

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 août 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

K._____, à **X.**_____, recourant, représenté par Me Jean-Nicolas Roud,
avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6 ss, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 22 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 et
47 al. 1 LAI ; 88a al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, a travaillé en qualité de réviseur de citernes pour le compte de la société D._____ SA du 1^{er} juin 2014 au 31 octobre 2016, date pour laquelle l'employeur a résilié les rapports de travail en raison d'une incapacité totale de travail perdurant depuis le 30 mai 2016.

Souffrant d'une hernie discale, K._____ a déposé, le 15 septembre 2016, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assuré. Dans un rapport du 21 novembre 2016, le Dr B._____, médecin auprès du Centre médical G._____, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de lombosciatalgies gauches sur discopathie L4-L5 avec hernie intraspongieuse du plateau de L1, de hernie discale C6-C7 droite et de discopathie de C3 à C7 à l'origine d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 30 mai 2016.

Répondant le 20 septembre 2017 aux questions de l'office AI, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a posé le diagnostic de hernie discale L4-L5 connue depuis 2016 avec lombalgies chroniques invalidantes. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} juin 2016 alors qu'elle était de 50 % au minimum dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de position prolongée assise, debout ou couchée et pas de torsion du tronc).

L'office AI s'est également procuré une copie du dossier constitué par P._____ Assurances, assureur perte de gain en cas de maladie du dernier employeur de l'assuré. Y figurait notamment un rapport d'expertise neurologique du 30 janvier 2018 dans lequel le Dr

V._____, spécialiste en neurologie, concluait à des lombosciatalgies gauches de topographie L5 en relation avec des troubles dégénératifs disco-vertébraux mis en évidence par une IRM lombaire du 3 mars 2017. S'agissant de la capacité de travail, il estimait qu'elle était nulle dans l'activité de réviseur de citernes étant donné les contraintes physiques de cette profession. Dans une activité légère ne nécessitant pas le port de charges importantes et autorisant des changements relativement fréquents de positions, la capacité de travail était de 50 % voire davantage. Concrètement, il incombait à l'office AI d'organiser un stage d'observation/reconversion professionnelle en débutant initialement à un taux de présence de 50 % puis, en fonction de l'évolution, de 75 voire 100 %.

Conformément à la suggestion du Dr V._____, l'office AI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle auprès du Centre Orif de N._____ avec un taux de présence prévu de 50 % le premier mois, de 75 % au début du deuxième mois et de 100 % au début du troisième mois (communication du 24 septembre 2018).

En raison du faible taux de présence de l'assuré et de l'absence d'un projet professionnel adapté à ses limitations fonctionnelles, le Centre Orif lui a proposé une prolongation de la mesure jusqu'au 21 décembre 2018, qu'il a déclinée en raison de son état de santé (note d'entretien du 23 novembre 2018).

Faute de connaître, une année après l'expertise du Dr V._____, les raisons d'une stagnation de la capacité de travail à 50 % dans un contexte d'absentéisme et d'engagement médiocre, le Dr T._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a demandé la réalisation d'un examen rhumatologique (avis médical du 5 février 2019).

Le 2 mai 2019, un examen clinique rhumatologique a été pratiqué par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin auprès du SMR. Dans son rapport du 3 mai

2019, il a posé le diagnostic principal – avec effet durable sur la capacité de travail – de lombocruralgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales L2-L3 gauche, L3-L4 droite et surtout L4-L5 ainsi qu’avec séquelles de la maladie de Scheuermann et, à titre de diagnostic associé, celui de cervico-scapulalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C6-C7 droite. D’après le Dr F._____, la capacité de travail était nulle dans l’activité de réviseur de citernes depuis le 30 mai 2016. En revanche, dans une activité adaptée, elle était de 50 % dès le 17 janvier 2018 (date de l’examen réalisé par le Dr V._____) puis de 80 % dès le 17 juillet 2018 si l’assuré avait participé de manière motivée aux mesures professionnelles mises en œuvre. Les limitations fonctionnelles se rapportaient au rachis et étaient formulées de la manière suivante : *« nécessité de pouvoir alterner 2 à 3 fois par heure la position assise et la position debout, de préférence à la guise de l’assuré, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d’un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d’exposition à des vibrations, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotations rapides de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque ».*

Le 18 novembre 2019, l’office AI a informé l’assuré qu’il comptait lui allouer, du 1^{er} mai 2017 au 30 avril 2018, une rente entière d’invalidité puis, du 1^{er} mai au 31 octobre 2018, une demi-rente d’invalidité.

