

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 février 2018

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

L. _____, à **W.** _____, recourant,

et

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

**Art. 6 ss LPGA ; 4 al. 1, 28 et 36 al. 2 LAI ; 29^{bis} ss LAVS ; 52c
RAVS**

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1975, travaillait en tant que manœuvre dans le secteur de la construction pour le compte de la société H._____ SA.

Souffrant de lombosciatalgies résiduelles à la suite d'une opération de hernie discale, l'assuré a déposé, le 22 mars 2006, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Considérant que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'office AI a, par décision du 15 novembre 2006, rejeté la demande de prestations, au motif que le taux d'invalidité présenté - fixé à 6% - était inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

B. Après avoir bénéficié d'un reclassement au sein de son entreprise en qualité d'aide-magasinier, l'assuré a été licencié avec effet au 31 juillet 2009. Il a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 7 juin 2010.

Procédant à l'instruction du cas, l'office AI a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assuré.

A la demande de l'office AI, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a complété un rapport médical en date du 21 mars 2012 dans lequel il a indiqué être en charge du suivi de l'assuré depuis le 3 novembre 2010. Il y posait les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de lombosciatalgie gauche chronique et de status post-opératoire multiples en 2005, 2009 et à trois reprises en 2011. La dernière intervention, pratiquée le 18 avril 2011, consistait en

l'évacuation d'une collection épi et sous-fasciale lombaire non purulente au niveau L5-S1 gauche. L'assuré se plaignait depuis lors d'une boiterie au membre inférieur gauche, de douleurs irradiant au pli de l'aîne et de cervicalgies avec perte de sensibilité de sa main gauche. Quant à la capacité de travail dans l'activité d'aide-magasinier, le Dr G._____ estimait qu'elle était nulle depuis avril 2009, en raison de difficultés à rester assis ou debout plus de dix minutes d'affilée. La marche était également difficile, de même que le port de charges. La reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable.

D'entente avec le Dr G._____, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a suggéré que l'assuré fasse l'objet d'un électromyogramme et d'un avis neurologique en relation avec les cervicalgies et les troubles de la sensibilité à la main gauche (avis du 2 avril 2012).

Dans un rapport du 18 avril 2012 au Dr G._____, le Dr Z._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'examen clinique, complété par un électroneuromyogramme, ne révélait pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre supérieur gauche et dépendant des myotomes C5 à D1. Cet examen ne démontrait pas non plus d'atteinte significative du nerf médian au niveau du canal carpien. En conclusion, le bilan n'objectivait pas d'explication neurologique aux plaintes formulées par l'assuré au niveau cervico-brachial gauche, compte tenu de l'absence d'éléments significatifs en direction d'une atteinte radiculaire et tronculaire.

Réinterrogé par l'office AI, le Dr G._____ a indiqué que le périmètre de marche de l'assuré était limité à 10-15 minutes, que le port de charges était limité à quelques kilos et que la mobilisation du membre supérieur gauche provoquait des douleurs cervico-scapulaires. Il estimait que la capacité de travail était nulle dans l'activité antérieure d'aide-

magasinier et qu'une réadaptation professionnelle dans une activité adaptée paraissait vouée à l'échec (rapport du 20 juillet 2012).

Après examen des pièces au dossier, la Dresse R._____, médecin au SMR, a préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique en vue de déterminer si l'état de santé de l'assuré permettait l'exercice d'une activité adaptée, à quel taux et avec quelles limitations fonctionnelles (avis médical du 13 septembre 2012).

Chargé par l'office AI de procéder à une expertise rhumatologique, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a déposé son rapport en date du 2 mai 2013. Il a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de lombosciatique S1 gauche chronique irritative et déficitaire sur un plan sensitif avec status post-opératoires multiples entre 2005 et 2011 et de névralgie cervico-brachiale gauche non irritative et non déficitaire. Il a exclu toute capacité de travail résiduelle dans l'activité de manœuvre en maçonnerie. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était de 50% à compter du mois d'avril 2012.

