

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2022

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Métral, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 aLAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, est marié et père de quatre enfants. Il a exercé l'activité de chauffeur de service à 100 %, à compter de 1993, auprès de F._____SA.

En incapacité totale de travail depuis le 23 janvier 2015, il a requis des prestations de l'assurance-invalidité, par dépôt du formulaire ad hoc le 5 août 2015, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a sollicité des rapports auprès de l'employeur et des médecins traitants de l'assuré, ainsi qu'un tirage du dossier constitué par H._____SA en sa qualité d'assureur perte de gain en cas de maladie. La Dre L._____, spécialiste en neurochirurgie auprès du Centre C._____, a indiqué, le 20 août 2015, que son patient souffrait de lombalgies et d'une insuffisance segmentaire L4-L5 et L5-S1. Il avait fait l'objet d'une injection péri-durale le 13 avril 2015 et de blocs facettaires le 6 juillet 2015. Un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire du 18 mars 2015 mettait en évidence une lombodiscarthrose marquée des trois derniers étages lombaires, responsable d'une sténose canalaire acquise non significative en L3-L4 et d'une sténose acquise significative en L4-L5. L'assuré était incapable de reprendre son activité habituelle de chauffeur de service. Une activité adaptée, sans port de charges, permettant l'alternance des positions, exempte de positions en porte-à-faux, de marche prolongée et ne requérant pas de concentration ou de mémorisation soutenue en raison des traitements antalgiques, était envisageable à 50 %.

Par rapport du 25 août 2015, le Dr D._____, médecin généraliste, a repris le diagnostic de lombodiscarthrose avec sténose canalaire acquise, incapacitant depuis le 23 janvier 2015. Il ne pouvait se prononcer quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée.

F. _____ SA a fait parvenir son rapport à l'OAI le 27 août 2015. L'assuré, engagé à plein temps en août 1993, était licencié avec effet au 30 novembre 2015. Il avait perçu un salaire de 5'248 fr. par mois en 2015, auquel s'ajoutait une prime mensuelle de 376 francs.

Sur mandat de H. _____ SA, la Dre K. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne auprès du J. _____ a procédé à une expertise rhumatologique le 29 septembre 2015. A l'issue de son rapport du 6 novembre 2015, elle a retenu les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de spondylarthrose lombaire avec discarthrose en poussée congestive L4-L5, petite hernie discale, sans répercussion neurologique, et canal lombaire étroit relatif, de status après réparation chirurgicale d'une lésion de la coiffe des rotateurs à gauche en 2013, avec rupture du long chef du biceps vraisemblablement plus ancienne, et de périarthrite scapulo-humérale droite discrète. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée, soit une activité légère à moyenne, avec alternance des positions assise et debout, sans travail en hauteur en élévation des bras. Le pronostic était mauvais en raison d'une compliance approximative au traitement antalgique, d'éléments de discordance et de facteurs environnementaux en présence d'une douleur chronifiée « subjectivement hautement invalidante ». La Dre K. _____ a notamment fait part de ses observations cliniques en ces termes :

« [...] L'examen met en évidence un syndrome lombaire modéré, sans signe d'appel neurologique.

Il est en corrélation avec la présence d'une discopathie d'allure dégénérative, congestive, en L4-L5 et dans une moindre mesure de discopathies des étages adjacents. Une petite hernie discale est aussi identifiée à cet étage mais sans répercussion clinique d'un syndrome radiculaire irritatif, ni déficitaire, ni pour une myélopathie. Le canal lombaire est étroit.

Ces éléments déterminent des limitations fonctionnelles et la reconnaissance d'un arrêt de travail total et définitif pour son travail pénible à transporter des tapis de 25 à 30 kg dans l'ancienne entreprise d'où il a reçu son congé.

Le haut handicap fonctionnel décrit manque toutefois de concordance avec l'observation d'un homme à la gestuelle spontanée fluide, non limitée, pouvant encore conduire au besoin les membres de sa famille au travail, pouvant aller rechercher son fils sur appel téléphonique, sans limitation momentanée, pouvant se

rendre à ses répétitions de chant, aux matches de foot de l'un de ses fils.

Le status objectif ne correspond pas à l'habitus d'un homme grabataire.

On constate un certain embonpoint et un certain déconditionnement sans doute lié à l'arrêt du karaté il y a 3 ans et à l'arrêt de travail en mars dernier. Mais le reste de l'examen est normal en dehors d'une discrète raideur lombaire et d'une discrète ankylose des épaules, en fin d'amplitude, avec des signes de rupture du long chef du biceps à gauche.

Les épaules présentent une discrète ankylose douloureuse. Il s'agit d'un contexte d'atteintes dégénératives de la coiffe des rotateurs, opérée à gauche en 2013, avec des signes d'arc douloureux, de mise en tension douloureuse également à droite.

M. n'avait pas de document radiologique y relatif. J'ai pu faire ressortir son protocole opératoire attestant qu'il s'agissait d'une large rupture de la coiffe qui a été réparée avec décompression sous-acromiale par acromioplastie. On y décrit que la rupture du long chef du biceps était déjà ancienne.