Le 13 mars 2020, l’assuré a présenté des objections au projet de décision précité. Sous l’angle médical, il a contesté la capacité de travail qui lui avait été reconnue, transmettant à cet égard des certificats médicaux établis par le Dr R._____ et faisant état d’une incapacité totale de travail du 1^{er} avril 2017 au 29 février 2020. Du point de vue économique, il a critiqué la détermination des revenus avant et après invalidité.

Par décision du 9 juin 2020, l'office AI a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 18 novembre 2019.

B. **a)** Par acte du 10 juillet 2020, K._____, représenté par Me Jean-Nicolas Roud, avocat, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2016 au 29 février 2020 puis d'une rente de 50 % à compter du 1^{er} mars 2020.

Se fondant sur diverses pièces du dossier, l'assuré estimait que, contrairement à ce qu'avait retenu l'office AI, l'incapacité totale de travail remontait au 1^{er} avril 2016 et non au 30 mai 2016. De plus, c'était à tort qu'il s'était référé à l'expertise neurologique du Dr V._____ et à l'examen clinique rhumatologique du Dr F._____ pour fixer les dates et les taux d'invalidité retenus dans la décision litigieuse dès lors que ces médecins n'avaient pas tenu compte des difficultés qu'il avait rencontrées durant son stage au Centre Orif. S'agissant du revenu sans invalidité, l'assuré faisait valoir qu'il avait toujours prouvé ses grandes capacités à travailler, à s'adapter et à évoluer dans n'importe quel contexte professionnel, si bien qu'il fallait tenir compte d'une évolution de 5 % sur le dernier salaire perçu, à tout le moins depuis 2016. Quant au revenu d'invalidé, il aurait dû être fixé sur la base du calculateur statistique Salarium et non à partir des données statistiques. Arguant finalement du caractère incompréhensible du décompte figurant dans la décision litigieuse, il demandait des explications quant aux montants déduits à hauteur de 22'454 fr. 85 en faveur de l'assureur perte de gain en cas de maladie, de 1'802 fr. en faveur du Centre social régional de Z._____ et de 1'650 fr. au titre de factures à compenser.

b) Dans sa réponse du 31 août 2020, l'office AI a souligné que le rapport d'examen clinique rhumatologique du 3 mai 2019 était probant et que, selon le rapport du Centre médical G._____ du 21 novembre 2016, l'incapacité totale de travail remontait bel et bien au 30 mai 2016. Il

a ensuite expliqué en quoi la fixation des revenus avec et sans invalidité ne contrevenaient pas à la jurisprudence en la matière. Quant aux montants portés en déduction de la rente, il a renvoyé aux déterminations de la caisse de compensation compétente qu'il transmettrait dès réception. Il a conclu au rejet du recours.

c) Par courrier du 14 septembre 2020, la Caisse interprofessionnelle AVS de la Fédération des Entreprises Romandes (ci-après : la caisse de compensation) a relevé qu'il ne lui appartenait pas de se prononcer sur le degré d'invalidité de l'assuré et que le calcul de la rente n'avait pas été contesté. Cela étant, en ce qui concernait la compensation du rétroactif avec des prestations versées pendant la même période que la rente, elle a indiqué que la compensation avec des prestations de l'assureur perte de gain en cas de maladie se basait sur les conditions générales de cet assureur alors que celle effectuée avec des prestations du Centre social régional de Z. _____ reposait sur le droit cantonal. La compensation libellée « *factures à compenser* » concernait quant à elle la déduction légalement prévue d'un trentième de la rente pour chaque jour d'indemnisation par une indemnité journalière de l'assurance-invalidité.

d) Par réplique du 6 novembre 2020, l'assuré a réitéré ses critiques tant au sujet de l'évaluation de sa capacité de travail qu'à propos de la fixation des revenus avec et sans invalidité. Il a enfin contesté les déterminations de la caisse de compensation s'agissant du bien-fondé de la déduction du montant de 1'650 fr. opérée au titre des « *factures à compenser* », soutenant que dites déterminations ne constituaient nullement une base légale suffisante pour réduire les prestations auxquelles il estimait avoir droit.