Le 20 septembre 2013, l'office AI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'un stage d'évaluation auprès des Etablissements E._____, à A._____ du 9 décembre 2013 au 23 mars 2014. La mesure prévoyait un taux de présence initial de 20%, taux qui devait être progressivement augmenté pour atteindre 50% à compter du deuxième mois. La mesure a été interrompue le 20 décembre 2013.

Dans un certificat médical du 24 janvier 2014, le Dr G._____ a expliqué que les importantes rachialgies ressenties par son patient avaient contraint celui-ci à mettre un terme au stage entrepris.

Le 31 janvier 2014, les Etablissements E._____ ont adressé à l'office AI un rapport sur le stage effectué par l'assuré, dont on extrait le passage suivant :

Sur une période de 10 jours de présence, à un taux d'activité de 20% en atelier, nous avons observé que les différents travaux qui ont été demandés à M. L. _____ laissent apparaître un manque de motivation et d'engagement pour apprendre de nouveaux gestes professionnels, ce qui s'est ressenti dans la qualité de son travail. Durant cette brève période d'évaluation, nous avons observé que sur une période de 2 heures de travail M. L. _____ a dû alterner les positions assis/debout toutes les 10 minutes et qu'il a dû de manière régulière marcher dans l'atelier pour se détendre, soulager son dos et sa jambe gauche.

M. L. _____ est une personne agréable de contact, polie, qui s'est montré ouvert et participatif lors des animations et du temps de groupe ; il s'est présenté à l'heure au travail.

Par projet de décision du 29 septembre 2015, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 100% pour la période comprise entre le 1^{er} décembre 2010 et le 31 juillet 2012 puis à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2012, sur la base d'un taux d'invalidité de 54%.

L'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce projet en date du 15 octobre 2015. Il soutenait que son incapacité de travail était totale, ce qui justifiait le maintien du droit à une rente entière d'invalidité. A son courrier était joint un certificat médical daté du même jour, dans lequel le Dr G. _____ attestait une incapacité totale de travail ininterrompue depuis le mois d'avril 2009.

Dans un rapport médical du 18 décembre 2015, le Dr Y. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et nouveau médecin traitant, a mis en évidence une sténose foraminale L5 gauche et indiqué que, compte tenu de ses antécédents médicaux, son patient n'était pas en mesure de suivre un quelconque stage d'observation et qu'il devait dès lors pouvoir « bénéficier d'une rente AI. » Il a annexé le compte-rendu de l'infiltration lombaire pratiquée le 3 juillet 2015.

En présence d'une situation nouvelle dans l'évolution de la maladie de l'assuré, le Dr C. _____, médecin au SMR, a demandé que soit diligenté un examen clinique rhumatologique, afin de déterminer la

capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles (avis médical du 16 mars 2016).

Un examen clinique rhumatologique de l'assuré a été effectué en date du 27 avril 2016 au SMR par le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie. Dans son rapport du 31 mai 2016, ce médecin a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de lombosciatalgies gauches, non irritatives, non déficitaires, dans un status post trois cures de hernie discale L5-S1 et de fibrose postopératoire engainante au niveau de la racine S1 gauche, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail -, d'antécédent personnel de fracture du poignet droit à l'âge de 5-6 ans et de cervicobrachialgies gauches sans étiologie mise en évidence, non déficitaires. A l'instar du Dr N._____, il a exclu toute capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle de manœuvre en maçonnerie, tout en considérant que dite capacité était de 50% depuis le 18 avril 2012 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 27 janvier 2017, l'office AI a entériné son projet de décision du 29 septembre 2015.

C. Par acte du 23 février 2017, L._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision. Se prévalant plus particulièrement du certificat médical du Dr Y._____ du 18 décembre 2015, il a fait valoir que sa capacité de travail avait toujours été nulle. Il a en outre contesté l'échelle de rente fondant le calcul des prestations servies.

Dans sa réponse du 4 mai 2017, l'office AI a indiqué qu'en l'absence d'éléments médicaux que le Dr K._____ aurait ignorés, il n'y avait pas lieu de revenir sur son appréciation. Quant au grief concernant la détermination de l'échelle de rente appliquée, l'office AI s'est référé au courrier de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS du 28 avril 2017 annexé dans lequel celle-ci explicitait son calcul. Il a en conséquence proposé le rejet du recours.

