

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher, juge, et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, au [...], recourant, représenté par Procap, à Bienne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; 28 et 29 LAI ; 88a al. 1 et 2 RAI

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père de deux enfants nés en [...] et [...], est titulaire d'un CFC (certificat fédéral de capacité) de mécanicien en automobiles. Porteur d'un syndrome de Marfan de type III, il a été opéré en 2002 à l'E. _____ de [...] (opération de Bentall).

b) Le 2 avril 2002, A. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de ses ennuis de santé. Dans le cadre de l'instruction de cette demande l'assuré s'est vu allouer des mesures d'ordre professionnel sous la forme d'une formation de technicien en informatique. Engagé depuis le 8 octobre 2007 par la société F. _____ SA au [...], l'assuré a travaillé en dernier lieu, de mars 2011 à décembre 2015, à 80 % comme responsable technique pour le compte de cette entreprise.

c) Bénéficiaire du chômage depuis le 1^{er} janvier 2016 et en arrêt total depuis le 25 octobre 2016, A. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 28 octobre 2016 en raison de l'aggravation depuis quelques mois de son syndrome de Marfan.

Au mois de mars 2017, l'assuré a présenté une hémorragie linguale pulmonaire ayant nécessité une embolisation bronchique, une résection de la lingula en même temps qu'une résection de la dixième côte gauche.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré (rapport du 14 décembre 2016 du Dr B. _____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie ; rapport du 8 février 2017 du Prof. X. _____, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie), puis, sur la base des résultats d'un bilan neuropsychologique (rapport du 31 octobre 2017 de Z. _____, neuropsychologue FSP), a pris

en charge une mesure d'observation professionnelle de type COPAI auprès de l'Orif de [...].

Dans un rapport du 11 juillet 2018, les responsables du centre Orif ont conclu à une capacité de travail résiduelle de l'assuré de 25 % (temps de travail de 50 % avec rendement de 50 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (soit des petits travaux de bureau ou du montage léger, sans trop de sollicitations au niveau des doigts). Ils ont constaté que l'assuré peinait à trouver des positions suffisamment confortables, avait besoin de moments de pauses supplémentaires pour effectuer de la marche en dehors des ateliers et ressentait des douleurs un peu partout. En annexe à ce rapport d'examen figurait un rapport du 29 juin 2018, dans lequel le Dr I._____, médecin consultant auprès de l'Orif de [...], observait que l'assuré ne pouvait pas travailler à plus de 50 % du temps et que ses rendements étaient de 50 % au mieux, surtout en raison d'un rythme de travail haché par de fréquents changements de position, une limitation du travail des mains par des douleurs et du travail à l'écran par une fatigue visuelle.

Dans un avis médical du 25 juillet 2018, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), par la voix du Dr M._____, a estimé qu'il n'y avait pas de raison médicale de s'écarter de l'évaluation du COPAI qui était confirmée par le Dr I._____ et recoupeait l'appréciation du Prof. X._____ du 8 février 2017.

Dans un nouvel avis médical du 23 octobre 2018, le SMR, par la voix de la Dre T._____, a constaté que le dossier ne contenait aucun rapport médical depuis 2016 sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré. Aussi, l'OAI a recueilli les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 30 décembre 2016 de l'Unité d'oncologie oculaire pédiatrique de l'Hôpital ophtalmique V._____ de [...], dont il ressort que l'examen ophtalmologique effectué le 6 décembre 2016 était dans la norme ;

- un rapport du 4 avril 2018 du Prof. R._____, spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique ainsi qu'en chirurgie vasculaire, et du Dr P._____ spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, de l'E._____ de [...], lequel, sans se prononcer sur la question de la capacité de travail de l'assuré, décrivait, dans le cas de patients présentant un syndrome de Marfan, l'existence d'états douloureux ainsi que d'une fatigue chronique souvent très grave conduisant fréquemment à une rente de l'assurance-invalidité, ce dont il convenait de tenir compte lors de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré ;