e) Le 14 janvier 2021, l'office AI a transmis les déterminations de la caisse de compensation du 11 janvier précédent, dans lesquelles, après avoir rappelé la teneur de la disposition légale applicable, elle s'attachait à expliquer le bien-fondé du montant de 1'650 fr. compensé sur

le rétroactif de la rente d'invalidité versée à l'assuré. L'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

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. a) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 9 juin 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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. a) En l'espèce, il est constant que le recourant souffre de problèmes rachidiens touchant principalement la région dorsolombaire.

aa) Dans son rapport d'expertise neurologique du 30 janvier 2018, le Dr V. _____ a indiqué que l'examen clinique pratiqué permettait de retrouver des troubles statiques vertébraux modérés. Outre l'absence de syndrome lombo-vertébral significatif, les points de Valleix et la manœuvre de Lasègue étaient bilatéralement négatifs. Les différentes épreuves de marches étaient correctement exécutées. Toutefois, la percussion lombaire et la mobilisation du rachis lombaire s'étaient révélées douloureuses. Si l'examen des membres inférieurs n'avait pas mis en évidence de déficit neurologique significatif, l'expert a constaté quelques phénomènes de lâchages à l'extrémité distale du membre inférieur gauche au testing de la force musculaire ce que l'électroneuromyogramme a confirmé. Quant aux documents radiologiques, ils montraient pour l'essentiel des troubles dégénératifs disco-vertébraux lombaires pluri-étagés, avec des discopathies pluri-étagées se compliquant de protrusions/hernie discale prédominant au niveau L4-L5 où il existait une possible/probable compression radiculaire L5. Au terme de son bilan, le Dr V. _____ a conclu à l'existence probable de lombosciatalgies gauches de topographie L5 en relation avec des troubles dégénératifs disco-vertébraux. En dépit du caractère durable de l'atteinte et de l'absence de toute réponse aux différents traitements tentés, l'expert a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments permettant d'affirmer l'existence de facteurs de majoration volontaire des troubles. Selon lui, le recourant disposait, dans une activité légère ne nécessitant

pas le port de charges importantes et autorisant des changements relativement fréquents de position, d'une capacité de travail initiale de 50 %, éventuellement de 75 voire 100 % en cas d'évolution favorable et moyennant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel.

bb) L'évaluation du Dr V. _____ a été largement confirmée par l'examen clinique rhumatologique effectué par le Dr F. _____. Dans son rapport du 3 mai 2019, celui-ci a posé le diagnostic principal - avec effet durable sur la capacité de travail - de lombocruralgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales L2-L3 gauche, L3-L4 droite et surtout L4-L5 ainsi qu'avec séquelles de la maladie de Scheuermann et, à titre de diagnostic associé, celui de cervico-scapulalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C6-C7 droite. Aux plans ostéoarticulaire et neurologique, la déambulation s'effectuait sans boiterie. De même, la marche sur la pointe des pieds et les talons ne présentait aucune difficulté. L'accroupissement était complet. S'il entraînait des lombalgies, le relèvement se faisait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique était parfaitement normal. Il n'y avait pas de trouble des réflexes ni de trouble sensitivomoteur des quatre membres. Il n'y avait pas de syndrome radiculaire, l'épreuve de Lasègue étant négative, quand bien même elle était limitée des deux côtés à 80° par un raccourcissement des muscles ischiojambiers et à gauche par des lombalgies. Au plan rachidien, le Dr F. _____ a relevé de discrets troubles statiques du rachis. Toutefois, la mobilité lombaire était tout à fait satisfaisante de même que la mobilité cervicale. La mobilité des articulations périphériques était bien conservée et il n'y avait pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Il n'a noté qu'un seul signe de Waddell sur cinq sous forme de lombalgies à la rotation du tronc les ceintures bloquées. Quant à l'imagerie, elle mettait en évidence des troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire avec une hernie discale C6-C7 droite et des hernies discales lombaires pluriétagées, prédominant en L4-L5. S'exprimant sur l'exigibilité, le Dr F. _____ a estimé que l'incapacité de travail était restée totale dans l'activité habituelle de réviseur de citernes depuis le 30 mai 2016. Quant à une

activité adaptée, elle devait être compatible avec les limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire : nécessité de pouvoir alterner deux à trois fois par heure la position assise et la position debout, de préférence à la guise du recourant ; pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg ; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ; pas d'exposition à des vibrations ; pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque ; pas de rotations rapides de la tête ; pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque. Selon lui, une telle profession autorisait une capacité de travail de 50 % dès le 17 janvier 2018 (date de l'expertise réalisée par Dr V._____) puis, moyennant la mise en œuvre de mesures professionnelles auxquelles le recourant aurait dû participer de manière adéquate, une augmentation de la capacité de travail à 80 % pouvait être admise dans un délai de six mois, soit dès le 17 juillet 2018.

cc) Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise établi le 30 janvier 2018 par le Dr V._____ et du rapport d'examen clinique rhumatologique établi le 3 mai 2019 par le Dr F._____. En effet, tous deux satisfont aux réquisits jurisprudentiels auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. Ils ont été réalisés dans les règles de l'art, à l'issue d'une analyse fine et détaillée des différentes pièces médicales au dossier, d'une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale et socioprofessionnelle), d'un examen du recourant et de ses plaintes. Leurs conclusions sont étayées et bien motivées.

b) Le dossier ne contient aucune appréciation médicale de nature à susciter le doute quant au bien-fondé de ces évaluations. Plus particulièrement, le recourant ne produit aucun document propre à remettre en cause les points de vue des médecins prénommés, étant précisé que les différents certificats médicaux établis par son médecin traitant, le Dr R._____, ne sont aucunement étayés.

c) Sur la base de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant a présenté une incapacité totale de travailler du 30 mai 2016 au

16 janvier 2018, une capacité de travail de 50 % du 17 janvier 2018 au 16 juillet 2018 et une capacité de travail de 80 % à compter du 17 juillet 2018. Il n'y a au dossier aucun élément justifiant de faire débiter l'incapacité de travail à compter du 1^{er} avril 2016, la date du 30 mai 2016 ressortant au contraire clairement de plusieurs pièces du dossier (cf. demande de prestations de l'assurance-invalidité du 13 septembre 2016, rapport de visite de P._____ Assurances du 7 octobre 2016, décompte d'indemnités journalières de P._____ Assurances du 4 novembre 2016, rapport du Dr B._____ du 16 septembre 2016 à P._____ Assurances, rapport de ce même médecin du 21 novembre 2016 à l'office intimé, questionnaire pour l'employeur complété le 8 novembre 2016 par la société D._____ SA, rapport d'expertise neurologique du 30 janvier 2018 du Dr V._____ [p. 6] et rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr F._____ du 3 mai 2019 [p. 10]).

6. a) aa) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

bb) En l'occurrence, après avoir présenté une incapacité totale de travail du 30 mai 2016 au 16 janvier 2018, le recourant a retrouvé, dès le 17 janvier 2018, une capacité de travail de 50 % puis de 80 % à compter du 17 janvier 2018. Ce changement dans la capacité de travail étant susceptible d'influencer le droit à la rente, c'est à juste titre que

l'office intimé a effectué la comparaison des revenus à l'aune des circonstances prévalant en 2018.

b) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par. ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) Le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, soit 79'621 fr. 76, peut être confirmé. En effet, il a été fixé sur la base des indications fournies par le dernier employeur du recourant et a fait l'objet d'une adaptation à l'évolution des salaires soit 0,4 % de 2016 à 2017 et 0,5 % de 2017 à 2018 (cf. Office fédéral de la statistique, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2020). Dans ces conditions, il apparaît que l'évolution minimale de 5 % alléguée par le recourant ne repose sur aucun fondement concret et qu'il ne saurait en être tenu compte dans la fixation du revenu en question.

c) aa) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

bb) Lorsque la personne assurée 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 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

cc) 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 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). 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).

dd) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

ee) Dans la mesure où le recourant n'a repris aucune activité lucrative à la suite de la perte de son dernier emploi en 2016, il convient, comme l'a fait l'office intimé, de se baser sur les données salariales statistiques ressortant de l'ESS, ce qui est conforme à la jurisprudence (cf. considérant 6c/bb ci-dessus). Selon les données de l'ESS 2016, le salaire

auquel pouvaient prétendre les hommes en 2016 dans des activités manuelles simples était de 5'340 fr. pour une semaine de travail de 40 heures. Compte tenu de la durée hebdomadaire moyenne de travail en 2016 (41,7 heures) et de l'indexation des salaires nominaux entre 2016 et 2018, on obtient un salaire annuel de 67'405 fr. 97 pour un plein temps, de 53'924 fr. 77 pour une capacité de travail de 80 %, et de 33'702 fr. 99 pour une capacité de travail de 50 %.

ff) Il n'y a pas lieu de s'écarter du revenu d'invalidé retenu par l'office intimé dans la décision attaquée. En effet, le recourant ne donne aucune explication sur les raisons pour lesquelles il se justifierait, à son avis, de privilégier le calculateur statistique Salarium. De même, il n'y a pas lieu de tenir compte d'un abattement sur le salaire statistique afin de prendre en considération les limitations fonctionnelles subies, dans la mesure où cet élément a déjà été pris en compte dans le cadre de la diminution de rendement retenue.

d) Au final, c'est à juste titre que le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} mai 2017 au 30 avril 2018 et d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} mai au 31 octobre 2018 (cf. art. 28 al. 1 et 29 al. 3 LAI, ainsi que l'art. 88a al. 1 RAI), fondée sur un taux d'invalidité de 58 % ($(79'621 \text{ fr. } 76 - 33'702 \text{ fr. } 99) / 79'621 \text{ fr. } 76 \times 100$). L'existence d'une capacité de travail de 80 % excluait le droit à la rente, le taux d'invalidité, arrêté à 32 % ($(79'621 \text{ fr. } 76 - 53'924 \text{ fr. } 77) / 79'621 \text{ fr. } 76 \times 100$), ne permettant plus l'octroi d'une telle prestation.

7. A la lecture de la décision entreprise, l'office intimé a reconnu le droit du recourant à un montant de 27'083 fr. à titre de rétroactif de rente pour la période comprise entre mai 2017 et octobre 2018, ensuite de quoi il a, d'une part, compensé la somme de 3'452 fr. au titre des indemnités journalières perçues par le recourant et, d'autre part, restitué la somme de 22'454 fr. 85 à P. _____ Assurances.

Si, dans un premier temps, le recourant a contesté ce décompte dans son intégralité (cf. mémoire du 10 juillet 2020), il n'a, après avoir pris connaissance des déterminations de la caisse de compensation du 14 septembre 2020, critiqué ces dernières que sous l'angle de la compensation opérée entre le rétroactif de la rente d'invalidité et le montant de 1'650 fr. correspondant à des « *factures à compenser* » (cf. réplique du 6 novembre 2020). Point n'est dès lors besoin d'examiner plus avant le bien-fondé des autres montants portés en déduction du rétroactif de rente.

8. a) A teneur de l'art. 22 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation, si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail de 50 % au moins (al. 1). L'indemnité journalière se compose de l'indemnité de base, à laquelle tous les assurés ont droit, et d'une prestation pour enfant (al. 2). L'assuré n'a pas droit à une prestation pour les enfants pour lesquels des allocations pour enfant ou des allocations de formation prévues par la loi sont déjà versées (al. 3, dernière phrase).

L'indemnité de base s'élève à 80 % du revenu de l'activité lucrative que l'assuré percevait pour la dernière activité exercée sans restriction due à des raisons de santé et, pour l'assuré qui suit des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a, à 80 % du revenu qu'il percevait immédiatement avant le début des mesures. Dans tous les cas, l'indemnité s'élève toutefois à 80 % au plus du montant maximal de l'indemnité journalière, lequel correspond au montant maximum du gain assuré journalier fixé dans la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) (art. 23 al. 1 et 1^{bis} en relation avec l'art. 24 al. 1 LAI). Le calcul du revenu de l'activité lucrative se fonde sur le revenu moyen sur lequel les cotisations prévues par la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) sont prélevées (art. 23 al. 3 LAI).

b) Selon l'art. 47 al. 1 LAI, durant la mise en œuvre des mesures d'instruction, des mesures de réadaptation et des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI, les bénéficiaires perçoivent leur rente en dérogation à l'art. 19 al. 3 LPGA. Les rentes sont perçues jusqu'à la décision de l'office AI visée à l'art. 17 LPGA s'ils suivent des mesures de nouvelle réadaptation prévues à l'art. 8a (art. 47 al. 1^{bis} let. a LAI) ou, pour les autres mesures de réadaptation, au plus jusqu'à la fin du troisième mois civil entier qui suit le début des mesures (art. 47 al. 1^{bis} let. b LAI).

Les bénéficiaires de rente ont droit en outre à une indemnité journalière. Durant la mise en œuvre des mesures d'instruction ou de réadaptation, l'indemnité est toutefois réduite d'un trentième du montant de la rente pendant la période au cours de laquelle deux prestations sont dues (art. 47 al. 1^{er} LAI). Lorsqu'une rente succède à une indemnité journalière, elle est versée, en dérogation à l'art. 19 al. 3 LPGA, sans réduction pour le mois durant lequel le droit à l'indemnité journalière prend fin. Durant ce mois, l'indemnité journalière est en revanche réduite d'un trentième du montant de la rente (art. 47 al. 2 LAI).

c) Conformément au ch. 5051 de la directive de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) concernant le calcul et le versement des indemnités journalières ainsi que la perception des cotisations (DIJ), l'indemnité journalière est réduite d'une somme égale au montant journalier de la rente lorsqu'une indemnité journalière et une rente de l'assurance-invalidité sont allouées en même temps. Tel est le cas lorsque l'indemnité journalière succède à la rente de l'assurance-invalidité ; cette dernière est accordée, en sus de l'indemnité journalière et sans réduction, au plus jusqu'à la fin du troisième mois civil entier qui suit le début des mesures d'instruction et de réadaptation, l'indemnité étant pour sa part réduite d'un trentième du montant de la rente de l'assurance-invalidité (ch. 2009 DIJ). De même, lorsque la rente de l'assurance-invalidité succède à l'indemnité journalière, la rente n'est pas réduite durant le mois pendant lequel le droit à l'indemnité s'éteint ; l'indemnité journalière subit également une réduction (ch. 2010 DIJ).

d) Dans le cas d'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité à compter du 3 septembre 2018 (cf. décision du 27 septembre 2018). Compte tenu de l'interruption de la mesure d'orientation professionnelle au sein du Centre Orif de N._____ en raison de périodes successives d'incapacité de travail, le versement des indemnités journalières a cessé le 14 octobre 2018 avant de reprendre entre le 18 et le 21 octobre puis s'est poursuivi du 23 au 31 octobre 2018.

A teneur de la décision entreprise, l'office intimé a procédé au versement d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai au 31 octobre 2018.

Dans la mesure où des périodes de versement d'indemnités journalières et de rente d'invalidité se confondent, soit entre le 3 septembre et le 14 octobre 2018, entre le 18 et le 21 octobre 2018 et entre le 23 et le 31 octobre 2018 (représentant 55 jours au total), l'office intimé a, en application de l'art. 47 LAI et du ch. 5051 DIJ, correctement réduit le montant de l'indemnité journalière d'une somme de trente francs correspondant au trentième du montant de la demi-rente de l'assurance-invalidité (901 fr. / 30). En procédant de la sorte, l'office intimé a reconsidéré la décision d'indemnités journalières du 27 septembre 2018 qu'il avait précédemment rendue, celle-ci s'étant avérée manifestement erronée à la suite de l'octroi d'une rente d'invalidité au recourant. Pour le reste, le calcul entrepris est détaillé à satisfaction dans les documents joints aux déterminations du 11 janvier 2021 établis par la caisse de compensation. Compte tenu d'une réduction de 30 fr. durant une période de 55 jours, elle a correctement calculé le montant de 1'650 francs.

e) Sur le vu de ce qui précède, les règles légales et les directives administratives pertinentes ont été respectées. C'est ainsi à bon droit que les indemnités journalières perçues en trop par le recourant ont été compensées avec le rétroactif de rente.

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

10. a) 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

11. a) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Roud peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 10 mai 2022, il apparaît qu'elle ne peut pas être intégralement suivie. En particulier, la liste fait mention de quelques démarches antérieures à la date à compter de laquelle l'assistance judiciaire a été accordée (10 juillet 2020), lesquelles n'ont pas à être prises en charge dans le cadre de la présente procédure à l'exception des 4 heures employées à la rédaction du recours. Partant, il convient de retenir 12 heures et 12 minutes de prestations d'avocat rémunérées à 180 fr., ce qui correspond à un montant total d'honoraires de 2'196 fr. auquel il y a lieu d'ajouter les débours et la TVA de 7,7 %. L'indemnité totale sera donc arrêtée à 2'483 fr. 35 (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

b) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont

fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 9 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de K._____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Nicolas Roud est arrêtée à 2'483 fr. 35 (deux mille quatre cent huitante-trois francs et trente-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Nicolas Roud, avocat (pour K. _____),
- 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 :