Agissant par l'intermédiaire du Dr Y._____, le recourant a produit en date du 7 juin 2017 le compte-rendu d'une IRM lombaire pratiquée le 10 octobre 2016. Cet examen concluait à l'existence d'une discopathie dégénérative L4-L5 avec une probable irritation de la racine L4 gauche mais surtout une probable récurrence de hernie L5-S1 médiane et paramédiane gauche, luxée vers le bas. Au vu de l'évolution défavorable de la symptomatologie présentée par l'assuré, il était d'avis qu'une capacité de travail de 50% ne se justifiait pas.

Dans sa duplique du 29 juin 2017, l'office AI s'est référé à un avis médical du SMR du 22 juin 2017, selon lequel l'IRM lombaire du 10 octobre 2016 ne permettait pas de reconsidérer l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré. Partant, il a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

A l'appui de ses ultimes déterminations du 28 septembre 2017 rédigées sous la plume du Dr Y._____, l'assuré a produit un nouveau compte-rendu d'une IRM lombaire réalisée le 20 septembre précédent. Cet examen mettait en évidence une récurrence de hernie discale paramédiane gauche à composante discale et ostéophytaires avec des signes inflammatoires au niveau de la racine S1. Selon le Dr Y._____, il s'agissait d'un élément nouveau confirmant la symptomatologie douloureuse de son patient.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré

ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Déposé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité qu'il présente depuis le 1^{er} août 2012 et le calcul du montant de la rente servie.

3. a) L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 al. 1 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année, sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

b) Pour calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

c) L'art. 61 let. c LPGA prévoit le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une

appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_152/2014 du 21 juillet 2014 consid. 3.1.1).

4. a) En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail du recourant, la décision litigieuse se fonde sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du 31 mai 2016 dans lequel le Dr K._____ a conclu à une exigibilité de 50% dans une activité adaptée à compter du 18 avril 2012 sur la base des constatations suivantes :

Limitations fonctionnelles

Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges supérieures à 5 kg (charges très légères). Par rapport à la tolérance en position assise, nous retenons 45 minutes et non 20 minutes comme l'a écrit le Dr N._____, en s'appuyant sur la tolérance constatée ce jour ; nous reprenons l'absence de marche sans s'arrêter de plus de 1000 mètres.

Par rapport à la région cervicale, en l'absence d'étiologie pouvant expliquer les symptômes décrits par l'assuré, en s'appuyant sur la consultation neurologique du Dr Z._____ et sur l'examen clinique

de ce jour, nous ne retenons pas de limitations fonctionnelles durables.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

L'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle de manœuvre en maçonnerie depuis le 04.06.2009.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

L'incapacité de travail est restée totale dans cette activité professionnelle, physiquement très contraignante.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis lombaire et par la composante de type inflammatoire. Dans une activité adaptée, nous nous alignons par rapport à la capacité de travail de 50% retenue par le Dr N._____. Cette capacité de travail nous paraît justifiée en raison de la persistance d'un syndrome rachidien modéré, de la persistance d'une composante inflammatoire en relation avec la fibrose postopératoire.

Il s'agit d'une exigibilité sur le plan médico-asséculo-logique, les chances de reprise d'une activité professionnelle restent faibles au vu du ressenti douloureux marqué de l'assuré, de la diffusion des douleurs, de la durée du non emploi et de la formation professionnelle de M. L._____.

Date du début de l'aptitude à suivre / à s'investir [dans] une mesure de réadaptation

Le Dr N._____ retenait, comme date d'exigibilité, le 18.04.2012, date de l'examen neurologique du Dr Z._____, ce dernier excluant une atteinte neurologique au niveau du membre supérieur gauche. Nous sommes du même avis.

