

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 340 vom 13. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__340

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 340 du 13 juin 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 340 del 13 giugno 2022

Regeste

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ | 28 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.06.2022 Arrêt / 2022 / 340

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ | 28 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 194/21 - 182/2022 ZD21.021153 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 13 juin 2022 _____ Composition : Mme Dessaux , présidente
Mmes Gabellon et Silva, juges assesseures Greffière: Mme Berseth ***** Cause
pendante entre : Q. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à
Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD
, à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI ; art. 88a
al. 1 RAI E n f a i t : A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], est arrivé en Suisse en 1986, par regroupement familial, avant d'obtenir la nationalité suisse en 2008. Il a suivi l'école obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans, puis a débuté la vie active, d'abord comme plongeur puis dans le cadre de différentes activités, telles que celles d'ouvrier, aide-mécanicien, garnisseur-matelassier, tapissier industriel. Il a travaillé en dernier lieu comme ouvrier pour le compte de l'entreprise J. _____ depuis l'année 2010. L'assuré a présenté une incapacité de travail de 100% dès le 17 avril 2002 en raison de troubles lombaires, qui ont conduit à une cure chirurgicale de hernie discale L5-S1 en décembre 2002. A l'initiative de son assureur perte de gain maladie, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 mars 2003, qu'il a retirée le 3 novembre 2003. L'assuré a depuis lors gardé des douleurs rachidiennes récurrentes, qui restaient toutefois supportables, jusqu'à la survenance en 2016 d'un nouvel épisode aigu, ayant provoqué une nouvelle incapacité totale de travail dès le 9 décembre 2016. Une IRM de la colonne lombaire du 10 janvier 2017 a mis en évidence une discopathie L5-S1, avec hernie discale paramédiane droite, subluxée vers le bas et entrant vraisemblablement en conflit avec la racine S1. Le 29 juin 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif qu'il souffrait d'une hernie discale et de troubles psychiques. Le même jour, l'OAI est entré en possession de pièces médicales provenant de l'assureur perte de gain, à savoir : - un rapport du 10 février 2017 du Dr S. _____, médecin traitant, retenant les diagnostics de hernie discale paramédiane droite, subluxée vers le bas, et de « F33.2 » (sic), induisant une incapacité de travail dès le 9 février 2017, - un rapport du 4 mai 2017 de la Dre W. _____ et de O. _____, respectivement spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie, et psychologue FSP au D. _____ (ci-après : D. _____), attestant une totale incapacité de travail due à un épisode dépressif moyen (F32.1) et précisant que les dorsalgies avaient un impact non négligeable sur la capacité de travail, « de par la douleur et le handicap fonctionnel mais également de par le lien avec les symptômes dépressifs », - un rapport d'expertise du 9 juin 2017 du Dr M. _____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, lequel a confirmé la présence d'une lombo-sciatique S1 droite algoparesthésiante, en relation avec une hernie discale L5-S1 paramédiane droite luxée vers le bas. L'assuré bénéficiant d'un suivi au plan psychique, le Dr M. _____ a préconisé une annonce à l'assurance-invalidité, la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique ainsi qu'une prise en charge spécialisée en rhumatologie ou en neurochirurgie. Il a attesté une totale incapacité de travail en tant qu'ouvrier d'usine ainsi que dans toute autre activité. Le 15 août 2017, le Dr N. _____, spécialiste en neurochirurgie, a procédé à une cure de la hernie discale, par laminectomie lombaire L5-S1. Le 1^{er} septembre 2017, J. _____ a fait savoir à l'OAI qu'elle avait résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 août 2017, dans le cadre de licenciements collectifs liés à la fermeture de son site de production. L'employeur a précisé que l'assuré travaillait 43 heures par semaine, pour un salaire annuel de 67'769 fr. dès le 1^{er} février 2015. L'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure de réadaptation professionnelle sous forme d'un coaching. Dans une proposition de décision de principe du 6 novembre 2017, le spécialiste en réadaptation de l'OAI a indiqué que l'état de santé psychique de l'assuré ne lui permettait pas de suivre une telle mesure, à laquelle il avait été mis fin, sur la base d'un courriel de la Dre W. _____ donnant suite à la demande de renseignement de l'OAI du 14 novembre 2017. Le 18 décembre 2017, le Dr S. _____ a complété un questionnaire de l'OAI et posé les diagnostics de hernie discale L5-S1 et de « F33.2 » (sic) depuis janvier 2017, impliquant des difficultés à marcher et à se pencher, une impossibilité de rester assis plus d'une heure avant de devoir se coucher et une perte de sensibilité jambière. Le médecin traitant a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 9 décembre 2016. Dans un rapport du 13 avril 2018 à l'OAI, la Dre W. _____ et la psychologue O. _____ ont retenu les diagnostics incapacitants de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) dans le contexte d'un deuil pathologique (décès du père des suites d'un cancer) et de réapparition des dorsalgies, provoquant une totale incapacité de travail dans toute activité. Le 30 juillet 2018, l'assureur perte de gain maladie a mis fin au versement de ses prestations, estimant que, dès cette date, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans son métier de base. Le 23 août 2018, l'OAI est entré en possession d'un rapport du 12 janvier 2018 du Dr F. _____, spécialiste en neurochirurgie, sollicité par le Dr S. _____ dans le cadre d'un second avis quant à l'indication d'une prise en charge chirurgicale des lombosciatalgies récidivantes. Le Dr F. _____ a indiqué qu'il y avait un échec total de la seconde opération pour hernie discale L5-S1 droite, que face au handicap subi par l'assuré, tout semblait indiquer qu'il faudrait lui proposer une nouvelle opération, tel que l'avait fait de Dr N. _____, mais qu'il n'y avait selon le neurochirurgien pas suffisamment d'arguments en faveur d'une ré-exploration L5-S1 ou d'une spondylodèse, compte tenu notamment des risques inhérents à de telles interventions (absence de résultats voire aggravation secondaire). Dorénavant représenté par Me Olivier Carré, l'assuré a notamment transmis à l'OAI un rapport du 27 novembre 2018 de la Dre W. _____ et de la psychologue O. _____, dont il ressortait qu'il souffrait d'un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) ayant évolué vers un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Ces praticiennes ont précisé que les fortes dorsalgies

l'entravaient de manière importante dans son quotidien et avait un impact majeur sur son état de santé psychique, engendrant beaucoup d'inquiétudes sur son propre état de santé et son avenir professionnel, l'ensemble de ces éléments conduisant à une totale incapacité de travail, dans toute activité. Dans un avis du 19 février 2019, le Dr V. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que l'assuré présentait une situation très défavorable au plan somatique, avec des lombalgies/lombosciatalgies chroniques réfractaires, qu'il fallait considérer comme « Failed Back Surgery Syndrome » (ci-après : FBSS). Faisant état d'un pronostic vraisemblablement très réservé, le Dr V. _____ a reconnu une incapacité de travail de 100% dans toute activité depuis le 9 décembre 2016 et a souligné la nécessité de compléter l'instruction par l'interpellation du D. _____ et du médecin traitant. Répondant à un questionnaire de l'OAI le 6 mars 2019, le Dr S. _____ a indiqué que l'évolution de la problématique lombaire était défavorable depuis son dernier rapport, que son patient n'avait pas récupéré de capacité de travail en raison de difficultés à la marche, de blocages du dos, de l'impossibilité de se pencher et de ses problèmes de dépression. Dans un avis du 26 mars 2019, le Dr V. _____ a estimé qu'il existait indéniablement une atteinte dégénérative lombaire à propos de laquelle on ne disposait pas de données objectives, le médecin traitant se limitant à affirmer que son patient ne pouvait pas travailler, et le D. _____ concluant à un épisode dépressif sévère sans que les données anamnestiques et la médication en cours ne permettent de confirmer ce degré de gravité. Le Dr V. _____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie, avec évaluation des capacités fonctionnelles, expertise dont le mandat a été confié à la L. _____ (ci-après : L. _____). Dans un rapport du 9 avril 2019 au SMR, la Dre W. _____ et la psychologue O. _____ ont indiqué que l'état de santé psychique de leur patient s'était péjoré depuis leur précédent rapport du 13 avril 2018 et que le trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) avait évolué vers un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), induisant une totale incapacité de travail. En sus de la symptomatologie décrite dans le rapport précédent étaient signalées des velléités suicidaires passives sans scénario, avec le sentiment de ne plus arriver à faire face à sa vie et n'y trouvant plus de sens, ainsi que la perception d'une présence et parfois d'un ricanement d'enfant ou de femme, lorsqu'il se trouvait seul. Par décision du 6 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande d'assistance juridique gratuite formulée par l'assuré, refus qui a été confirmé par la Cour de céans dans un arrêt du 9 août 2019. Dans un rapport d'expertise consensuel du 24 octobre 2019, les Drs Z. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, ont retenu les diagnostics de lombosciatalgies gauches (M54.5), de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, depuis octobre 2016 (F43.21), qui a évolué en dysthymie dès octobre 2018 (F43.1), de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), d'obésité de grade II selon l'OMS (E66.9), de probable reflux gastro-oesophagien (K21.9) et de migraines (G43.9). Se déterminant sur les questions de l'OAI, les experts de la L. _____ se sont prononcés comme suit : « Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici En raison de l'opération de hernie discale, il existe des limitations en termes de port de charges au-delà de 5 kg de façon répétée, la nécessité d'un emploi permettant le changement de positions une fois par heure, et d'éviter les positions en porte-à-faux du rachis. La capacité de travail dans une activité lourde de tapissier ou aide-mécanicien est nulle, et ce dès décembre 2016. Dans une activité respectant ces limitations, comme celle

qu'il a exercée avant l'intervention dans le domaine des pierres précieuses par exemple, la perte de rendement est de l'ordre de 20 % sur un taux horaire de 100 % et ce également depuis décembre 2016. Il n'existe et il n'y a eu aucune incapacité de travail liée aux troubles psychiques. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré La dernière activité exercée comme ouvrier dans le domaine des pierres précieuses est considérée comme adaptée, avec une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 %. Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail Au plan somatique l'assuré a déjà épuisé toutes les mesures médicales, ayant bénéficié d'une prise en charge maximale. Aucune intervention n'est susceptible d'améliorer le pronostic d'évolution, en particulier une intervention de spondylodèse, qui a fait l'objet d'une évaluation spécialisée neurochirurgicale qui n'a pas retenu l'indication à un tel geste. Au plan psychiatrique, les mesures médicales entreprises sont adaptées et bien conduites ». Le 27 novembre 2019, l'assuré a transmis à l'OAI un courrier adressé par le Dr S. _____ à son mandataire le 19 novembre 2019, dans lequel le médecin traitant se disait surpris des conclusions de l'expertise L. _____ s'agissant de la capacité de travail de son patient, qu'il estime « perdu pour le monde du travail », compte tenu de ses douleurs persistantes au niveau lombaire, son trouble statique, ses difficultés à marcher causées par une paresthésie du talon et des orteils, ses cervicalgies irradiant dans les membres supérieurs, ses céphalées persistantes liées aux douleurs chroniques et son état dépressif sévère. Dans un avis du SMR du 13 janvier 2020, le Dr B. _____ s'est déterminé au sujet du rapport d'expertise de la L. _____ en ces termes : « Cette expertise présente tous les critères formels de qualité, et elle est bien documentée et argumentée. Nous émettons essentiellement une réserve, relative à la dernière activité d'ouvrier-opérateur de production exercée par l'assuré (Rapport employeur J. _____, GED 01.09.2017), décrite comme impliquant une station debout prolongée et le port de charge (0-10 kg), et peu compatible avec les limitations fonctionnelles retenues. Pour le reste, nous faisons nôtres les conclusions des experts. Nous retenons donc la CT [capacité de travail] nulle dans l'activité habituelle (dernière activité d'ouvrier-opérateur de production et dans une activité lourde de tapissier-industriel ou aide-mécanicien) et une CT de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précitées, et ce depuis décembre 2016. La seconde opération du rachis a été effectuée le 15.08.2017. Il n'y a pas de description de l'évolution du status clinique dans le dossier depuis janvier 2018. Les constats d'examen clinique ostéo-articulaire faits lors de l'expertise en septembre 2019 sont compatibles avec une aptitude à la réadaptation, et son début est ainsi établi à cette échéance ». Les 17 et 22 janvier 2020, l'assuré a contesté les conclusions de l'expertise de la L. _____. Il a produit un rapport du 19 décembre 2019 de la Dre W. _____ et de la psychologue O. _____, lesquelles confirmaient le diagnostic d'épisode dépressif sévère compte tenu de l'intensité des symptômes, des idées suicidaires ainsi que du score de 39/60 obtenu sur l'échelle MADRS, et indiquaient que les manifestations hallucinatoires acoustiauditives étaient autant de caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur. L'assuré a également produit un rapport du 17 janvier 2020 du Dr B.C. _____, lequel remettait en cause les conclusions de l'expertise aux plans somatique et psychique, et préconisait une nouvelle évaluation pluridisciplinaire respectant notamment les réquisits jurisprudentiels (TF 9C_492/2014) et les Directives sur les expertises rhumatologiques de la Société Suisse de Rhumatologie. Dans un avis du 5 février 2020, le Dr B. _____ s'est déterminé sur les rapports médicaux produits par le recourant et a conclu au maintien de ses conclusions antérieures. Par projet de décision du 26 février 2020, l'OAI a signifié à l'assuré son

intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1^{er} décembre 2017 au 30 novembre 2019. S'il a admis que l'activité habituelle d'opérateur de production n'était plus exigible, l'office a estimé que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de septembre 2019, impliquant la suppression de sa rente d'invalidité au 30 novembre 2019, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. Par communication du même jour, l'OAI a proposé à l'assuré une mesure d'aide au placement, à laquelle l'intéressé a renoncé le 30 mars 2020. Par courrier du 4 mai 2020, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision précité et a transmis un certificat médical du Dr S. _____ se disant surpris de la suppression de la rente d'invalidité au 30 novembre 2019 alors qu'aucune amélioration n'avait été constatée à cette période. L'assuré a également produit un courriel du 30 avril 2020 de la psychologue O. _____, annonçant un prochain bilan neuropsychologique ainsi qu'un conseil avec d'autres intervenants du D. _____. Il a requis l'octroi d'un délai pour compléter le dossier médical, demande qu'il a réitérée à plusieurs reprises durant l'année 2020. Par courrier du 1^{er} mars 2021, l'assuré a produit à l'OAI un lot de pièces, parmi lesquelles : - un rapport d'évaluation neuropsychologique du 29 juillet 2020 de C. _____, neuropsychologue au D. _____, retenant des performances très inférieures à la norme pour l'ensemble des épreuves mesurant le fonctionnement mnésique et attentionnel, et relevant un investissement cliniquement fluctuant lors de l'évaluation, la présence d'incohérences au sein du profil cognitif, une disparité entre le fonctionnement au quotidien et les résultats aux tests ainsi que les épreuves et indices de validation de symptômes, le tout parlant en faveur d'un effort suboptimal lors de l'évaluation, - un rapport du 30 novembre 2020 des Drs T. _____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine de la douleur, et R. _____, spécialiste en anesthésiologie à U. _____, retenant le diagnostic de syndrome post-laminectomie lombaire (M96.1) ou FBSS, avec des douleurs neuropathiques, pour lesquelles les médecins proposaient une infiltration épidurale inter-laminaire lombaire et la pose d'un neurosimulateur médullaire, - un rapport d'IRM lombaire du 3 décembre 2020 retenant les conclusions suivantes : « L5-S1 : status post-laminectomie droite. Pincement intersomatique marqué avec une petite composante de protrusion herniaire paramédiane à récessale droite discrètement migrée vers le bas. Le canal sans rétrécissement majeur. Présence par contre d'une importante altération cicatricielle récessale englobant la racine S1, cette dernière marginalement au contact avec la récurrence herniale. Au niveau foraminaux, pas de rétrécissement relevant tant à droite qu'à gauche. On retrouve un certain degré d'arthrose postérieure surtout du côté droit », - un rapport du 25 février 2021 du Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui s'est notamment exprimé en ces termes : « Problématique actuelle Elle se définit donc par celle d'insuffisance fonctionnelle segmentaire sévère du segment L5/S1. Le neurochirurgien propose la prise en charge de cette affection. Il préconise, afin de palier à l'insuffisance sévère du disque L5/S1, de bloquer chirurgicalement ce segment. Il s'agit d'une spondylodèse L5/S1. Divers documents mis à disposition ne retiennent pas ce diagnostic. On nomme celui de syndrome post laminectomie et celui de failed back surgery syndrome. Ces deux diagnostics ne sont pas, à mon sens, retenus. Pour le premier, existe une question de vocabulaire. En effet, une laminectomie, au sens usuel du chirurgien de la colonne vertébrale dans le cadre du traitement de hernie discale, consiste en une laminectomie partielle. L'ablation complète de la lame de la vertèbre ne s'impose pas. Comme le montre, en effet, l'imagerie du 03.12.20, les articulations postérieures sont intactes. Ce qui signifie qu'une laminectomie complète n'a