- un rapport du 30 janvier 2019 du Prof. X._____, lequel posait les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome de Marfan de type 3 (vs LoeysDietz), de status post Bentall en 2002, d'insuffisance veineuse des membres inférieurs de stade C3s Ep As Pr, de douleurs costales pariétales, d'hyperlaxité ligamentaire (entraînant des difficultés de la motricité fine ainsi que des douleurs articulaires importantes liées à une maladie du tissu conjonctif tel que le syndrome de Marfan), de difficultés de concentration en raison des douleurs et de limitation de la station debout et assise. La capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était de 20 % d'octobre à décembre 2016, puis nulle depuis janvier 2017 en raison de différentes interventions se surajoutant à l'incompatibilité de l'ancienne profession avec l'évolution de l'état de santé ; elle était de 20 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« pas de port de charge et efforts à glotte fermée/hyperpression thoracique, limitation et alternance de la position assise et debout en raison de douleurs costales, thoraciques, dorsales et articulaires, hyperlaxité ligamentaire limitant l'usage des membres notamment supérieurs »).

Le dossier a été soumis pour appréciation à la Dre T._____, du SMR, laquelle a estimé que les pièces médicales à disposition ne permettaient pas de statuer valablement sur la capacité de travail exigible de la part de l'assuré. Elle a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, cardiologie, rhumatologie et psychiatrie [avis médical du 10 mai 2019]).

Dans un courrier du 6 juin 2019, l'assuré, représenté par Procap, s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en faisant valoir que l'instruction médicale était complète et qu'il y avait lieu de statuer sur son droit à la rente d'invalidité sur la base du dossier. En retenant l'absence d'atteinte spécifique sur les plans ophtalmologique, pneumologique et rhumatologique, la Dre T. _____ n'avait rien dit de plus que le Prof. X. _____, à savoir que l'atteinte principale consistait en une pathologie du tissu conjonctif de nature principalement vasculaire ; les symptômes d'asthénie et de douleurs articulaires, présents dans toute collagénopathie, s'inscrivaient dans le contexte de l'hyperlaxité des maladies du tissu conjonctif et n'étaient pas à mettre sur le compte d'un quelconque trouble somatoforme douloureux comme semblait le sous-entendre le médecin du SMR en préconisant une expertise dans les domaines de la psychiatrie et de la rhumatologie. La Dre T. _____ n'avait pas compris la nature de cette pathologie rare, ou alors la réfutait en justifiant l'expertise compte tenu de l'absence d'évolution favorable depuis l'événement de mars 2017 ; dans ce dernier cas, le médecin du SMR n'apportait aucun élément propre à écarter l'avis de son confrère du CHUV.

Après avoir sollicité le point de vue du SMR sur les remarques du représentant de l'assuré (avis médical du 18 juin 2019 de la Dre T. _____), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, cardiologie, psychiatrie et rhumatologie) au S. _____ SA de [...]. Dans leur rapport du 4 mai 2020, les Drs Q. _____, médecin praticien, D. _____, spécialiste en cardiologie, O. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ainsi que G. _____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics suivants :

- Mutation TGFBR1 réalisant un syndrome de MARFAN de type III avec :
 - Statuts après intervention de Bentall (2002) avec remplacement valvulaire aortique mécanique ATS 25 mm et remplacement de l'aorte ascendante
 - Scoliose dorso-lombaire droite
 - Gonarthrose gauche selon Rx [radiographies] du 22.2.2020

- Status après résection d'une excroissance osseuse 10^{ème} côte G [gauche] en mars 2017
- Hyper laxité articulaire avec un score de Beighton à 5/9
- Douleurs articulaires
- Insuffisance veineuse chronique et status après éveinage en janvier 2017
- Hernies inguinales récidivantes (opérées dans l'enfance) et de la ligne blanche (opérée en 2006)
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, F33.11
- Syndrome respiratoire restrictif lié à une résection de la lingula et tabagisme actif
- Hypertension artérielle
- Amaurose fugace
- Rhinite pollinique avec polypose sinusale sphénoïdale et maxillaire bilatérale