On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées figurant dans le rapport médical établi par le Dr K._____ le 31 mai 2016, lequel remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Fruit d'une analyse approfondie du cas, il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, il contient une appréciation claire de la situation et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions, qui rejoignent par ailleurs celles retenues par le Dr N._____ dans son rapport du 2 mai 2013.

b) Dans ce contexte, les certificats et rapports médicaux établis par les Drs G. _____ (du 24 janvier 2014 et 15 octobre 2015) et Y. _____ (du 18 décembre 2015 et 7 juin 2017), au demeurant brefs et peu étayés, ne permettent pas d'admettre une incapacité de travail totale en toute activité. Leurs considérations ne font en effet état d'aucun élément qui n'aurait pas été pris en compte par les Drs N. _____ et K. _____ ou qui justifierait de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. On relèvera en outre que les médecins traitants du recourant ne se sont pas exprimés sur la teneur des rapports de leurs confrères ni n'ont communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par ces derniers. Enfin, s'agissant des IRM lombaires des 10 octobre 2016 et 21 septembre 2017, le Dr Y. _____ n'explique pas les raisons pour lesquelles les constatations opérées justifieraient de s'écarter de la capacité de travail retenue par les Drs N. _____ et K. _____.

c) En définitive, il convient de retenir, à l'instar de l'office intimé, que l'état de santé du recourant s'est amélioré à compter du mois d'avril 2012, de sorte que sa capacité de travail est de 50% dans une activité exigible à compter de cette date. Partant, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il était fondé à supprimer la rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} août 2012, pour la remplacer par une demi-rente à compter de cette date.

d) Le fait que la mesure d'ordre professionnel mise en œuvre se soit soldée par un échec ne permet pas de contester la capacité de travail théorique retenue. Il ressort en effet du rapport de fin de stage adressé le 31 janvier 2014 à l'office intimé par les Etablissements E. _____ que, débuté avec un taux de 20%, le stage d'observation n'a duré qu'une vingtaine de jours pour une période de dix jours de présence. Il apparaît que le recourant a montré peu d'intérêt pour l'apprentissage de nouveaux gestes professionnels, ce qui s'est ressenti sur la qualité de son travail, l'intéressé se contentant d'exécuter ce qui lui était demandé, sans grande conviction. Ainsi, l'investissement limité dont le recourant a fait preuve dans cette mesure ne permet assurément pas de tirer des

conclusions valables sur son aptitude à reprendre l'exercice d'une activité lucrative.

e) Il importe par ailleurs peu que le recourant ne se voie pas travailler, même dans une activité légère. En ce qu'elle prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable, la seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à sa santé. En d'autres termes, pour établir si l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si l'on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 ; TF 9C_793/2008 du 18 mai 2009 consid. 2.4).

5. Dans un second grief, le recourant conteste également le montant de la rente d'invalidité qui lui est allouée.

a) Conformément à l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) - en particulier les art. 29^{bis} ss - sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires de l'assurance-invalidité.

b) En vertu de l'art. 29^{bis} al. 1 LAVS, le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré. La durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les

assurés de sa classe d'âge (art. 29^{ter} al. 1 LAVS). Sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (art. 29^{ter} al. 2 let. a LAVS). Une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, elle a versé la cotisation minimale (art. 50 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]).

c) Le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le calcul des rentes. Il peut arrondir le revenu déterminant et les rentes à un montant supérieur ou inférieur. Il peut régler la prise en compte des fractions d'années de cotisations et des revenus d'une activité lucrative y afférents et prévoir que la période de cotisation durant laquelle l'assuré a touché une rente d'invalidité et les revenus obtenus durant cette période ne seront pas pris en compte (art. 30^{bis} LAVS).

Il est établi pour chaque assuré tenu de payer des cotisations des comptes individuels où sont portées les indications nécessaires au calcul des rentes ordinaires. Le Conseil fédéral règle les détails (art. 30^{ter} al. 1 LAVS).

d) Le recourant conclut à l'octroi d'une rente basée sur l'échelle 41 plutôt que l'échelle 35. Selon lui, il convient de déduire un facteur 3 de l'échelle de rentes 44, applicable à un assuré présentant le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge. Ce facteur 3 correspond à la différence entre la durée pendant laquelle il est admis que l'assuré a cotisé (soit 11 ans et 7 mois, selon la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS) et celle pendant laquelle il aurait dû cotiser pour pouvoir bénéficier d'une rente complète (soit 14 ans).

e) aa) Il convient, en premier lieu, de déterminer pendant combien de temps L. _____ a cotisé jusqu'à la naissance du droit à la rente, le 1^{er} décembre 2010.