pas été effectuée. Une chirurgie usuelle a donc été réalisée. Il n'existe donc pas, ce qui semblerait être sous-entendu, d'instabilité L5/S1 liée au geste chirurgical. Elle est uniquement liée à la maladie du disque L5/S1. Pour le second, ce terme anglo-saxon n'a pas sa place au stade évolutif actuel de la maladie discale L5/S1. La pathologie actuelle n'a pas été prise en charge chirurgicalement. Il existe encore des solutions chirurgicales, usuelles, à cette fréquente problématique d'insuffisance segmentaire sévère. La spondylodèse en est une. En conclusion, le diagnostic actuel est celui d'insuffisance fonctionnelle sévère du segment L5/S1 depuis octobre 2017. L'état de santé de M. Q. _____ n'est pas stabilisé. Les douleurs consécutives ne sont pas jugulées de façon suffisante. Ce qui entraîne ainsi une incapacité de travail complète. Comme l'évolution ultérieure l'a montré, l'évaluation neurochirurgicale de l'année 2018, tendant à déconseiller une spondylodèse, n'est plus d'actualité. Une prise en charge chirurgicale est recommandée ». Le 2 mars 2021, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un courriel adressé par la psychologue O. _____ à son mandataire, dont il ressort que le colloque d'équipe annoncé le 30 avril 2020 n'avait pas fait ressortir d'éléments psychopathologiques ou de diagnostics autres que ceux mentionnés le 19 décembre 2019. Le 25 mars 2021, l'OAI a fait savoir à l'assuré que, de l'avis du SMR du 24 mars 2021, le rapport du Dr X. _____ n'apportait pas d'éléments objectifs permettant de retenir une aggravation significative de son état de santé. Estimant que l'instruction au plan médical était complète, l'office a annoncé qu'il rendrait une décision confirmant son projet de décision du 26 février 2020. Par décision du 14 avril 2021, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1^{er} décembre 2017 au 30 novembre 2019. L'office a retenu que, dès le mois de septembre 2019, l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir toute activité ne nécessitant pas le port de charges de plus de 5 kg de façon répétée ni les positions en porte-à-faux du rachis, et permettant le changement de positions une fois par heure. L'OAI a fixé le revenu que l'assuré aurait perçu en 2019 sans atteinte à la santé à 68'448 fr. 38. Quant au revenu d'invalidité qu'il était en mesure de gagner dès octobre 2019 à la faveur de la reprise d'une activité adaptée à 100 %, l'OAI l'a arrêté à 60'968 fr. 70, compte tenu d'un taux d'abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Procédant à la comparaison de ces revenus, l'OAI est parvenu à la conclusion que l'assuré subissait un préjudice économique de 10,93 %, insuffisant pour maintenir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, hormis une aide au placement. Au titre des exemples d'activités adaptées, l'OAI a cité les travaux simples répétitifs dans le domaine industriel, tels que le montage, le contrôle, la surveillance d'un processus de production et ouvrier à l'établi ou dans le conditionnement. B. Par acte du 17 mai 2021, Q. _____, toujours représenté par Me Olivier Carré, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 14 avril 2021, dont il a conclu, principalement, à la réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période courant dès le 1^{er} décembre 2019, sans limite dans le temps, et, subsidiairement, à l'annulation suivi du renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Le recourant conteste en substance l'existence d'éléments susceptibles d'objectiver une amélioration de son état de santé en fin d'année 2019, a fortiori « subite et massive ». Il soutient que les différents médecins consultés, s'ils divergent sur l'opportunité d'une nouvelle intervention chirurgicale, tendent à démontrer une péjoration, aux plans tant somatique que psychique. Remettant en cause la valeur probante du rapport d'expertise de la L. _____, insuffisamment motivé en ce qu'il écarte les avis des médecins traitants, le recourant le considère en outre trop ancien pour trancher la question litigieuse dans une

situation évoluant défavorablement. Le recourant estime qu' « a minima conviendrait-il, dès lors, d'organiser une expertise, discriminante (sic), plus neutre que celle de la L. _____, si possible sous l'autorité de la Cour de céans ». Il s'étonne en outre de ne pas avoir été mis au bénéfice de mesures de réadaptation, dès lors que, reconnu totalement inapte à l'exercice de son ancienne activité, il paraît difficile à croire qu'il ne présente pas une invalidité minimale de 20 % donnant droit à de telles mesures. A l'appui de sa contestation, le recourant a notamment transmis un rapport de la Dre H. _____, spécialiste en médecine de la douleur, en neurochirurgie et en chirurgie spinale auprès de U. _____ ainsi qu'un rapport du 11 mai 2021 de la Dre W. _____ et la psychologue O. _____, confirmant une totale incapacité de travail dans toute activité. Par réponse du 5 juillet 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Par réplique du 12 août 2021, le recourant a transmis un lot de pièces médicales provenant de U. _____, dont il ressort en substance qu'il s'est vu implanter des électrodes intraspinales pour une stimulation médullaire, lesquelles avaient été retirées le 21 juin 2021 faute d'amélioration. Le recourant a en outre réitéré sa demande d'expertise, au vu des divergences d'opinions entre les différents médecins consultés et du caractère particulièrement délicat de sa situation. Par duplique du 30 août 2021 fondée sur un avis du SMR du 24 août 2021, l'intimé a maintenu ses conclusions, estimant que les nouvelles pièces médicales produites par le recourant n'apportaient pas d'éléments nouveaux relatifs à la période courant jusqu'à la décision entreprise. Dans des déterminations du 24 septembre 2021, le recourant a réclamé une nouvelle fois la mise en œuvre d'une expertise. Il a remis en cause les spécialisations des médecins de la L. _____ désignés pour l'expertise et s'est étonné qu'on remette en question ses douleurs, pourtant bien connues. 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. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période courant au-delà du 30 novembre 2019. Se pose singulièrement la question de savoir si son état de santé a connu une amélioration – dès le mois de septembre 2019 (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], cf. consid. 3d infra) – conduisant à une modification notable de son taux d'invalidité permettant de réviser la rente entière qui lui était accordée depuis le 1^{er} décembre 2017, dans le sens de sa suppression dès le 1^{er} décembre 2019. 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) Selon la jurisprudence, les affections psychosomatiques, les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Il convient d'abord que soit posé par un expert un diagnostic s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). . c) 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). d) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Les dispositions régissant la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA

s'appliquent par analogie dans l'octroi rétroactif d'une pension progressive ou temporaire (ATF 133 V 263 consid. 6.1 et les références citées). Dans ce cas, le constat d'une modification déterminante doit intervenir entre les faits existant à la date d'ouverture du droit à la rente et la date de la modification du droit, en application de l'art. 88a RAI (TF 8C_132/2020 du 18 juin 2020 consid. 4.2.2 et les références citées). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

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 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. Dans le cas d'espèce, l'OAI a fondé sa décision sur le rapport d'expertise de la L. _____ et l'analyse par le SMR des différentes pièces médicales au dossier, pour retenir que le recourant a présenté une totale incapacité de travail dès le 9 décembre 2016, avant de retrouver, dès le mois de septembre 2019, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir les activités n'imposant pas le port de charges de plus de 5 kg de façon répétée ni les positions en porte-à-faux du rachis, et permettant le changement de positions une fois par heure. De son côté, le recourant conteste que le rapport d'expertise de la L. _____ puisse se voir reconnaître une valeur probante et soutient qu'il présente toujours, même au-delà du mois de septembre 2019, des atteintes somatiques et psychiques induisant une totale incapacité de travail.

a) A l'examen des rapports d'expertise de la L. _____ (rapport rhumatologique du 11 septembre 2019, rapport psychiatrique du 12 septembre 2019 et rapport consensuel du 24 octobre 2019), on constate que les Drs G. _____, Z. _____ et K. _____ se sont prononcés en pleine

connaissance du dossier médical du recourant, notamment radiologique, selon les lignes directrices édictées par la Société suisse de rhumatologie, et sur la base d'une anamnèse complète. Ils ont procédé à des examens cliniques détaillés et tenu compte les plaintes exprimées par l'intéressé. Le Dr K. _____ a notamment fait application des indicateurs fixées par la jurisprudence fédérale s'agissant de l'évaluation des répercussions des troubles psychiatriques ou psychosomatiques sur la capacité de travail (cf. consid. 3b supra). Les conclusions des experts, prises sur la base d'une description claire du contexte médical et d'une étude circonstanciée des points litigieux, sont bien motivées, de sorte qu'elles satisfont aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra). b) C'est en vain que le recourant entend remettre en cause dite valeur probante par la durée, selon lui trop brève, des examens cliniques pratiqués par les Drs Z. _____ et K. _____. Le Tribunal fédéral considère en effet qu'un entretien de courte durée entre l'expert et l'expertisé n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas (TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Le recourant ne saurait non plus se prévaloir du fait que l'expertise a été diligentée par deux médecins au bénéfice de spécialisations identiques, les Drs G. _____ et Z. _____ étant tous deux spécialistes en médecine interne générale et en rhumatologie. Ces médecins pouvant se prévaloir d'une double spécialisation, ils sont intervenus, pour la première, en lien avec le volet de médecine interne, et pour le second, en lien avec le volet de rhumatologie. Compte tenu de la contribution du Dr K. _____ au plan psychiatrique, l'expertise a ainsi couvert les trois pans requis par le Dr V. _____ dans son avis du 26 mars 2019, mandat qu'il appartenait au recourant de contester d'emblée s'il avait des griefs à formuler, ce qu'il n'a pas fait. On rappellera à ce stade que les SMR évaluent les conditions médicales du droit aux prestations et qu'ils sont libres dans le choix de la méthode appliquée dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'OFAS (art. 49 al. 1 RAI). Par ailleurs, selon la jurisprudence, il incombe au centre d'expertise d'examiner si la liste des disciplines médicales proposée par l'OAI doit être modifiée, les disciplines choisies par le centre ne pouvant être contestée ni par l'office AI ni par l'assuré, qui doivent accepter la décision prise par le centre d'expertise après l'examen requis (ATF 139 V 349 consid. 3.3). En l'occurrence, la L. _____ n'a pas jugé nécessaire de recourir aux compétences d'un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique. N'est en tous les cas pas relevant l'argument du recourant selon lequel les problématiques liées aux interventions chirurgicales relevaient plutôt de la compétence d'un chirurgien orthopédique spécialiste de la colonne vertébrale ou d'un neurochirurgien : le litige porte en effet sur les capacités fonctionnelles de l'assuré et leurs répercussions sur sa capacité de travail et de gain, et non sur le succès de traitements antérieurs ou l'exigibilité de traitements futurs. Comme le relève le recourant dans ses déterminations du 24 septembre 2021, c'est d'ailleurs en lien avec une telle exigibilité que les Drs F. _____ et X. _____ ont été consultés. Enfin, ne suffit pas non plus à exclure d'office le caractère probant de l'expertise de la L. _____ le fait qu'elle a été réalisée en 2019, soit environ un an et demi avant la décision litigieuse. Il devra en revanche être examiné ci-après si les pièces versées au dossier dans l'intervalle mettent en lumière des éléments déterminants qui auraient été ignorés des experts et qui conduiraient à une solution différente au niveau du droit aux prestations du recourant. Au vu des considérations qui précèdent, force est de constater que le recourant n'apporte aucun élément susceptible de remettre en cause au plan formel la valeur probante de l'expertise réalisée par la L. _____. 6. a) Sur le plan somatique, l'assuré connaît de longue date des troubles au niveau lombaire. Opéré une première fois

d'une hernie discale L5-S1 en décembre 2002, il a bénéficié d'une amélioration qui, malgré la persistance de douleurs, lui a permis de recouvrer une pleine capacité de travail dès la fin 2003. Souffrant d'une recrudescence des symptômes en 2016, il a présenté une totale incapacité de travail dès le 9 décembre 2016 et a subi une nouvelle cure de hernie discale L5-S1 le 15 août 2017, pratiquée par le Dr N._____. Il a été indemnisé par l'assureur perte de gain maladie de son employeur jusqu'au 30 juillet 2018, date à partir de laquelle l'assureur a considéré qu'il avait récupéré une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle. Toujours en proie à des douleurs, le recourant s'est adressé à différents spécialistes, singulièrement dans le but de déterminer la nature de la prise en charge à venir et l'opportunité d'une nouvelle intervention chirurgicale. Les éléments au dossier ne permettant pas au SMR de se déterminer sur les conséquences des troubles lombaires sur la capacité de travail et de gain, le recourant a dû se soumettre à une expertise pluridisciplinaire, comprenant un volet de rhumatologie. b) A l'issue de son examen clinique du 11 septembre 2019 et après avoir fait procéder à une évaluation des capacités fonctionnelles par un physiothérapeute la veille, le Dr Z._____ a retenu le diagnostic de lombosciatalgies gauches (M54.5). L'expert a observé un comportement extrêmement démonstratif, le recourant se déplaçant avec une boiterie caricaturale gauche et adoptant un comportement douloureux constant tout au long de l'examen clinique. Cette attitude avait tranché avec le comportement en cours d'entretien, où l'assuré était demeuré assis 45 minutes, concentré, sans corriger sa position et sans démontrer d'inconfort ni de douleurs. Le Dr Z._____ a mis en lumière plusieurs discordances et autolimitations, notamment à l'épreuve de la jambe tendue, sanctionnée par des résultats foncièrement opposés, selon qu'elle était effectuée en position assise ou couchée (extension à 80% sans peine assis, contre 30% couché, en raison d'une douleur annoncée comme insupportable, alors que l'assuré avait ensuite étrangement adopté une position assise avec les jambes tendues une fois l'examen terminé), et à la mesure de la force de préhension, non reproductible, s'élevant au maximum à 16 kg à droite contre 22 kg à gauche, avec des tremblements importants. Le recourant s'était également montré théâtral au test de la marche sur la pointe des pieds et les talons, qu'il avait effectuée à très petits pas et avec maladresse. Selon l'expert, l'ensemble des douleurs signalées par l'assuré, entrant dans le cadre d'un syndrome d'extension, était aspécifique et rien n'orientait vers une maladie générale. Le Dr Z._____ a encore relevé que lors de l'entretien, le recourant avait répondu sans hésiter par la négative à la question de savoir s'il se sentait apte à exercer une activité rémunérée, estimant avoir perdu ses forces et sa santé après l'intervention du 15 août 2017, avant de préciser que sa dépression était pire que les problèmes lombaires, bien que le tout forme un ensemble. Dans le cadre de l'analyse de la cohérence, le Dr Z._____ a indiqué que l'examen de l'uniformité des limitations dans les différents domaines de la vie du recourant était perturbé du fait que l'intéressé avançait continuellement la douleur comme obstacle à la moindre activité, la quantifiant à 10 sur 10 sur l'échelle des valeurs EVA au moment de l'entretien d'expertise, et la considérant comme amplifiée par la moindre sollicitation mécanique. L'expert a estimé qu'il existait manifestement une rupture du continuum radioclinique, l'assuré présentant des signes de Waddell, absent du tableau décrit par le Dr M._____ le 9 juin 2017. L'assuré adoptait un comportement douloureux, caricatural, et manifestait sa douleur pour des stimuli non nociceptifs, voire en dehors de toute stimulation. Le conflit disco-radiculaire S1 gauche présent sur l'IRM préopératoire de 2017 n'apparaissait plus sur l'IRM postopératoire, qui ne mettait en évidence que le sac herniaire sans réel conflit. La recherche d'un syndrome irritatif lors que l'examen clinique avait fait « chou blanc », tout comme le test de Lasègue,

qui devait être considéré comme négatif. Le Dr Z. _____ a également remarqué la bonne préservation des disques inter-vertébraux au-dessus de l'étage concerné et les très faibles altérations dégénératives en L5-S1. Dans le cadre de l'appréciation des ressources résiduelles, l'expert a relevé que le recourant pouvait se rendre quotidiennement dans un établissement public, voyager, se rendre une à deux fois par an en [...] en avion ; il disposait également d'une voiture, qu'il utilisait pour de courtes distances. Toutefois, lorsqu'il avait tenté d'obtenir des précisions sur les activités réelles, le Dr Z. _____ avait fait face à un assuré se retranchant derrière des troubles de la concentration et un état dépressif. Enfin, l'expert rhumatologue a relevé que le recourant avait collaboré de manière trop partielle à l'évaluation des capacités fonctionnelles pour que le test débouche sur un niveau de performance correspondant à celui qu'il était réellement capable d'atteindre en milieu économique. Son score de 0 réalisé au test PACT donnait à penser qu'il ne pouvait s'employer à aucune activité, rémunérée ou non : l'assuré s'autolimitait systématiquement en mettant fin à la tâche avant même que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. Tous ces éléments démontraient bien la pauvreté de l'effort consenti, et une volonté insuffisante de donner le maximum. Le niveau de cohérence était si faible qu'il ôtait toute pertinence à l'évaluation des capacités fonctionnelles. A l'issue de son appréciation, le Dr Z. _____ a estimé qu'en raison de ses atteintes rhumatologiques, le recourant devait éviter le port de charges excédant 5 kg de manière répétée et le travail en porte-à-faux du rachis, et devait privilégier les activités permettant le changement de positions une fois par heure, et que, moyennant respect de ces limitations fonctionnelles, il pouvait travailler à 100 % avec une minime perte de rendement, de l'ordre de 20 %, y compris dans son activité habituelle. c) Le recourant conteste cette appréciation, en particulier le fait que son état de santé a connu une amélioration dès le mois de septembre 2019. Il estime que l'avis du Dr Z. _____ ne prend pas correctement en compte ses atteintes à la santé et n'explique pas de manière suffisamment motivée les raisons pour lesquelles il s'est écarté de l'avis de ses médecins traitants. Il considère en outre que l'appréciation de l'expert rhumatologue n'intègre pas les aggravations intervenues depuis 2019. Force est toutefois de constater que le dossier en mains du tribunal ne comprend aucun élément de nature à remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr Z. _____. Toutes les pièces médicales présentes au dossier au moment de l'expertise ont été prises en compte par le Dr Z. _____ et intégrées dans l'appréciation qui a conduit à ses conclusions, et les rapports ultérieurs à l'expertise n'apportent pas d'éléments nouveaux déterminants. En particulier, les rapports des Drs F. _____, T. _____, R. _____ et X. _____ versés au dossier durant la procédure d'instruction de l'OAI ne sont de nature à remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr Z. _____. Ces spécialistes, avant tout consultés dans le cadre d'un second avis sur la question de l'opportunité d'une nouvelle intervention chirurgicale, ne se sont pas prononcés de manière circonstanciée sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. Ainsi, le Dr F. _____ a évoqué un échec de cure de hernie discale en 2017 et s'est montré réservé quant à une nouvelle intervention par spondylodèse. Son observation selon laquelle il risquait d'y avoir « beaucoup de problèmes sur le plan professionnel » puisque l'assuré ne travaillait plus depuis un an et que son entreprise avait entretemps fermé ses portes, ne repose pas sur des considérations médicales et ne saurait donc être considérée comme une évaluation pertinente de la capacité de travail (cf. rapport du 12 janvier 2018). Les Drs T. _____ et R. _____ ne se sont quant à eux pas prononcés du tout sur la question de la capacité de travail. Egalement consultés pour une proposition thérapeutique, ils se sont limités à

préconiser une infiltration épidurale inter-laminaire pour traiter ce qu'ils ont défini comme un syndrome post-laminectomie ou FBSS, avec des douleurs à caractère neuropathique, relevant que l'IRM du 3 décembre 2020 mettait en évidence une altération cicatricielle récessale englobant la racine S1, altération qui ne ressortait pas de l'IRM de contrôle effectuée en 2017 et qui correspondait au territoire symptomatologique du recourant (cf. rapport du 30 novembre 2020). Le Dr X._____ s'est pour sa part employé à expliquer les raisons pour lesquelles il s'écartait tant des diagnostics que des propositions thérapeutiques de ses confrères, estimant au final que le recourant souffrait d'une insuffisance fonctionnelle sévère du segment L5/S1, qu'il convenait de traiter par spondylodèse. Si le Dr X._____ a conclu à une totale incapacité de travail, son appréciation n'est pas motivée : il n'a pas défini les limitations fonctionnelles du recourant, qu'il n'a au demeurant pas examinées, et ne s'est pas prononcé sur les capacités résiduelles dans une activité adaptée. Son appréciation selon laquelle l'état de santé du recourant ne serait possiblement pas stabilisé n'est pas pertinente dans le cadre de la détermination de ses droits envers l'assurance-invalidité (cf. rapport du 25 février 2021). Comme observé supra (cf. consid. 3 let. b), les arguments développés par le recourant relatifs aux divergences d'opinions des médecins consultés sur les traitements à entreprendre, singulièrement sur les indications opératoires et leur caractère exigible, ne sont pas pertinents en l'espèce. Ces points ne sont pas litigieux, puisque l'intimé n'a pas posé d'exigibilité à cet égard. Les discussions abordant les différents choix thérapeutiques, leurs risques et leurs chances de succès, restent sans incidence sur la question litigieuse, qui consiste à déterminer la capacité de travail et de gain du recourant au moment de la décision entreprise, dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De même, les querelles diagnostiques au plan somatique restent sans importance dans le cas d'espèce. En effet, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic qui est déterminant, mais l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et la capacité de gain, et singulièrement les limitations fonctionnelles qu'elle cause (dans ce sens, TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Or, en l'espèce, quelle que soit la codification diagnostique à laquelle ont recouru les différents médecins, il n'est pas contesté que le recourant présente une atteinte du rachis au niveau L5-S1, qui a été dûment prise en compte dans les limitations fonctionnelles et la baisse de rendement retenues, qui ne font pas l'objet de controverse. C'est en outre en vain que le Dr B.C._____ conteste le bienfondé du rapport d'expertise de la L._____ au motif qu'il ne ferait pas application des principes découlant de l'ATF 141 V 281 et des Lignes directrices pour l'expertise rhumatologique de la Société suisse de rhumatologie. Aucun élément au dossier ne permet de retenir que le Dr Z._____, qui a notamment procédé à une analyse fouillée de la cohérence et une confrontation radio-clinique approfondie, telles que préconisées par lesdites lignes directrices, aurait dirigé son analyse de manière contraire aux règles de l'art, ce que le Dr B.C._____ ne démontre pas non plus. La même conclusion s'impose s'agissant des rapports du Dr S._____, qui s'est cantonné à de très brefs avis de quelques lignes, dénués de toute motivation médicale circonstanciée, dans lesquels il s'est limité à dresser une liste de symptômes, à attester des incapacités totales de travail, indiquant notamment qu'il estimait son patient « perdu pour le monde du travail », et à se déclarer étonné des conclusions des experts de la L._____ et de la suppression de rente, sans plus de développement au plan médical. C'est également en vain que le recourant s'appuie sur les rapports des Drs T._____ et H._____ (rapports des 18 mars et 24 juin 2021) produits à l'appui de son recours pour tenter de démontrer que les experts de la L._____ et les

médecins du SMR auraient évalué son état de santé de manière erronée. Ces médecins ont retenu que le recourant souffrait de lombosciatalgie gauche post cure de hernie discale en 2002 et 2017 et ont décrit les interventions envisagées pour tenter de réduire les douleurs. Ils n'apportent aucun élément nouveau déterminant qui aurait été ignoré des experts de la L. _____ et du SMR susceptible d'avoir un impact sur les limitations fonctionnelles reconnues et la capacité de travail du recourant. Le fait que le recourant n'a pas constaté de soulagement à la suite de la tentative de stimulation médullaire n'est pas décisif sur l'issue du litige, puisqu'il n'est pas contesté que l'intéressé connaît des douleurs lombaires. C'est d'ailleurs sans fondement qu'il soutient dans ses déterminations du 24 septembre 2021 que ses douleurs sont remises en cause. C'est au contraire précisément en raison de celles-ci que des limitations fonctionnelles lui ont été reconnues, de même qu'une baisse de rendement de 20 %. d) En définitive, il n'existe au dossier aucun élément permettant de remettre en cause sérieusement les conclusions de l'expertise de la L. _____ au plan rhumatologique, étant précisé que les autres troubles somatiques évoqués par les experts au plan de la médecine interne sont mineurs, pris en charge correctement et sans effet sur la capacité de travail, ce que le recourant ne conteste pas. 7. a) Au plan psychiatrique, le Dr K. _____ a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis octobre 2016, ayant évolué vers une dysthymie (F34.1) dès octobre 2018, et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il a estimé que ces troubles restaient sans incidence sur la capacité de travail du recourant, qui demeurait entière du point de vue psychiatrique. aa) L'avis de l'expert s'agissant du trouble de l'adaptation est superposable à celui de la Dre W. _____ pour la période courant jusqu'à l'automne 2018. Le Dr K. _____ se distancie en revanche de l'appréciation de sa consœur sur la question de l'évolution de la maladie au-delà du mois d'octobre 2018. Il considère en effet que, depuis ce moment-là, la symptomatologie du recourant doit être qualifiée de dysthymie, alors que la Dre W. _____ estime que le trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée (F43.21) dans le contexte d'un deuil pathologique, a fait place à un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), aggravation qu'elle a signalée pour la première fois dans son rapport du 27 novembre 2018. L'évaluation des répercussions des troubles psychiatriques sur la capacité de travail et de gain à l'aune des indicateurs fixés par le Tribunal fédéral nécessitant avant toute chose qu'un diagnostic s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu soit posé par un spécialiste (cf. consid. 3b supra), il s'impose de trancher cette querelle diagnostique. A l'appui de son diagnostic, le Dr K. _____ a expliqué que, selon la CIM-10, une dépression réactionnelle prolongée (F43.21) ne dure pas plus de deux ans, ensuite de quoi il convient de remplacer le codage soit par « F34.1 », dysthymie, soit par « F41.2 », trouble anxieux et dépressif mixte, sans que cela n'indique un changement de symptômes. Il a retenu le diagnostic de dysthymie, qui, selon la définition donnée par la CIM-10, correspond à un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F33). Ce diagnostic paraît cohérent en l'espèce, au regard des constatations faites par le Dr K. _____ au cours de son examen clinique ainsi que de la description par le recourant de son mode de fonctionnement quotidien et de ses activités. Le Dr K. _____ a en effet constaté une pensée rapide, fluide, bien structurée, le recourant arrivant toujours « au bout », sa pensée et son discours témoignant d'une bonne intelligence. L'intérêt du recourant pour le monde qui l'entourait était tout à fait conservé. Bien que se plaignant de troubles de la

concentration et de l'attention, il n'avait pas montré de diminution à cet égard, pas plus qu'une diminution du rendement mental pathologique après l'examen. Il avait par exemple tout à fait gardé la présence d'esprit, après une exploration psychiatrique pénible pour lui, de réclamer spontanément deux CD d'imagerie qu'il devait récupérer auprès de l'expert. Au cours de l'anamnèse dirigée, le Dr K. _____ s'était trouvé face à un assuré authentique, qui montrait de manière crédible qu'il n'avait plus d'envie de vivre, qu'il se sentait extrêmement malheureux dans sa situation actuelle et qui admettait des idées suicidaires fréquentes, qu'il maîtrisait toutefois avec l'existence de sa famille. Le Dr K. _____ a encore constaté que, bien que l'assuré décrive une baisse de la capacité d'éprouver du plaisir, l'entretien avait démontré que cette anhédonie n'était que partielle, et ne survenait par exemple pas quand il était dans le milieu de ses compatriotes [...], qu'il rencontrait quasi quotidiennement. Les crises d'angoisse, surtout de caractère agoraphobique, par exemple quand il montait dans un avion ou se sentait enfermé, restaient de degré plutôt léger et réagissaient positivement à un comprimé de Temesta, pris occasionnellement. En outre, la souffrance psychologique vécue comme telle disparaissait quand il se trouvait dans l'avion, à destination de la [...] ou d'un autre pays, le recourant appréciant au final les voyages en avion malgré sa légère phobie (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 11 septembre 2019 p. 7 et 8). S'agissant du mode de fonctionnement du recourant au quotidien, il ressort de l'expertise que l'intéressé vit avec son épouse et sa fille. Il se lève entre 7h30 et 8h et va prendre son petit-déjeuner dehors, pour éviter de rester seul à la maison. Il rentre ensuite pour se reposer un moment et va ensuite régulièrement manger chez sa mère, puisque sa femme et sa fille ne rentrent pas à midi. L'après-midi, il essaie également de sortir et va voir des amis [...], avec lesquels il se sent soulagé et plutôt bien. Il voit également régulièrement ses frères et sœurs. Il rentre ensuite à la maison pour se reposer et regarder la télévision avant le retour de sa famille pour le repas du soir. Il conduit sa voiture en ville, dès lors qu'il rencontre parfois des difficultés à se déplacer en transports publics. Il essaie également de se rendre une à deux fois par année en [...], en avion, pour se recueillir sur la tombe de ses père et grand-père et pour voir le reste de sa famille, ce qui lui fait beaucoup de bien (cf. rapport d'expertise consensuel du 24 octobre 2019, p. 11 et rapport d'expertise psychiatrique du 12 septembre 2019, p. 6). Le Dr K. _____ a en outre exposé les raisons pour lesquelles il s'était écarté du diagnostic retenu par sa consoeur. Il a ainsi observé que la description faite par la Dre W. _____ ne correspondait pas aux critères fixés par la CIM-10 pour un « épisode dépressif sévère F32.2 », ce tableau équivalant dans une terminologie ancienne à une phase de dépression endogène de degré psychotique qui nécessite normalement une hospitalisation psychiatrique de plusieurs semaines (notion totalement étrangère au parcours du recourant tel qu'il ressort des éléments au dossier) ainsi qu'un traitement médicamenteux bien plus incisif que celui prescrit, qui doit selon l'expert être qualifié d'antidépresseur léger. Le Dr K. _____ a également relevé que, nonobstant la péjoration invoquée par la psychiatre traitante, la description psychopathologique figurant dans le rapport du D. _____ du 27 novembre 2018 correspondait pour l'essentiel à celle figurant dans le rapport du 13 avril 2018. A l'examen des rapports du D. _____, on remarque en effet que le 13 avril 2018, la Dre W. _____ a décrit un patient très déprimé, avec notamment une forte douleur morale, un sentiment de désespoir, une irritabilité et beaucoup d'angoisses. Elle précisait que les fortes dorsalgies affectaient également grandement l'état psychique de son patient. Au titre des limitations fonctionnelles, la psychiatre traitante relevait une asthénie, une aboulie et une anhédonie, en raison desquelles le recourant effectuait les tâches du quotidien avec beaucoup de peine, des

capacités d'attention et de concentration réduites, des angoisses, par moments envahissantes, prenant la forme d'attaques de panique et témoignant d'une détresse psychique intense. La Dre W. _____ rapportait également des réactions excessives de son patient, qui explosait facilement, pouvant être source de conflits et difficultés dans ses liens interpersonnels, conduisant à des sentiments de culpabilité et de tristesse. A l'instar du Dr K. _____, on constate que bien que les rapports ultérieurs du D. _____ signalent une aggravation importante de l'état de santé psychique du patient ayant conduit à un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), ils reprennent pour l'essentiel la même description symptomatologique et les mêmes limitations fonctionnelles, sans mettre clairement en exergue une aggravation propre à atteindre un état dépressif grave. Seule est venue s'ajouter entre avril et novembre 2018 les notions de vellétés suicidaires passives, sans scénario, et de perception par le patient d'une présence lorsqu'il est seul chez lui ou à l'extérieur ainsi qu'un ricanement d'enfant ou de femme. Le Dr K. _____ a expliqué à ce dernier égard, sans être contredit, qu'il s'agissait d'un phénomène psychogène, une expression d'une souffrance psychique, anciennement appelée d'ordre névrotique ou de conversion, et en aucun cas un symptôme psychotique dans le sens d'une hallucination dans le cadre d'une psychose mélancolique (F32.2) ou même d'un trouble psychotique non organique (F2). Quant aux vellétés suicidaires, elles avaient déjà été évoquées par la psychiatre traitante dans son rapport du 4 mai 2017 à l'attention de l'assureur perte de gain et ont été dûment prises en compte par le Dr K. _____, qui a notamment indiqué que l'assuré maîtrisait ses idées suicidaires avec l'existence de sa famille, qui le retenait (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 12 septembre 2019 p. 7). On remarquera également que le traitement n'a pas changé au fil du temps malgré l'aggravation invoquée par la Dre W. _____ : le recourant bénéficie d'une prise en charge somme toute légère, à raison de seuls deux entretiens par mois avec la psychologue O. _____, et d'entretiens annoncés comme « réguliers », mais sans précision de fréquence, avec la Dre W. _____, ainsi qu'une médication composée d'un antidépresseur, que le Dr K. _____ a qualifié de léger, et d'un anxiolytique en réserve, pris occasionnellement, singulièrement lorsque l'assuré est confiné dans un endroit clos, par exemple en avion. En tout état de cause, on rappellera que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, même en cas d'affections psychiques qualifiées de graves, on ne peut pas automatiquement conclure à une limitation fonctionnelle prononcée. Du point de vue de droit des assurances sociales, ce n'est finalement pas la gravité d'une maladie qui est déterminante, mais son degré de gravité fonctionnelle, tel qu'il s'exprime dans domaine sociaux et professionnels (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2). Or, dans le cas d'espèce, l'impact de l'affection psychique du recourant n'implique pas d'importantes limitations fonctionnelles dans sa vie quotidienne, telle que décrite ci-dessus. Les rapports de la Dre W. _____ et de la psychologue O. _____, y compris le rapport du 11 mai 2021 produit à l'appui du recours, qui ne comprend pas d'élément nouveau qui aurait été ignoré de l'expert, ne fournissent en définitive aucun élément permettant de remettre sérieusement en cause les conclusions de l'expert psychiatre de la L. _____ au plan diagnostique. Le résultat obtenu sur l'échelle MADRS, plaidant en faveur d'une dépression grave, ne suffit pas non plus en tant que tel à écarter les constatations du Dr K. _____ quant à la gravité de la composante dépressive, puisqu'il s'agit d'une autoévaluation, par définition subjective. Le rapport d'évaluation neuropsychologique du 29 juillet 2020, visant à définir les répercussions cognitives de la dépression, ne permet pas non plus de s'écarter de l'appréciation de l'expert. Si la neuropsychologue retient certes des performances très inférieures à la norme pour

l'ensemble des épreuves mesurant le fonctionnement mnésique, exécutif et attentionnel, elle relève également un investissement cliniquement fluctuant, la présence d'incohérences au sein du profil cognitif, la disparité entre le fonctionnement au quotidien et les résultats aux tests ainsi que les différentes épreuves et indices de validation de symptômes, qui parlaient en faveur d'un effort suboptimal. Dans un courriel du 4 février 2021 au mandataire du recourant, la psychologue O. _____ a précisé à cet égard que les résultats du recourant se situaient majoritairement dans la catégorie de performances qualifiées de très inférieures à la norme, qui correspondaient à un tableau clinique sévèrement déficitaire, qu'on pouvait retrouver chez les personnes avec un faible QI, de l'ordre de 55-70, ou présentant des troubles neurologiques sévères, ce qui n'était pas le cas de l'intéressé. A cela s'ajoutaient des épreuves de validation échouées, qui rendaient les résultats des tests ininterprétables. C'est ainsi de manière convaincante que le Dr K. _____ a exclu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et lui a préféré celui de dysthymie, dès le mois d'octobre 2018. Pour la bonne forme, on relèvera encore que les avis du Dr S. _____ ne conduisent pas à une solution différente, puisque le médecin généraliste n'a fait que de reprendre les diagnostics de la psychiatre traitante, sans développement ni motivation. bb) Quant au diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des motifs psychologiques (F68.0), il revêt toute sa pertinence au vu des constatations de l'expert rhumatologue relative à une exagération des symptômes et à une autolimitation lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles. Les conclusions du rapport neuropsychologique du 29 juillet 2020 ne font qu'étayer ce diagnostic. b) Les diagnostics de dysthymie (41.2) depuis octobre 2018 et de majoration des symptômes physiques pour des motifs psychologiques (F68.0) étant posés lege artis par le Dr K. _____, il convient encore d'examiner leur éventuel caractère invalidant au regard de la procédure probatoire structurée instaurée par le Tribunal fédéral (cf. consid. 3a supra). Pour rappel, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global tendant à déterminer les ressources dont dispose l'assuré pour surmonter les difficultés découlant de son état de santé, telles que douleurs, stress, déclin social, perte de gain, notamment. Selon le Tribunal fédéral, l'examen des ressources est réalisé en tenant compte de différents indicateurs ayant trait au degré de gravité fonctionnel et à la cohérence. Plus le degré de gravité fonctionnel et la cohérence sont importants, moins l'assuré disposera de ressources mobilisables permettant de surmonter les effets délétères de son atteinte à la santé. A l'inverse, plus les ressources de l'assuré sont préservées, plus on pourra exiger de lui qu'il fournisse un effort raisonnable en vue de diminuer les conséquences de son atteinte à la santé. aa) Concernant les indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel (cf. consid. 3b supra), le Dr K. _____ a indiqué que, si selon les usages de la psychiatrie en Suisse, la psychopathologie observée depuis 2016 pouvait avoir valeur de maladie, on ne pouvait pas parler d'une maladie grave au sens usuellement utilisé en clinique psychiatrique. L'expert a qualifié la prise en charge psychothérapeutique de visiblement conduite de façon correcte, avec un assuré suffisamment investi, et une médication psychotrope tout à fait suffisante. Il a précisé que la pathologie sous-jacente, essentiellement psychogène et réactionnelle, n'était pas sensée se laisser influencer par des médicaments anti-dépresseurs sans composante sédatrice. En revanche, la composante anxieuse réagissait bien à une petite dose occasionnelle d'anxiolytique. S'agissant du succès du traitement, l'expert a indiqué qu'il s'attendait à un état inchangé et des chances de guérison minimales : le vécu surinvesti du recourant et sa tendance à la majoration de ses symptômes orthopédiques, ainsi que l'intensité de sa fausse cognition de ne plus disposer d'une capacité de travail résiduelle,

n'étaient pas influencés par la thérapie, mais au contraire confirmés par le fait que les médecins traitants prescrivait une incapacité totale de travail. Malgré cela, l'expert estimait que l'assuré disposait de suffisamment de force de personnalité pour faire abstraction de cette fausse cognition d'être invalide à 100% et surmonter les obstacles qui en découlaient. Ainsi, même à admettre que la thérapie ne conduise pas à la guérison, l'absence de guérison n'induisait pas une limitation des ressources telle qu'elle limitait les facultés du recourant à réintégrer une activité professionnelle adaptée. Les éléments au dossier en mains du tribunal permettent en outre d'écartier l'existence de comorbidités dont l'importance serait susceptible d'éliminer les ressources du recourant. Au plan somatique, le Dr Z._____ a retenu des lombosciatalgies, lesquelles, outre le fait qu'elles font l'objet d'une majoration des symptômes, n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée, ni les activités quotidiennes du recourant. Bien que générant des douleurs qui ont été prises en compte dans la définition des limitations fonctionnelles, elles ne peuvent être considérées comme importantes au point d'éliminer les ressources du recourant. Enfin, la structure de personnalité du recourant n'apparaît pas non plus donner lieu à une diminution de ses ressources. Selon le Dr K._____, l'intéressé a prouvé qu'il disposait d'un caractère foncièrement stable, non conflictuel, avec une orientation sur la famille et le travail tout à fait positive, qui sont clairement des ressources de la personnalité. Intelligent, il avait notamment pu se former dans diverses branches sans qualification professionnelle certifiante et avait pu prendre une activité relativement lourde après la première cure de hernie discale, travaillant notamment huit ans dans la même entreprise, ce qui constituait également des ressources de la personnalité. bb) Sur le plan social, l'expert a fait le constat d'un contexte favorable, même si le recourant éprouvait un sentiment de culpabilité vis-à-vis de sa famille, dont il ne pouvait plus assumer le rôle de chef. Il a constaté que l'assuré s'était marié avec une compatriote et décrivait son mariage comme étant heureux. Son fils, arrivé au terme de sa formation professionnelle, avait emménagé avec sa fiancée non loin du domicile de la famille. Sa fille, encore aux études, vivait avec ses parents. Dans le même immeuble vivaient également la mère, une sœur et un cousin du recourant, d'autres membres de la famille habitant dans les proches environs. La famille était soudée et se rencontrait souvent. Le recourant fréquentait également souvent des amis [...] à [...], où « tout le monde se connaît », précisant qu'il se sentait soulagé et plutôt bien en leur compagnie. Le recourant entretient en outre des relations étroites avec les nombreux autres membres de sa famille vivant partout en Suisse. Ces éléments, ainsi que le descriptif de la journée type telle que figurant dans le considérant discutant du diagnostic, corroborent l'appréciation de l'expert psychiatre selon laquelle on ne pouvait pas parler de retrait social. cc) Sous l'angle de l'indicateur lié à la cohérence, le Dr K._____ a observé une authenticité du discours par rapport à la souffrance psychologique. Il a par contre relevé une incohérence importante, l'assuré montrant d'un côté un comportement hautement démonstratif dans sa démarche depuis la salle d'attente, grotesquement ralentie, et, de l'autre, sa capacité à rester assis pendant plus d'une heure, sans aucun vécu douloureux, avec seul un petit soulagement au niveau de la posture après 45 minutes. L'expert psychiatre a également observé une manière de parler très appellative et une bonne capacité de l'assuré d'évoquer la compassion chez le médecin, capacité agilement utilisée, avec une tendance visible de l'influencer pour l'amener à reconnaître la gravité de sa maladie. Comme déjà relevé, l'assuré avait aussi fait preuve d'une bonne capacité de concentration et d'attention, malgré ses plaintes de déficit à ce niveau. De son côté, l'expert rhumatologue avait également mis en lumière d'importantes incohérences, qui fondaient le diagnostic de

majoration des symptômes pour des motifs psychologiques, qui implique de fait une amplification source d'incohérences. La quotation par le recourant de ses douleurs à 10 sur 10 sur l'échelle EVA avant l'évaluation de ses capacités fonctionnelles et au début de l'examen rhumatologique, pour atteindre « plus que 10/10 » en fin d'évaluation fonctionnelle, dénote aussi d'un manque de cohérence, compte tenu du descriptif des activités encore possibles à l'assuré, le physiothérapeute en charge de l'évaluation ayant fait état d'une cohérence faible entre les aptitudes physiques maximales de l'intéressé et ce qu'il avait accepté de faire (cf. rapport d'expertise psychiatrique p. 9 et rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles du 19 septembre 2019). dd) L'examen de l'ensemble des indicateurs conduit à la conclusion que le recourant dispose de ressources suffisamment préservées pour lui permettre de surmonter les déficits causés par ses atteintes psychiques, sans subir de diminution de sa capacité de travail, tout au moins depuis le mois de septembre 2019. C'est ainsi à juste titre que le Dr K. _____ a considéré que le recourant disposait de suffisamment de force de sa personnalité pour qu'on puisse raisonnablement exiger de lui un effort mental et émotionnel important visant à faire abstraction de sa fausse cognition d'être invalide à 100% et à surmonter les obstacles qui en découlaient et que les symptômes de l'affection psychiatrique n'avait pas d'impact sur la capacité de travail, un travail aurait au contraire même une influence positive sur l'état de santé psychique de l'assuré. c) En définitive, il n'existe au dossier aucun élément permettant de remettre sérieusement en cause les conclusions de l'expertise de la L. _____ au plan psychiatrique, étant précisé que c'est en vain que le recourant laisse entendre le contraire, du fait que la L. _____ est fréquemment sollicitée pour des évaluations dans le cadre de l'assurance-accidents, qui impliquent une appréciation différente des troubles psychiques. 8. En définitive, les appréciations des Drs G. _____, Z. _____ et K. _____ sont convaincantes et il ne se trouve au dossier aucun élément médical objectif qui justifie de s'en écarter. L'OAI était ainsi fondé à retenir que l'état de santé du recourant avait connu une amélioration lui permettant de recouvrer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, au plus tard dès septembre 2019. On relèvera d'ailleurs que l'assureur perte de gain maladie a fixé une pleine exigibilité à la fin juillet 2018 déjà, estimant que dès cette date, le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. C'est à la faveur de l'absence de rapports médicaux au dossier de l'OAI s'agissant de l'évolution post-opératoire de la cure de hernie discale du 15 août 2017 depuis l'évaluation du Dr F. _____ en janvier 2018 que le Dr B. _____ a fixé l'exigibilité à la date de l'examen rhumatologique à la L. _____, le 11 septembre 2019, soit plus d'un an après l'assureur perte de gain (cf. avis du SMR du 13 janvier 2020). Le tribunal renonce en l'état à envisager une reformatio in pejus mais relève néanmoins que le recourant a potentiellement bénéficié d'une solution favorable s'agissant de la date de révision de son droit à la rente. Le dossier au plan médical est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Une telle mesure d'instruction ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction et librement appréciés par la présente juridiction (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3). 9. a) Sur le vu de ce qui précède, le degré d'invalidité sera calculé compte tenu d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 %. b) 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). Les revenus précités doivent être évalués de la manière la plus concrète possible. Le revenu sans invalidité sera déterminé selon les renseignements fournis par l'employeur et en tenant compte de l'évolution des salaires nominaux (cf. par ex : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2) jusqu'au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente, sa révision ou sa suppression (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). c) Procédant à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGa en tenant compte d'une exigibilité de 100% dans une activité légère respectant les limitations fonctionnelles arrêtées par la L. _____, l'intimé est arrivé à la conclusion que, dès le mois de septembre 2019, le recourant était en mesure de gagner un revenu de 60'968 fr. 70, ce montant correspondant au salaire statistique relatif au niveau de compétence 1 en 2016, indexé aux valeurs de 2019, et prenant un compte un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Comparant ce salaire à celui que le recourant aurait perçu en 2019 dans son activité habituelle, de 68'448 fr. 38, l'intimé est parvenu à la conclusion que l'intéressé présentait une invalidité de 10,93 %, insuffisante pour maintenir le droit à la rente d'invalidité accordée depuis décembre 2017. Ce calcul est critiquable à plusieurs égards, qui restent cependant sans conséquence sur l'issue du présent litige. D'une part, on relèvera que le montant du salaire sans invalidité doit être fixé sur la base de l'évolution des salaires nominaux. Il s'agit donc d'indexer le salaire de 67'769 fr. annoncé par l'employeur pour 2017 de 0,5 % pour 2018 et de 0.9 % pour 2019, pour aboutir à un salaire sans invalidité déterminant de 68'720 fr. 80. D'autre part et surtout, lorsqu'il a déterminé le salaire d'invalidé, l'intimé a omis d'inclure dans son calcul la baisse de rendement de 20 % retenue par les experts de la L. _____ pour tenir compte des limitations au plan somatique, abattement qui a été admis par le SMR (cf. avis du 13 janvier 2020). Compte tenu de cet élément, le salaire statistique pris comme base de calcul du revenu d'invalidé devait être réduit de 20 %, pour correspondre à une exigibilité de 80 %. En revanche, et par voie de conséquence, l'abattement de 10 % opéré sur le salaire statistique pris à 100 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles n'avait pas lieu d'être (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3) . En effet, lorsque les facultés réduites de rendement ont été prises en considération lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, elles ne sauraient l'être une seconde fois en tant que facteur d'abattement sur le salaire statistique. Ainsi, lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de

rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement sur le salaire statistique (cf. Michel Valterio, Commentaire sur la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Schulthess 2018, n o 89 ad art. 28a LACI, p. 450). En fin de compte, un nouveau calcul tenant compte de ces paramètres et se basant sur les chiffres ressortant de l'ESS 2018 aboutit à un revenu d'invalidité de 54'701 fr. 30 (salaire statistique à 100% en 2018 : 5'417 fr. : 40 h. x 41,7 h. x 12 = 67'766 fr. 70 ; salaire statistique en 2019 à 100%, après indexation de 0,9 % : 68'376 fr. 60 [67'766 fr. 70 x 100.9 %] ; salaire statistique en 2019 compte tenu d'une baisse de rendement de 20 % : 54'701 fr. 30 [68'376 fr. 60 x 80 %]. La comparaison des revenus avec et sans invalidité précité aboutit à un taux d'invalidité de 20,4 % ([68'720 fr. 80 - 54'701 fr. 30] : 68'720 fr. 80). Ce taux, inférieur à 40 %, ne suffit pas à maintenir au-delà du 30 novembre 2019 le droit à la rente accordé depuis le 1 er décembre 2017. Atteignant 20 %, il serait en revanche théoriquement susceptible d'ouvrir le droit à des mesures de reclassement (ATF 139 V 399 consid. 5.3) . Au cours de l'expertise à la L. _____, le recourant a cependant affirmé qu'il ne se sentait pas apte du tout à exercer une quelconque activité, même légère et même à temps partiel. Invité à décrire les obstacles à une telle reprise, il a répondu : « tout » (cf. rapport d'expertise consensuel du 24 octobre 2019 p. 8). L'expert psychiatre a également relevé une disposition du recourant à coopérer, sauf s'il s'agissait de mesures de réintégration, l'intéressé se considérant comme 100 % invalide. Il ressort également du dossier que l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'aide au placement, que l'intéressé a toutefois refusée le 30 mars 2020. Compte tenu de ces éléments, il y a lieu de retenir qu'on se trouve dans un cas de figure où les éléments concrets du dossier permettent de retenir que l'octroi de mesures de réadaptation serait subjectivement vraisemblablement voué à l'échec. Cela étant, c'est de manière fondée que l'intimé a procédé à la révision de la rente entière d'invalidité accordée au recourant depuis le 1 er décembre 2017 dans le sens de sa suppression au 30 novembre 2019, soit trois mois après l'amélioration subséquente ayant permis à l'intéressé de recouvrer une pleine capacité de travail dès le mois de novembre 2018 (cf. art. 88a RAI), étant rappelé que, comme relevé au consid. 8 supra, l'amélioration déterminante est en réalité vraisemblablement intervenue antérieurement. 10. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de 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 du recourant, vu l'issue du litige. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 14 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, de 600 fr. (six-cents francs), sont mis à la charge Q. _____. 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 Olivier Carré (pour le recourant), à Lausanne, ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.