En guise de conclusions, les experts ont estimé que, dans une activité adaptée, sédentaire et sans effort ni informations multiples à traiter ni nécessité de prises de décisions immédiates, la capacité de travail de l'assuré était de 56 % (temps de travail de 70 % avec baisse de rendement de 20 %) depuis novembre 2019 et avait auparavant évolué comme suit :

- 56 % du 1.01.2016 au 21.01.2017,
- 0 % du 22.01.2017 au 19.08.2017,
- 48 % (80% X 60%) du 20.08.2017 jusqu'à novembre 2019

Après avoir soumis l'expertise au SMR (avis du 4 juin 2020), l'OAI a, par projet de décision du 2 juillet 2020, informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 octobre 2017, puis une demi-rente depuis le 1^{er} novembre 2017.

Dans ses objections du 3 septembre 2020, complétées le 10 septembre 2020, l'assuré, par son représentant, a remis en cause la qualité du travail des experts du S. _____ en demandant un complément d'expertise. Il a également remis un rapport du 26 août 2020 de la Dre L. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, qui s'est exprimée sur la situation comme suit :

Il est possible d'affirmer, dans une vision globale qui concerne M. A. _____ que les deux types de fatigue que présente M. A. _____ interagissent et majorent le degré global d'asthénie.

La fatigabilité liée au syndrome de Marfan, lorsqu'elle se manifeste, a un effet négatif sur l'humeur du patient et renforce une attitude morose et pessimiste face à l'avenir avec une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi. Les symptômes dépressifs tels que : fatigabilité, perte d'élan vital, lassitude, tension intérieure, réduction du sommeil en sont accentués.

Par ailleurs, ces symptômes sont entretenus par la situation liée à la pandémie de la COVID 19, qui a empêché la réalisation de projets ressourçants et a augmenté l'anxiété globale due aux deux pathologies. Les symptômes revêtent un degré d'intensité plus élevé que s'il n'y avait en présence qu'un seul trouble psychiatrique.

Le 14 décembre 2020 les experts du S._____ ont établi un complément d'expertise à la demande de l'OAI.

Après avoir soumis le complément d'expertise au SMR (avis du 8 janvier 2021), l'OAI a, par décisions séparées des 26 mai et 21 juin 2021, alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 octobre 2017, puis une demi-rente depuis le 1^{er} novembre 2017.

B. **a)** Par actes des 28 juin 2021 (cause n° AI 242/21) et 24 août 2021 (cause n° AI 280/21), A._____, toujours représenté par Procap, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre les décisions des 26 mai et 21 juin 2021, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation des décisions précitées et, principalement, à la condamnation de l'OAI à lui verser une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente d'invalidité, subsidiairement à l'ordonnance de toutes mesures d'instructions utiles, en particulier une expertise judiciaire sur le plan psychiatrique et, plus subsidiairement encore, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise externe à l'assurance, puis nouvelle décision au sens des considérants. En substance, l'assuré reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise S._____ et son complément.

b) Dans ses réponses des 2 septembre 2021 et 11 octobre 2021, l'OAI a conclu à la réforme de la décision attaquée dans le sens du droit de l'assuré à une rente entière du 1^{er} avril au 31 octobre 2017, à un trois quarts de rente du 1^{er} novembre 2017 au 29 février 2020 et à une demi-rente dès le 1^{er} mars 2020. Il a relevé le caractère probant de

l'expertise S._____ et son complément, précisant toutefois qu'une erreur s'était glissée dans le calcul de la capacité de travail pour la période allant d'août 2017 à novembre 2019.

c) Le 19 octobre 2021, la juge instructrice de la Cour de céans a ordonné la jonction des causes AI 280/21 et AI 242/21.

d) Dans sa réplique du 29 novembre 2021, l'assuré a précisé ses précédentes conclusions dans le sens de l'annulation de la décision attaquée et de l'octroi « des prestations sur la base d'une incapacité de travail de 50 %, moins une perte de rendement de 50 %, dans une activité adaptée ou, à tout le moins, le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision dans le sens des considérants ».

e) Dans sa duplique du 15 décembre 2021, l'OAI a conclu une nouvelle fois à la réforme de la décision attaquée dans le sens de sa réponse.