En l'occurrence, il est constant que l'assuré - domicilié en Suisse depuis le 1^{er} mars 2001 - a personnellement cotisé sans interruption depuis cette date, ce qui représente huit années entières (soit de 2002 à 2009) auxquelles il convient d'ajouter 10 mois pour l'année 2001. Auparavant, il avait cotisé 3 mois en 1997, 3 mois en 1998, 12 mois en 1999 et 9 mois en 2000. C'est donc à juste titre que la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a retenu 11 ans et 1 mois de cotisations.

Peuvent également être prises en compte, pour combler les lacunes de cotisations, les périodes de cotisations entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente (art. 52c, première phrase, RAVS). Selon la jurisprudence (cf. TFA I 78/00 du 14 juin 2002 consid. 3, in : Pratique VSI 4/2003 p. 288), l'art. 52c RAVS permet de prendre en compte, dans l'année de la naissance du droit à la rente, les périodes de cotisations accomplies jusqu'à la survenance de l'incapacité permanente de gain d'au moins 40% ou celles accomplies jusqu'à la fin du délai d'attente d'une année. En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'assuré a présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 4 juin 2009, de sorte que c'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année (art. 28 LAI). En comblant 6 mois de lacunes de cotisations durant l'année de la naissance du droit à la rente (2010) de janvier à juin 2010, correspondant à la fin du délai d'attente d'une année, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS n'a pas contrevenu au droit fédéral.

C'est donc à juste titre que la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a retenu une durée de cotisations de 11 ans et 7 mois.

bb) L'échelle de rentes applicable est déterminée par le rapport existant entre le nombre d'années de cotisations des assurés et celui de leur classe d'âge.

Selon les Tables des rentes 2009 (valables du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2010) établies par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS), la durée de cotisations est de 14 ans pour les

personnes nées en 1975, lorsque le cas d'assurance est survenu en 2010 (p. 8). Selon l'indicateur d'échelles, pour un assuré présentant le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge, l'échelle de rentes 44 est applicable. Comme le recourant ne compte que onze années entières de cotisations, il n'a droit qu'à une fraction de la rente complète (art. 38 al. 1 LAVS). Lors du calcul de cette fraction, il convient de tenir compte du rapport existant entre les années entières de cotisations de l'assuré (11 ans) et celles de sa classe d'âge (14 ans), soit un rapport de 78,57%. Conformément à l'art. 52 RAVS, ce rapport correspond à l'échelle de rente 35.

cc) Outre les années d'assurance, la rente est calculée, conformément aux art. 29^{quater} et 30 al. 2 LAVS, sur la base du revenu annuel moyen, lequel se compose des revenus de l'activité lucrative et, le cas échéant, des bonifications pour tâches éducatives et pour tâches d'assistance, et s'obtient en divisant ensuite la somme des revenus revalorisés (cf. art. 33^{ter} LAVS) et les bonifications par le nombre d'années de cotisations effectuées par l'assuré (cf. TAF C-5178/2015 du 4 mai 2017 consid. 9).

S'agissant des revenus de l'activité lucrative, sont pris en considération les revenus d'une activité lucrative sur lesquels des cotisations ont été versées. Les cotisations des personnes sans activité lucrative sont comptées comme revenu d'une activité lucrative (art. 29^{quinquies} al. 1 et 2 LAVS). La somme des revenus provenant de l'activité lucrative est ensuite revalorisée en fonction de l'indice des rentes prévu à l'art. 33^{ter} LAVS (art. 30 al. 1 LAVS). Ce facteur de revalorisation est fixé chaque année par l'OFAS (art. 33^{ter} al. 2 LAVS et art. 51^{bis} RAVS). Appliqué à chaque cas particulier, il correspond, pour la rente d'invalidité, à l'année civile pour laquelle la première inscription déterminante a été portée au compte individuel (Directives concernant les rentes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité fédérale [DR], état au 1^{er} janvier 2017, ch. 5301), soit en l'occurrence 1997. Enfin, le revenu annuel moyen s'obtient en divisant la somme des revenus revalorisés provenant d'une

activité lucrative par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS).

En l'espèce, le revenu annuel du recourant se compose de la façon suivante : 6'872 fr. en 1997, 27'783 fr. en 1998, 28'761 fr. en 1999, 29'444 fr. en 2000, 30'662 fr. en 2001, 34'566 fr. en 2002, 50'976 fr. en 2003, 55'971 fr. en 2004, 23'710 fr. en 2005, 43'758 fr. en 2006, 54'894 fr. en 2007, 58'539 fr. en 2008 et 41'938 fr. en 2009 (cf. extrait du compte individuel du 10 décembre 2014), soit un total de 487'874 francs. A cette somme doit ensuite être appliqué le facteur de revalorisation correspondant à l'année 1997. Pour cette année-là, le facteur de revalorisation du revenu en 2010 est de 1,000 (voir Tables des rentes 2009, p. 15), ce qui donne un revenu revalorisé de 487'874 fr. qu'il convient de diviser par la durée de cotisations déterminante pour le calcul de la rente dans le cas présent, à savoir 11 ans et 1 mois ($487'874 / 11 \frac{1}{12}$, art. 30 al. 2 LAVS), soit un revenu annuel moyen de 44'019 fr. A cet égard, l'art. 52c, deuxième phrase, RAVS, précise que les revenus provenant d'une activité lucrative réalisés durant la période de cotisations courant entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente ne sont pas pris en considération pour le calcul de la rente. Il convient également de préciser que les mois entre le 31 décembre précédant la réalisation du risque assuré et la naissance du droit à la rente pris en compte pour déterminer l'échelle de la rente en cas de lacunes de cotisations ne doivent pas l'être pour la détermination du revenu annuel moyen (cf. art. 51 al. 2 RAVS *a contrario*).

dd) Selon l'échelle de rente 35, le montant de la rente à laquelle le recourant peut prétendre du 1^{er} au 31 décembre 2010 s'élève, compte tenu d'un revenu annuel moyen déterminant de 44'019 fr., à 1'422 fr. (cf. Tables des rentes 2009, p. 36). Pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 juillet 2012, les rentes ont été revalorisées à hauteur de 1,8% (cf. art. 3 al. 2 de l'ordonnance 11 du 24 septembre 2010 sur les adaptations à l'évolution des salaires et des prix dans le régime de l'AVS, de l'AI et des APG [RO 2010 4577]), ce qui porte le montant de la rente entière d'invalidité à 1'447 fr. A compter du 1^{er} août

2012, le recourant a droit à une demi-rente, de sorte que le montant de cette dernière s'élève à 724 fr. jusqu'au 31 décembre 2012. Les rentes ont ensuite été revalorisées à hauteur de 0,9% (cf. art. 3 al. 2 de l'ordonnance 13 du 21 septembre 2012 sur les adaptations à l'évolution des salaires et des prix dans le régime de l'AVS, de l'AI et des APG [RO 2012 6333]), d'où une demi-rente d'invalidité d'un montant de 730 fr. servie à l'assuré entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2014. A compter du 1^{er} janvier 2015, la demi-rente allouée à l'intéressé s'élève à 733 fr., montant résultant de la revalorisation des rentes de 0,4% (cf. art. 3 al. 2 de l'ordonnance 15 du 15 octobre 2014 sur les adaptations à l'évolution des salaires et des prix dans le régime de l'AVS, de l'AI et des APG ; RS 831.108).

ee) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le calcul de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS ne prête pas le flanc à la critique et qu'il convient donc de le confirmer.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'occurrence, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, sont arrêtés à 400 francs.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 27 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de L._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- M. L._____,
- 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).

Le greffier :