Des activités en charges ou répétitives les bras en hauteur sont désormais contre-indiquées. Un travail léger à moyen, permettant des alternances de positions, apparaît exigible, théoriquement à partir du moment où M. a reçu son licenciement. [...] »

L'assuré s'est rendu à la consultation du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a complété un rapport à l'OAI le 6 janvier 2016, retenant le diagnostic de sténose mixte du canal spinal L3-L4, L4-L5 et L5-S1, avec instabilité L4-L5 chez un patient diabétique et hypertendu. Le cas n'était, à son avis, pas stabilisé, en raison d'une indication opératoire.

Consulté pour avis, le Service médical régional (SMR) a estimé, le 25 août 2016, que les conclusions de l'expertise réalisée par la Dre K._____ pouvaient être suivies. L'assuré était donc doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis septembre 2015.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé à une comparaison des revenus, le 17 novembre 2016, sur la base de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps, et mis à jour un degré d'invalidité de 18,02 %.

Par projet de décision du 2 décembre 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, vu le degré d'invalidité précité.

Assisté de Me Olivier Carré, l'assuré a contesté ce projet par correspondance du 19 janvier 2017, exposant avoir fait l'objet d'une intervention chirurgicale le 3 janvier 2017, à savoir une laminectomie et discectomie L4-L5 avec mise en place d'écarteurs interépineux, effectuée par la Dre L._____. Son état de santé n'était pas encore stabilisé et serait contrôlé à intervalles réguliers.

Aux termes d'un complément du 15 mai 2017, l'assuré a précisé être au bénéfice de séances de physiothérapie et d'une augmentation du traitement antalgique. Etaient notamment annexés des rapports du Dr D._____. du 2 mai 2017 et de la Dre L._____. du 6 mai 2017. Celle-ci considérait que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute profession physique. Une activité déployée essentiellement en position assise, permettant l'alternance des positions et exempte de mouvements répétitifs, pouvait être envisagée au taux maximum de 50 % (4 heures par jour). Elle a réitéré cette appréciation le 3 juillet 2017, pour autant que l'assuré puisse décharger sa région rachidienne lombaire, après avoir procédé à une infiltration antalgique (morphine). Dans un rapport au mandataire de l'assuré du 14 août 2017, elle a ensuite estimé qu'une reprise de travail était illusoire, même en décharge rachidienne, en raison de la symptomatologie douloureuse persistante. Fondé sur l'avis de la Dre L._____., l'assuré a sollicité une réévaluation de sa situation par courrier à l'OAI du 30 août 2017.

Le 26 septembre 2017, le Dr N._____., spécialiste en anesthésiologie et médecine de la douleur au sein de l'Institut O._____., a communiqué son appréciation du cas de l'assuré à la demande de la Dre L._____. Il a retenu « une situation sévère qui [nécessitait] une prise en charge interventionnelle » par des blocs articulaires postérieurs avant éventuellement la mise en place d'une pompe intrathécale.

Par avis du 21 novembre 2017, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique, lequel a été diligenté par le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, le 23 février 2018. A l'issue de son rapport, rédigé le 6 mars 2018, il a retenu les diagnostics incapacitants suivants :

- Lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après laminectomie L4 et L5, discectomie L4-L5 et mise en place d'écarteurs interépineux L3-L4 et L4-L5 droits pour canal lombaire étroit de L3 à L5 et hernie discale L4-L5 paramédiane droite ;
- Douleurs et imitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre d'un status après discrète périarthrite scapulo-humérale droite ;
- Douleurs de l'épaule gauche dans le cadre d'un status après réparation de la coiffe des rotateurs gauche ;
- Coxarthrose bilatérale.

Le spécialiste du SMR a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 %, dès le 3 juillet 2017, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du rachis et des quatre membres. Il a motivé son appréciation du cas comme suit :

« [...] Au status actuel, on note un assuré en BEG [réd. : bon état général], normocarde, normotendu. Il présente un excès pondéral avec un BMI [réd. : indice de masse corporelle] à 29. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. L'abdomen est souple et indolore, sans hépatosplénomégalie ou masse palpable. En cours d'entretien, l'assuré est démonstratif. Il fait de nombreuses grimaces, se tord sur sa chaise et pousse des gémissements et des soupirs. Durant l'entretien, qui durera 1 heure 10, l'assuré se lèvera 10 minutes avant la fin de l'entretien pour se rasseoir rapidement. L'assuré se montrera également démonstratif en cours d'examen neurologique et ostéoarticulaire.

A la marche pieds nus dans la salle d'examen, l'assuré mimera des troubles de l'équilibre. Il mimera également des troubles de l'équilibre de façon caricaturale à la marche sur la pointe des pieds et sur les talons, ainsi qu'à la marche un pied devant l'autre. Cependant, le Romberg les yeux ouverts sera stable, alors que le Romberg les yeux fermés sera à nouveau instable. L'accroupissement est par ailleurs limité, il entraînerait des lombalgies. L'assuré présentera des troubles de l'équilibre,

probablement mimés, au relèvement de la position accroupie et se retiendra au lavabo pour se relever. Le reste du status neurologique est marqué par une hyporéflexie diffuse des MI [réd. : membres inférieurs], au niveau rotulien D [réd. : droit] et des deux achilléens. Il présente également une aréflexie rotulienne G [réd. : gauche]. Le reste du status neurologique est parfaitement normal, notamment les épreuves de Lasègue sont négatives. Elles sont tout de même limitées ddc [réd. : des deux côtés] à 60° par des lombalgies et, en raison de ces lombalgies qu'occasionnerait l'épreuve de Lasègue, l'assuré pousse des cris de manière démonstrative. Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est également diminuée, mais l'assuré présente de nombreux signes de non organicité selon Waddell, soit 4/5 signes sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une importante discordance entre la DDS [réd. : distance doigts-sol] et la DDO [réd. : distance doigts-orteils] sur le lit d'examen et d'une importante démonstrativité, l'assuré poussant des cris à la mobilisation du rachis lombaire dans les diverses directions et mimant des troubles de l'équilibre en position debout à l'examen du rachis lombaire. Par contre, paradoxalement, lorsqu'on palpera les masses et les insertions musculaires des quatre membres en position debout, l'assuré ne présentera pas de troubles de l'équilibre. La mobilité cervicale est par contre satisfaisante, la mobilité des articulations périphériques également. Seule la DP-C7 [réd. : distance pouce-vertèbre C7] de l'épaule D est augmentée par rapport à l'épaule G. Les épreuves de PSH [réd. : périarthrite scapulo-humérale] sont par contre négatives ddc. L'assuré présente des lombalgies aux épreuves de PSH, ce qui constitue un signe de non-organicité selon Kummel, l'assuré présentant également le 2^{ème} autre signe de non-organicité selon Kummel, soit 2 signes de non-organicité selon Kummel sur 2. La mobilisation des hanches entraînera également des lombalgies et la flexion des hanches sera légèrement limitée par ces lombalgies. La mobilisation des genoux en flexion entraînera également bizarrement des lombalgies. L'assuré ne présente par ailleurs aucun signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique.

Du point de vue radiologique, les RX [réd. : radiographies] post-opératoires mettent en évidence un status satisfaisant après laminectomie L4-L5, discectomie L4-L5 et mise en place d'écarteurs interépineux de type Bac Jac L3-L4 et L4-L5 D, qui sont en place sur les RX que nous a amenés l'assuré. Ainsi, ces RX post-opératoires sont tout à fait rassurantes.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des LF [réd. : limitations fonctionnelles] qui ne se sont pas respectées dans l'activité de chauffeur-livreur chez F. _____ SA. Ainsi, dans cette activité, la CT [réd. : capacité de travail] est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, nous retenons une CT de 50 %. Nous retenons effectivement une IT [réd. : incapacité de travail] de 50 %, au vu des LF qui se surajoutent et qui conduisent fatalement à une baisse de rendement et au vu du status après opération lombaire importante. Nous ne retenons cependant pas une IT supérieure à 50 % dans une activité adaptée, car il n'y a aucune raison biomécanique à le faire. D'ailleurs, la tolérance à la position assise en cours d'entretien a été plutôt satisfaisante. Par ailleurs, malgré que l'assuré cote assez haut

ses douleurs, soit à 6-7/10 au repos avec des pics douloureux à 8/10 lorsque l'assuré lève de petites charges, l'assuré est encore capable de conduire, d'utiliser les transports publics sans problème, de marcher parfois 20 à 30 minutes lentement autour de sa maison. Il garde par ailleurs une bonne intégration sociale, a des amis et voit régulièrement un ami qui vient lui rendre visite ou à qui il rend visite. L'assuré va également chercher son épouse lorsqu'elle va faire ses commissions. L'assuré ne fait cependant pas le ménage, la lessive et le repassage, mais, auparavant, il ne faisait que de temps en temps le repassage et passait l'aspirateur. Par ailleurs, en novembre 2015, l'assuré a été capable de partir en avion [...]. L'assuré présente cependant des difficultés d'ordre social, puisqu'il ne touche aucun salaire et n'a pas le droit, pour le moment, aux prestations sociales, car il possède un appartement avec son épouse. Il a cependant de bonnes ressources disponibles, puisqu'il est bien soutenu par son épouse et par ses enfants, ces derniers contribuant aux frais du ménage et habitant chez lui. L'assuré a également une bonne aptitude à la communication en français. Il s'agit d'une personne intelligente. Par contre, l'assuré n'est pas du tout motivé par la reprise d'une activité professionnelle. Il semble cependant avoir bien adhéré à la thérapie. On note cependant d'importants motifs d'exclusion chez cet assuré telles qu'une importante exagération des symptômes et une importante démonstrativité.

[...]

L'assuré ne souffre par contre d'aucune maladie addictive. Il n'a jamais fumé et ne consomme de l'alcool que de manière occasionnelle. Il ne présente donc aucun syndrome de dépendance, ayant conduit à un trouble irréversible. La personnalité actuelle de l'assuré face à sa maladie est plutôt passive, puisqu'il ne recherche pas activement une activité professionnelle légère compatible avec ses problèmes de santé. La thérapie suivie jusqu'à présent a été conduite dans les règles de l'art. On peut cependant regretter que l'assuré ne bénéficie pas de physiothérapie à sec de tonification de la musculature rachidienne, ce qui permettrait probablement une amélioration des douleurs lombaires. On peut regretter également que l'assuré ne bénéficie pas de physiothérapie en piscine qui permettrait une meilleure mobilisation de l'assuré et qui permettrait de vaincre la kinésiophobie présentée par l'assuré. Par ailleurs, une pompe intrathécale de morphine ne semble pas indiquée, vu l'essai infructueux d'injection intrathécale de Fentanyl®.

[...]

Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 à 3 x/heure la position assise et la position debout. 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.

MS [réd. : membres supérieurs] : pas de lever de charges de plus de 5 kg avec les MS. Pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 70°.

MI [réd. : membres inférieurs] pas de genuflexions répétées. Pas de franchissement d'escabeau ou échelle.

Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de travail en hauteur. Pas de marche ou de position debout de plus de 15 minutes. [...] »

Par courrier du 21 juin 2018, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un rapport du Dr G. _____ du 12 juin 2018, dans lequel ce dernier a procédé à une critique du rapport d'examen SMR du 6 mars 2018, qualifiant pour l'essentiel ce document d'incomplet, contradictoire et imprécis. A son avis, l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré ne pouvait être suivie, au vu d'une analyse insuffisante des diagnostics évoqués.

Le SMR a toutefois maintenu les conclusions formulées par le Dr M. _____ dans un avis du 16 juillet 2018.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le préjudice économique subi par l'assuré, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dès le 3 juillet 2017, en date du 2 octobre 2018. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était fixé à 61,31 %

Par projet de décision du 19 octobre 2018, annulant et remplaçant le précédent, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il entendait lui allouer trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2018. Pour la période antérieure, un degré d'invalidité, chiffré précédemment à 18 %, n'ouvrait pas le droit à une rente.

L'assuré, avec le soutien de Me Carré, a contesté ce nouveau projet de décision dans une correspondance du 26 novembre 2018, complétée les 7 décembre 2018, 31 janvier et 26 mars 2019. Il a, pour l'essentiel, manifesté son désaccord avec l'appréciation médicale de sa situation, ainsi qu'avec la détermination de son revenu sans invalidité, tout en exposant par le détail les différents traitements infructueux, voire potentiellement dangereux, envisagés dans son cas. Il a sollicité l'octroi d'une rente entière d'invalidité, précédé d'une expertise pluridisciplinaire destinée à statuer sur les avis divergents de ses médecins traitants et du SMR.

Le SMR a proposé, le 29 juillet 2019, de faire réaliser une nouvelle évaluation rhumatologique de l'assuré.

Un mandat d'expertise a ainsi été délivré au Dr P._____, spécialiste en rhumatologie, le 18 novembre 2019, qui a communiqué son rapport le 12 février 2020. Il a pris en considération les diagnostics incapacitants suivants :

- Syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sur status post-laminectomie L4-L5 et discectomie L4-L5 et mise en place d'écarteurs interépineux en L3-L4 et L4-L5 droits pour canal lombaire étroit de L3 à L5 et hernie discale L4-L5 paramédiane droite ;
- Omalgies gauches persistantes sans signe de conflit sur status post-suture de la coiffe des rotateurs.

L'expert a par ailleurs justifié son appréciation du cas comme suit :

« [...] Du point de vue rhumatologique les résultats de l'examen sont valides et compréhensibles mais ne permettent pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle qui en découle dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle.

En effet, on note certes une discopathie multiétagée déjà présente suite à l'opération, les lésions de la coiffe des rotateurs sont actuellement peu significatives et il n'y a pas de collection liquidienne.

Dès lors, on note une certaine discordance entre les plaintes de la personne assurée, l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour.

A noter qu'elle déclare ne pas pouvoir s'asseoir plus de 5 à 10 minutes alors que durant toute l'anamnèse elle n'opte pas de position antalgique et qu'elle reste assise. Elle est capable de conduire un véhicule sans arrêt depuis son domicile alors qu'elle déclare ne pouvoir conduire que 5 minutes sur son lieu de vie.

[...]

Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que [l']exigibilité, du point de vue purement rhumatologique, concernant [l']activité de chauffeur-livreur, estimant qu'elle devait effectuer des ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier et des longs trajets en véhicule, [...] est estimée à 0 % depuis le 23.01.2015.

[...]

Les caractéristiques sont une activité respectant :

- les mobilisations de l'épaule G au-dessus de l'horizontale en abduction et en antépulsion de manière répétitive ;
- les ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 kg.

[...]

Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précitées, du point de vue rhumatologique, la personne assurée ne devrait pas présenter de diminution de performance.

[...]

Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que [l']exigibilité, du point de vue purement rhumatologique dans une activité respectant les limitations fonctionnelles prédécrites est estimée à 50 % et ce, dès septembre 2015 et à nouveau dès juillet 2017 soit 6 mois après l'opération lombaire (une IT transitoire de janvier à juillet 2017 paraît être justifiée).

Une fois la prise charge physiothérapeutique reprise, [la] CT pourrait médico-théoriquement être progressivement augmentée à 70 %.

[...] »

Sur demande de précisions de l'OAI, respectivement du SMR,

le

Dr P._____ a rectifié son appréciation, indiquant que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % de septembre 2015 à janvier 2017 et qu'il ne se distançait pas des Drs M._____ en 2018 et K._____ en 2015. Son texte devait en conséquence être corrigé comme suit :

« [...] Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que [l']exigibilité, du point de vue purement rhumatologique dans une activité respectant les limitations fonctionnelles prédécrites est estimée à 100 % et ce, dès septembre 2015 à janvier 2017 et à nouveau dès juillet 2017 soit 6 mois après l'opération lombaire (une IT transitoire de janvier à juillet 2017 paraît être justifiée) à 50 %. [...] »

Le SMR s'est rallié à cette appréciation le 25 mai 2020.

Par correspondance de son mandataire du 1^{er} juillet 2020, l'assuré a contesté les conclusions du Dr P._____, soulignant la complexité de son cas et se référant à un évaluation critique du Dr G._____ du 12 juin 2020. Ce dernier considérait que le Dr P._____ était demeuré inconsistant sur les diagnostics évoqués et sur la symptomatologie avancée. Ses conclusions ne pouvaient donc, à son avis, pas être retenues. En outre, l'assuré a fait valoir différents griefs en lien avec le déroulement de l'examen clinique effectué auprès du Dr P._____.

Par courrier du 5 novembre 2020, l'OAI a indiqué à l'assuré maintenir son projet de décision du 19 octobre 2018. Il relevait que l'expert avait finalement validé les appréciations des précédents examinateurs et que la capacité de travail dans une activité adaptée avait été réduite à 50 % pour tenir compte de limitations fonctionnelles supplémentaires consécutives à l'opération subie en janvier 2017. Entre janvier 2015 et janvier 2017, une capacité de travail entière devait être retenue. Le revenu sans invalidité correspondait aux données communiquées par F._____SA à l'issue du rapport du 27 août 2015. Quant au revenu d'invalidité, fondé sur les statistiques salariales, il avait fait l'objet d'un abattement de 15 % pour tenir compte de la situation personnelle de l'assuré, abstraction faite de ses limitations fonctionnelles comprises dans l'évaluation de la capacité de travail.

L'OAI a dès lors établi sa décision le 27 janvier 2021, mettant l'assuré au bénéfice de trois-quarts de rente d'invalidité, fondés sur un degré d'invalidité de 62 %, dès le 1^{er} janvier 2018.

B. B._____, représenté par Me Carré, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 1^{er} mars 2021. Il a conclu à sa réforme, en ce sens que le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité lui soit reconnu dès le 1^{er} février 2016. Il a fait grief à l'OAI d'avoir pris en considération la capacité résiduelle de travail déterminée par les différents experts pour statuer sur son cas. De son point de vue, les conclusions des rapports d'expertise correspondants ne pouvaient être suivies, compte tenu notamment des critiques formulées par le Dr G._____. Au demeurant, les limitations fonctionnelles énumérées dans son cas rendaient de toute façon illusoire une quelconque reprise d'activité, qui plus est en raison d'un manque de formation, d'une longue période sans emploi et de l'avancement en âge. Par ailleurs, en dépit des soucis psychologiques relevés par les experts, singulièrement le Dr M._____, l'OAI n'avait pas jugé utile d'investiguer plus avant cet aspect. L'instruction de son dossier apparaissait donc, à son avis, insuffisante. L'assuré a au surplus rappelé la teneur de ses écritures de contestation, établies au stade des procédures

d'audition. Il a enfin sollicité une audience afin de fournir ses explications de vive voix.

L'OAI a répondu au recours le 5 mai 2021 et proposé son rejet, estimant que l'aspect médical du dossier de l'assuré avait été instruit à satisfaction. Les activités considérées comme adaptées, mises en évidence par son service de réinsertion professionnelle, étaient par ailleurs accessibles à l'assuré.

Par réplique du 15 juillet 2021, l'assuré a maintenu ses conclusions et réitéré sa requête d'audition.

L'OAI a renoncé à se déterminer plus avant, par écriture du 23 août 2021.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1, let. a, LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93, let. a, LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61, let. b, LPGA), de sorte qu'il est recevable.

c) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (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).

2. Préliminairement, on observe que le recourant a demandé à être entendu lors d'une audience (cf. mémoire de recours du 1^{er} mars 2021, p. 19). Il n'a toutefois pas invoqué l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) et n'a pas non plus fait référence à la jurisprudence y relative. Il s'est limité à requérir son audition afin de faire état concrètement de l'altération de ses capacités fonctionnelles. Or si l'art. 6 par. 1 CEDH garantit à chacun le droit à ce que sa cause soit entendue publiquement, une demande doit être formulée de manière claire et indiscutable (TF 9C_335/2021 du 9 février 2022 consid. 3.2). Tel n'est pas le cas en l'espèce, la requête formulée par le recourant - assisté d'un mandataire professionnel - constituant uniquement une requête de preuve qui ne fonde pas l'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 CEDH. Dite requête peut être écartée, compte tenu de l'exhaustivité des pièces du dossier (cf. s'agissant de l'appréciation des preuves : consid. 6 à 8 infra).

3. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} février 2016.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident
(art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

5. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

c) En vertu de l'art. 29^{ter} RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

6. a) Pour pouvoir 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 (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 qu'il a recueillies, 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 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 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

7. a) En l'espèce, contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait considérer que son cas ait été insuffisamment instruit. Il a fait l'objet de deux expertises rhumatologiques et d'un examen clinique rhumatologique au sein du SMR, lesquels fournissent un tableau clinique exhaustif et évolutif de sa situation. Les spécialistes concernés ont procédé à des investigations systématiques de l'ensemble des pathologies annoncées par le recourant (rachis lombaire, épaules et hanches), tout en se référant aux rapports médicaux établis par ses médecins traitants et aux différents documents d'imagerie versés à son dossier. Ils ont communiqué des conclusions cohérentes quant aux diagnostics devant être retenus, à l'appréciation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que dans l'énumération des restrictions fonctionnelles.

b) On ne voit pas que la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, telle que réclamée au stade de la procédure d'audition, soit de nature à fournir un éclairage différent de l'état de santé du recourant. On peut également nier la nécessité de procéder à un complément d'instruction sur le plan psychique. Si le recourant a certes évoqué des soucis du registre psychologique (cf. en particulier : rapport d'examen rhumatologique du Dr M._____ du 6 mars 2018, p. 5) dans un contexte de douleurs chroniques avec majoration des symptômes et signes de non-organicité (cf. notamment : rapport d'expertise de la Dre K._____ du 6 novembre 2015, p. 22 et 23 ; rapport d'examen rhumatologique du Dr M._____ du 6 mars 2018, p. 11 et 12 ; rapport du Dr P._____ du 12 février 2020, p. 12 et 14), il ne fait état d'aucune prise en charge ambulatoire ou médicamenteuse de ce point de vue. Il convient donc d'écarter les arguments du recourant relatifs à l'opportunité de procéder à des mesures d'instruction complémentaire par appréciation anticipée des preuves (cf. à cet égard : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

8. a) S'agissant de la période antérieure à l'intervention chirurgicale subie par le recourant le 3 janvier 2017, il convient de se fonder sur l'appréciation étayée fournie par la Dre K._____ dans son

rapport du 6 novembre 2015. On constate en effet que cette spécialiste a discuté à satisfaction les diagnostics posés et leurs répercussions fonctionnelles dans le cas particulier, à l'issue d'un examen du status ostéoarticulaire global, du rachis et des quatre membres. Elle a ainsi pu conclure à un syndrome lombaire modéré, à une ancienne lésion de la coiffe des rotateurs gauche et à une périarthrite scapulo-humérale (cf. rapport d'expertise du 6 novembre 2015, p. 21 et 24). Elle a retenu l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps, pour autant que celle-ci permette l'épargne du rachis et des épaules (cf. ibidem, p. 22).

b) Les autres pièces médicales versées au dossier du recourant jusqu'au 3 janvier 2017 ne viennent pas sérieusement contredire cette appréciation. En particulier, les constats rapportés par la Dre L._____ ne font pas état d'éléments qui auraient été ignorés ou méconnus de la Dre K._____. Eu égard à l'évaluation de l'exigibilité, la Dre L._____ n'a fourni aucune explication convaincante pour restreindre à 50 % l'exercice d'une activité lucrative adaptée, en présence de limitations fonctionnelles superposables à celles énumérées par la Dre K._____. Elle a au demeurant expressément préconisé un examen de son patient par un médecin de l'administration en vue de l'appréciation de sa capacité de travail effective (cf. notamment : rapport de la Dre L._____ du 20 août 2015). Le Dr G._____ n'a pas davantage motivé une incapacité totale de travail, aux termes de son rapport à l'OAI du 6 janvier 2016. Il s'est en revanche limité à indiquer qu'une indication opératoire était, à son sens, avérée et que le recourant « [réfléchissait] à un traitement ». Ces éléments ne suffisent à l'évidence pas à justifier une incapacité totale à exercer une activité épargnant le rachis et les membres supérieurs.

c) On peut en conséquence retenir que le recourant a présenté une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de chauffeur de service dès le 23 janvier 2015, mais qu'il aurait en revanche pu mettre à profit une capacité de travail entièrement préservée dans une activité

adaptée, au plus tard dès le 29 septembre 2015 (date de l'examen réalisé par la Dre K._____).

9. a) Il est incontesté que l'état de santé du recourant a connu une péjoration, à la suite de l'intervention chirurgicale réalisée par la Dre L._____ le 3 janvier 2017. Il a depuis lors été examiné au sein du SMR, ainsi _____ que _____ par _____ le Dr P._____, afin que sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles soient réévaluées. Ces spécialistes ont fait part de conclusions superposables en présence de diagnostics et de constats cliniques objectifs sensiblement similaires. C'est ainsi principalement un syndrome lombovertébral qui a été retenu au titre de diagnostic incapacitant, accompagné d'omalgies bilatérales et d'une coxarthrose (cf. rapport d'examen clinique du Dr M._____ du 6 mars 2018, p. 9, et rapport _____ d'expertise _____ du Dr P._____ du 12 février 2020, p. 13). La capacité de travail demeurait nulle dans l'activité habituelle et était chiffrée à 50 % dès le 3 juillet 2017 dans une activité épargnant le rachis et les membres supérieurs.

b) La convergence des observations consignées par les Drs M._____ et P._____ permet en l'occurrence de retenir leurs conclusions motivées à satisfaction, au détriment de l'avis - peu étayé - exprimé par la Dre L._____ quant à l'incapacité de son patient à reprendre une quelconque activité lucrative (cf. notamment : rapport de cette praticienne du 14 août 2017 à l'attention de Me Carré). Le recourant ne peut au surplus tirer aucun argument des critiques émises par le Dr G._____ à l'encontre des différents intervenants médicaux. Ce dernier a en effet uniquement énuméré les éléments lui paraissant manquer de clarté, sans exposer son appréciation de spécialiste sur l'état de santé du recourant. En particulier, le Dr G._____ ne s'est pas exprimé sur la capacité résiduelle de travail du recourant, ni sur ses limitations fonctionnelles, et n'a pas prétendu assumer un suivi thérapeutique de ce dernier. On peut donc considérer que son avis n'est pas fondé sur une évaluation clinique et qu'il s'avère insuffisant pour faire douter des conclusions des Drs M._____ et P._____. On ajoutera qu'aucune des

autres pièces médicales au dossier ne vient faire état d'éléments médicaux nouveaux ou inconnus des spécialistes précités à la date de leurs examens respectifs.

c) Compte tenu de ce qui précède, on peut donc, à l'instar de l'intimé, estimer que la capacité résiduelle de travail du recourant a été nulle pour toutes activités durant la période limitée du 3 janvier au 3 juillet 2017, date à laquelle il a recouvré une capacité de travail de 50 % dans une activité respectant ses restrictions fonctionnelles.

10. a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF

9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

c) S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle

obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références).

d) Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

e) En l'espèce, on ne saurait suivre le raisonnement du recourant lorsqu'il estime que la mise à profit de sa capacité de travail résiduelle serait irréaliste. Le recourant ne dispose certes pas d'une formation professionnelle préalable et de connaissances linguistiques particulières. Il est par ailleurs contraint de déployer une activité qui permette de ménager le rachis et les membres supérieurs. Cela étant, en dépit de ces circonstances personnelles et médicales, les limitations fonctionnelles mises en évidence dans son cas autorisent nombre d'activités non qualifiées. Les secteurs de la production et des services de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), utilisées par l'intimé pour fixer le revenu d'invalidé, recouvrent une large palette d'activités, dont un nombre significatif est suffisamment léger et ne requiert pas de qualification professionnelle spécifique (cf. par exemple sur cette question : TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2). On ajoutera que le recourant s'est vu reconnaître une capacité de travail résiduelle de 100 % dès septembre 2015, puis de 50 % dès juillet 2017. Né en 1959, il n'atteignait pas encore l'âge de 60 ans au moment où ont été fixées ces exigibilités (respectivement selon les rapports d'expertise du 6 novembre 2015 et d'examen clinique au SMR du 6 mars 2018). Il s'ensuit que la

jurisprudence relative aux assurés proches de l'âge de la retraite ne saurait trouver application in casu.

11. a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

b) En l'espèce, on ne voit aucune raison de s'écarter des données communiquées par F._____SA aux termes du rapport d'employeur du 27 août 2015. Cette société a indiqué qu'en 2015, le recourant aurait perçu mensuellement un salaire de 5'248 fr. et une prime de 376 fr., soit 5'624 francs. Ce montant, multiplié par treize, s'élève annuellement à 73'112 fr. et constitue le revenu sans invalidité de référence pour l'année 2015. Pour l'année 2017, après indexation au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; + 0,7 % en 2016 et + 0,4 % en 2017 ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1993-2019 »), on obtient un montant annuel de 73'918 fr. au titre de revenu annuel sans invalidité de référence.

c) On relève qu'il n'y a pas lieu de s'attarder sur les griefs du recourant relativement à la détermination du revenu sans invalidité. Ce dernier se prévaut en effet des certificats de salaire établis par

F. _____ SA depuis 2009, dont il ressort des revenus annuels plus élevés que ceux annoncés par cette société à l'intimé, ainsi que ceux inscrits à son compte individuel AVS (CI). Cela étant, ces divergences sont susceptibles d'être expliquées par la teneur du certificat de salaire. Il sied de souligner que le chiffre 1 de ce document s'intitulant « salaire brut » englobe non seulement le salaire ordinaire, mais également les indemnités journalières d'assurance et les allocations de toute nature (dont les allocations familiales ; cf. sur cette question : Guide d'établissement du certificat de salaire et de l'attestation des rentes, édicté par la Conférence suisse des impôts, disponible en ligne, p. 6). Il n'est donc pas surprenant que les montants figurant sur les certificats de salaire du recourant soient plus élevés que ceux inscrits à son CI, sans qu'ils soient pertinents pour la détermination du salaire concrètement dégagé sans invalidité.