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 la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré - de manière à influencer son droit à la rente - à compter du mois d'août 2017.

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 26 mai 2021 (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'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) 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).

c) 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]). Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 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) Sur la base de l'ensemble des pièces médicales recueillies en cours de procédure, il convient de constater que le recourant est, dans le cadre d'un syndrome de Marfan, limité avant tout par des douleurs extrêmement variables en intensité ainsi que par une asthénie également variable. En l'occurrence, les avis divergent essentiellement sur la question de la capacité résiduelle de travail que l'on peut exiger du recourant, entre d'une part ceux qui considèrent que la capacité de travail ne dépasse pas 25 % (à savoir le Prof. X. _____ et les collaborateurs de l'Orif) et d'autre part ceux qui considèrent qu'elle s'élève à 56 % (à savoir les experts du S. _____).

b) Il n'y a pas lieu de s'écarter, en l'état du dossier, des conclusions de l'expertise du S. _____ et de son complément, selon lesquelles le recourant dispose, moyennant une diminution de rendement de 20 %, d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à

ses limitations fonctionnelles, soit une activité strictement sédentaire ne nécessitant aucun effort de soulèvement et autorisant un changement de position régulier ainsi que des pauses régulières. Ces conclusions résultent d'une analyse exhaustive et pluridisciplinaire de la situation médicale du recourant qui permet d'apprécier valablement les atteintes à la santé dans leur globalité et leurs répercussions sur la capacité de travail.

aa) Sur le plan somatique, les experts ont constaté que l'assuré n'évoquait aucune gêne concernant les hernies constatées ou en relation avec son insuffisance veineuse. L'hypertension était bien équilibrée par le traitement en place. Du point de vue respiratoire et cardiologique, le recourant ne présentait aucune limitation fonctionnelle malgré un profil de risque cardiovasculaire élevé en raison du status après intervention de Bentall et du tabagisme actif. S'agissant des douleurs aux genoux, une ergométrie n'était pas indiquée vu le syndrome de Marfan et l'absence de travail physique exigible. Dans le contexte du syndrome de Marfan avec scoliose dorsolombaire droite, hyperlaxité ligamentaire, pieds creux et gonarthrose gauche, les experts ont estimé, en raison de douleurs et d'une asthénie extrêmement variables en intensité et dans le temps (caractéristiques de la maladie), que le recourant était capable d'effectuer un travail sédentaire et sans effort du point de vue rhumatologique. Dans une telle activité adaptée, la capacité de travail du recourant était de 70 %, avec une baisse de rendement de 20 % liée à l'état de fatigue chronique ainsi qu'aux nécessaires changements de positions justifiés par l'état de santé, soit une capacité résiduelle de travail de 56 %.

bb) Sur le plan psychique, les experts ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Ils ont exclu des troubles d'anxiété généralisée (agoraphobie) et de personnalité paranoïaque, dépendante ou évitante ainsi qu'un trouble émotionnellement labile chez une personne qui présentait des difficultés d'expression verbale de ses propres sentiments. Dans ce contexte, les capacités et les ressources étaient jugées moyennes. Il présentait en effet des traits de caractère qui étaient à la fois positifs et

négatifs. Son caractère planificateur lui permettait de bien maîtriser sa vie et de trouver du plaisir dans des activités planifiées ; en revanche, lorsque cette planification était prise à défaut, une anxiété apparaissait, et le recourant présentait une baisse de l'estime de soi. La flexibilité mentale était donc perturbée, car la planification était trop importante. Il était par ailleurs difficile au recourant de sortir de ses schémas de pensée. Ainsi, les experts ont retenu que, sous réserve d'une capacité de travail réduite en raison du trouble panique avec aggravation de l'anxiété pour la période de mars 2017 à novembre 2019, la capacité de travail du recourant était entière en toute activité adaptée à ses aptitudes ; les limitations fonctionnelles secondaires aux problèmes psychiques consistaient en la nécessité d'éviter le traitement d'informations multiples ainsi que les prises de décisions immédiates.

cc) Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 mai 2020 du S. _____ ainsi que son complément du 14 décembre 2020, lesquels se fondent sur des examens complets, examinent également de manière complète l'ensemble des plaintes du recourant et sont dûment motivés de manière consensuelle, satisfont à l'évidence aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante (cf. consid. 4b supra).

c) Les autres pièces médicales versées au dossier ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise du S. _____ et de son complément. Les rapports du Prof. X. _____ des 8 février 2017 et 30 janvier 2019 ont un caractère particulièrement succinct et ne permettent pas de comprendre l'ampleur de l'incapacité de travail rapportée par ce médecin. Les observations faites dans le cadre de la mesure professionnelle effectuée en juin 2018 au sein de l'Orif de [...] ne semblent pas se rapporter à une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, nombre de tâches effectuées par le recourant ayant nécessité le recours d'outils à mains. Pour leur part, le Prof. R. _____ et le Dr P. _____ tiennent, dans leur rapport du 4 avril 2018, des propos généraux au sujet de la problématique des limitations engendrées par un syndrome de Marfan, qu'il n'est pas possible de reprendre tel quel dans le cadre de la présente procédure, faute de mise en perspective avec la situation du recourant. Quant au rapport de la Dre

L._____ du 26 août 2020, il y a lieu de relever que ce médecin met en évidence la possible interaction entre l'asthénie dépressive et l'asthénie relative à un syndrome de Marfan, sans toutefois tirer des conclusions précises au sujet de la situation du recourant.

d) Sur la base des conclusions du rapport d'expertise du S._____ et de son complément, le recourant a présenté une incapacité de travail de 44 % entre le 1^{er} janvier 2016 et le 21 janvier 2017, de 100 % entre le 22 janvier 2017 et le 19 août 2017, de 58 % entre le 20 août 2017 et le 30 novembre 2019 et de 44 % depuis le 1^{er} décembre 2019.

6. Cela étant constaté, il s'agit ensuite de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

a) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Ainsi, 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.

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) 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. 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). 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). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) 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).

c) aa) Au vu du dépôt de la demande le 28 octobre 2016, l'office intimé a, compte tenu d'une incapacité de travail totale entre le 22 janvier 2017 et le 19 août 2017, reconnu le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité pour la période du 1^{er} avril au 31 octobre 2017 (art. 29 al. 1 et 3 LAI et art. 88a al. 2 RAI), .

bb) Pour la période du 1^{er} novembre 2017 au 29 février 2020, il y a lieu de comparer un revenu sans invalidité de 69'129 fr. 03 avec un revenu d'invalidé de 25'352 fr. 69 (montant qui intégrait la capacité de travail de 42 % constatée pour la période d'août 2017 à novembre 2019, ainsi qu'un abattement de 10 % destiné à tenir compte de l'âge restreignant les perspectives salariales du recourant), pour aboutir à un degré d'invalidité de 63 %, taux ouvrant le droit à un trois quarts de rente de l'assurance-invalidité.

cc) Enfin, pour la période courant depuis le 1^{er} mars 2020, il y a lieu de comparer un revenu sans invalidité de 69'129 fr. 03 avec un revenu d'invalidé de 33'803 fr. 59 (montant qui intégrait la capacité résiduelle de travail de 56 % constatée depuis le 1^{er} décembre 2019 ainsi qu'un abattement de 10 % afin de tenir compte de l'âge restreignant les perspectives salariales du recourant), pour aboutir à un degré d'invalidité de 51 %, taux ouvrant le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} mars 2020.

7. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 octobre 2017, à un trois quarts de rente du 1^{er} novembre 2017 au 29 février 2020 et à une demi-rente depuis le 1^{er} mars 2020.

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 l'office intimé, vu l'issue du litige.

c) Obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de dépens réduite à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 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 l'office intimé.

**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 26 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens qu'A._____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 octobre 2017, à un trois quarts de rente du 1^{er} novembre 2017 au 29 février 2020 et à une demi-rente depuis le 1^{er} mars 2020.

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

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A._____ une indemnité de 500 fr. (cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :