mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant 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 2'000 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 intégralement à la charge de l'intimé. Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire, si bien qu'il peut être renoncé à fixer plus précisément le montant de l'indemnité d'office.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 5 mai 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à celui-ci pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- 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 H. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me François Gillard (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 :