12. a) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS, édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb).

b) Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui

peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

c) En l'espèce, l'intimé s'est basé à juste titre sur l'ESS pour fixer le revenu déterminant d'invalidé, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative.

aa) Pour l'année 2015, il y a lieu de se référer à l'ESS 2014. Le salaire de référence pour un homme, tous secteurs d'activités confondus, dans une activité ne nécessitant pas de compétences professionnelles particulières, s'élevait à 5'312 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, tableau TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 1), soit 66'453 fr. par an pour une activité exercée à 100 %, compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures dans les entreprises (cf. Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). Après indexation à l'année 2015 au moyen de l'ISS (+ 0,4 % ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1993-2019 »), on obtient un revenu annuel de 66'718 francs. Compte tenu d'un abattement de 10 % destiné à prendre en considération la situation personnelle du recourant, ainsi que l'a retenu l'intimé, le revenu d'invalidé déterminant ascende en définitive à 60'047 francs.

bb) Pour l'année 2017, il y a lieu de se référer à l'ESS 2016. Le salaire de référence pour un homme, tous secteurs d'activités confondus, dans une activité ne nécessitant pas de compétences professionnelles particulières, s'élevait à 5'357 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 1), soit 67'016 fr. par an pour une activité exercée à 100 %, compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures dans les entreprises (cf. Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). Après indexation à l'année 2017 au moyen de l'ISS (+ 0,4 % ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1993-2019 »), on obtient un revenu annuel de 67'284 francs. Compte tenu d'une exigibilité réduite à 50 % et d'un abattement de 15 % destiné à prendre en considération la situation personnelle du recourant, ainsi que

l'a retenu l'intimé, le revenu d'invalidé déterminant ascende en définitive à 28'595 francs.

13. a) La comparaison des revenus avec et sans invalidité, déterminés ci-avant sous consid. 10 et 11, met en évidence un degré d'invalidité de 17,87 % ($[73'112 - 60'047 \times 100] / 73'122$) dès septembre 2015 et de 61,31 % ($[73'918 - 28595 \times 100] / 73'918$) dès juillet 2017. L'intimé était donc légitimé à nier le droit à la rente du recourant pour la période s'étendant jusqu'au 3 janvier 2017 (cf. art. 28 al. 2 aLAI).

b) A compter du 3 janvier 2017, il est retenu que le recourant a subi une aggravation de son état de santé, laquelle a justifié une incapacité totale de travail dans toutes activités jusqu'au 3 juillet 2017, puis une capacité de travail réduite à 50 % dès cette date (cf. rapports d'examen du Dr M. _____ du 6 mars 2018 et d'expertise du Dr P. _____ du 12 février 2020).

Or, le délai de carence prévu à l'art. 28 al. 1, let. b, LAI est parvenu à échéance le 23 janvier 2016, tandis que le recourant n'a jamais été en mesure de reprendre son activité habituelle à 100 % durant 30 jours au moins (cf. art. 29^{ter} RAI). L'aggravation de son état de santé s'inscrit par ailleurs dans le contexte du traitement de l'atteinte lombaire ayant motivé l'arrêt de travail prononcé initialement, de sorte qu'on ne saurait conclure à la survenance d'un nouveau cas d'assurance dès le 3 janvier 2017.

L'incapacité de travail totale pour toutes activités, débutée à cette date et ayant duré plus de trois mois (cf. art. 88a al. 2 RAI), implique la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 100 %, lequel ouvre le droit au versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017.

Ce droit s'éteint à l'échéance d'un délai de trois mois dès le recouvrement d'une capacité de travail résiduelle de 50 %, soit au 31 octobre 2017 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

Dès le 1^{er} novembre 2017, un degré d'invalidité de 61,31 % ouvre effectivement le droit à trois-quarts de rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 aLAI).

14. a) Il a donc lieu d'admettre partiellement le recours et de réformer la décision du 27 janvier 2021, en ce sens que le recourant a droit au versement d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2017 au 31 octobre 2017 et de trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2017. Le recours doit être rejeté pour le surplus et la décision querellée 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

I. Le recours est partiellement admis.

II. La décision rendue le 27 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que le recourant a droit au versement d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 octobre 2017, suivie de

trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2017.
Dite décision est confirmée pour le surplus.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité versera au recourant une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Olivier Carré, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :