

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2022

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], [...] indépendant depuis [...], a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 16 octobre 2017, en raison d'une incapacité de travail variant entre 50 et 100 % depuis le 24 février 2017.

Il a notamment joint à sa demande un rapport établi le 19 avril 2017 par le Prof. R._____, spécialiste en neurochirurgie, dans lequel celui-ci a posé les diagnostics de discopathie dégénérative C6/7 et de dégénérescence du segment C3/4 selon imagerie par résonance magnétique (IRM) du 6 mars 2017. Le médecin précité a indiqué que son patient avait subi un accident de travail le 20 octobre 2016, en ce sens qu'il avait tapé sa tête contre un tube suspendu dans l'air, sur un chantier, en déchargeant un camion. L'intéressé n'avait pas été consulter de médecin immédiatement après cet évènement ; à la suite de celui-ci, il avait commencé à avoir mal à la nuque pour la première fois. D'après le Prof. R._____, il était fort probable que cet évènement ait provoqué une hernie discale cervicale. Ce dernier proposait d'effectuer une opération au niveau C6/7.

Le 29 décembre 2017, l'OAI a reçu diverses pièces de la part du Prof. R._____, dont un rapport que celui-ci avait adressé le 28 juin 2017 au médecin traitant de l'assuré. Il ressort de ce rapport que l'intéressé a subi une microdiscectomie, une foraminotomie bilatérale et la mise en place d'une cage Tantal C5/6 et C6/7 le 18 mai 2017. Le Prof. R._____ a observé que les mouvements de la tête étaient encore douloureux dans tous les axes et qu'il existait des paresthésies résiduelles, mais que l'examen clinique ne révélait pas de myélopathie. Les implants étaient en bonne position et l'alignement normal. Il a estimé que les troubles résiduels disparaîtraient spontanément au fil du temps et que l'incapacité de travail s'élevait à 100 % du 18 mai au 20 août 2017, le traitement étant pour le surplus terminé.

Dans un rapport du 10 janvier 2018 à l'OAI, le médecin traitant de l'assuré, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de discopathie dégénérative C6-C7 sur uncodiscarthrose pluriétagée, traitée par microdiscectomie antérieure C5-C6-C7 le 18 mai 2017, de tendinopathie tronchantérienne calcifiante droite (selon radiographie du 13 septembre 2017), de dyspnée d'origine mixte sur broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), d'incompétence chronotrope, de dyslipidémie, d'excès pondéral important et de séquelles pleuro-parenchymateuses gauches. Le médecin traitant a noté que son patient souffrait de troubles statiques dorsaux et cervicaux avec des douleurs thoraciques atypiques et une dyspnée précordiale aux changements de positions et à l'effort ; il avait eu mal à la tête après un accident de travail le 20 octobre 2016 caractérisé par des douleurs de la nuque ayant motivé une consultation auprès du Prof. R._____, lequel avait réalisé une microdiscectomie le 18 mai 2017 avec évolution favorable. D'après le Dr P._____, la capacité de travail était limitée à 90 %, son patient pouvant réaliser les travaux administratifs de son entreprise de [...].

Par rapport du 16 mars 2018 à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse (F43.25) depuis au moins octobre 2017, d'acouphènes à l'oreille gauche depuis de nombreuses années, de status post discopathie dégénérative C6-C7 opérée en 2017 et de dégénérescence vertébrale du segment C3-C4 depuis au moins 2016. Il a observé que l'assuré présentait des troubles engendrant une diminution légère de ses capacités cognitives (attention, concentration, mémoire). L'assuré avait bénéficié de quelques entretiens en vue de procéder à une évaluation de son état psychique et il n'avait plus consulté depuis mi-janvier 2018. S'agissant de la capacité de travail sur le plan psychiatrique, le psychiatre a estimé que son patient pouvait encore travailler à temps partiel, environ six heures par jour, dans son métier actuel, avec un rendement d'environ 50 à 75 %, lequel était pourtant certainement limité, voire rendu impossible, par ses problèmes somatiques. Il était également d'avis que l'assuré pouvait travailler à

temps partiel, voire à temps complet, dans un autre domaine d'activité dépourvu d'effort physique soutenu et intense, comme cuisinier ou pâtissier, deux professions plus adaptées à ses atteintes physiques et qui l'intéressaient.

Le Dr M. _____ a joint à son rapport un rapport établi le 7 février 2018 par le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, et Mme B. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, lesquels ont émis les conclusions suivantes :

« Cet examen neuropsychologique, chez un patient de [...] ans, met en évidence uniquement des difficultés d'apprentissage d'intensité légère en condition auditivo-verbale (encodage) ainsi que des très discrètes difficultés de théorie de l'esprit et une symptomatologie anxio-dépressive significative objectivée à une épreuve de dépistage. Les autres fonctions cognitives investiguées (langage oral, traitement des nombres, praxies bucco-linguo-faciales, idéomotrices et constructives,gnosies visuelles, mémoire immédiate et antérograde visuelle, fonctions exécutives et attentionnelles) se situent globalement dans les limites de la norme.

Les très discrets troubles objectivés à cet examen ainsi que les plaintes du patient sont probablement à mettre en lien avec les douleurs chroniques ainsi qu'avec la probable symptomatologie anxio-dépressive actuelle.

Par rapport aux contractures cervicales, nous avons insisté sur l'importance de la psychothérapie active, permettant de reconditionner le patient sur le plan moteur et du mouvement. En parallèle, il pourrait être justifié d'ajouter une petite dose de Siradalud en commençant à 2 x 2 mg/jour, en augmentant la posologie en fonction de la tolérance et de l'effet primaire. »

Le 9 mai 2018, l'assuré a fait parvenir à l'OAI le rapport établi le 10 janvier 2018 par le Dr P. _____ corrigé, en ce sens que sa capacité de travail s'élevait en réalité à 10 %, puis à 20 % depuis le 1^{er} mai 2018.

Aux termes d'un rapport du 14 novembre 2018, le Prof. R. _____ a relevé que son patient avait subi une infiltration des articulations facettaires C3/4 des deux côtés le 27 août 2018, sans effet. Le patient avait des douleurs dominantes dans la colonne thoracique supérieure à cause d'une hypercyphose, laquelle n'était pas favorable pour porter des poids lourds de plus de cinq kilos ; la profession habituelle n'était pas adaptée pour son dos.

Par courrier du 21 décembre 2018, l'assuré a signifié à l'OAI avoir été engagé à la Fondation [...], en tant que responsable d'atelier à 40 % dès le 8 janvier suivant et pour une durée de six mois. L'assuré avait en effet mis son entreprise en suspens dès le 31 décembre 2018 (cf. courrier du 13 novembre 2018 à [...]).

Par avis médical du 18 février 2019, le Dr T._____, médecin au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé, au vu des pièces au dossier, qu'il était nécessaire de recourir à un examen clinique rhumato-psychiatrique au sein de son service ou à une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique à l'externe, afin de pouvoir disposer d'une évaluation objective de l'atteinte à la santé, de ses retombées fonctionnelles et de l'exigibilité professionnelle.

Le 19 mars 2019, l'assuré a demandé à l'OAI s'il devait encore entreprendre des démarches auprès de son médecin.

Le 25 mars 2019, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il n'avait aucune démarche à entreprendre auprès de son médecin et qu'il serait convoqué pour un examen médical.

Le 12 juillet 2019, l'assuré a transmis à l'OAI un contrat de travail signé le 1^{er} juillet 2019 avec la Fondation [...], dont il ressort qu'il était engagé pour une durée indéterminée en qualité de [...] et qu'il serait payé à l'heure, en fonction du besoin de l'atelier.

Le 29 août 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait confié la réalisation d'une expertise rhumatologique et psychiatrique au C._____, (ci-après : le C._____), à [...].

Le 18 octobre 2019, l'assuré a adressé à l'OAI une déclaration de consentement signée le 15 octobre 2019 par le Dr H._____,

spécialiste en neurochirurgie, et par lui-même, relative à la pose d'une prothèse au niveau C3/4.

Par courrier du 21 janvier 2020, l'assuré s'est dit étonné que l'OAI n'ait toujours pas reçu le rapport d'expertise du C._____ (cf. courrier du 8 janvier 2020 de l'OAI à l'assuré), celui-ci lui ayant indiqué qu'il avait été envoyé le 7 novembre 2019. Il s'est plaint du déroulement de l'expertise et en particulier des questions délicates et intimes qui lui avaient été posées, sans que son véritable handicap ne soit pris en compte.

Le rapport d'expertise du C._____, daté du 6 novembre 2019, a été numérisé le 28 février 2020 par l'OAI. Il en ressort que l'assuré a été examiné par le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 17 octobre 2019. Au terme de leur examen, les experts ont posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de syndrome cervical avec des discrets signes cliniques de compression de la racine C7 (probablement séquellaire), sur discopathie C3-C4 et rétrécissement des foramen C3-C4 et C5-C6 gauches, respectivement par une protusion discale et par une uncarthrose, et de status après microdiscectomie antérieure avec foraminotomies bilatérales C6 et C7 et stabilisation avec cage Tantal C5/6 et C6/7 pour des discopathies C5-C6 et C6-C7 le 18 mai 2017. Ils ont en outre posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de discret syndrome lombaire sans signes de compression radiculaire des membres inférieurs sur arthrose postérieure lombaire basse principalement en L5-S1 et de légère discopathie de L3-L5, de status après parésie faciale en septembre 2019, de tendinopathie tronchantérienne calcifiante droite, de dyspnée d'origine mixte sur BPCO, d'incompétence chronotrope, de dyslipidémie et de surpoids. D'un point de vue psychique, les experts ont exposé qu'il n'existait aucune psychopathologie spécifique chez l'expertisé. Dans leur évaluation consensuelle, les Drs Z._____ et Q._____ ont conclu que l'activité de [...] exercée précédemment n'était plus exigible en ce qui concernait les travaux lourds, de sorte que la capacité de travail s'élevait

à 20 % depuis le 24 février 2017 dans l'activité habituelle, au vu de l'activité administrative ayant tout de même pu être assumée par l'expertisé. La capacité de travail dans une activité adaptée (activité sans port de charges fréquent supérieur à cinq kilos, sans surcharges des ceintures scapulaires et avec éviction de la station debout et assise prolongée) était entière depuis toujours, à l'exception d'une incapacité de travail totale pour toute activité nécessitée par une intervention rachidienne, du 18 mai 2017 au 20 août 2017. Les experts ont ajouté qu'une nouvelle opération rachidienne était prévue à la fin du mois de novembre ou au début du mois de décembre prochain par le Dr H. _____, qui nécessiterait une nouvelle incapacité de travail totale pour toute activité qui devrait se maintenir pendant trois à six mois après l'opération.

Par courrier du 16 mars 2020, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport établi le 11 mars 2020 par le Dr H. _____ et le Prof. R. _____, dont il ressort qu'il a subi une intervention le 6 décembre 2019, sous la forme d'une ablation de la cage en C5/6 et C6/7, d'une implantation de greffe osseuse de la crête iliaque tricortical fixée par plaque antérieure C5-C7 et d'une implantation de deux prothèses ESP en C3/4 et C4/5. Après l'opération, la radiologie avait montré une très bonne guérison dans la zone C5/6, mais une ostéochondrose légèrement progressive C7/D1, pouvant expliquer les nouvelles légères douleurs dans la région supérieure de la colonne vertébrale. Les médecins ont recommandé au patient une infiltration des articulations facettaires et, si celle-ci devait s'avérer efficace, une infiltration plasmatique.

Le 20 mars 2020, la Fondation [...] a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 juin 2020, estimant que son état de santé était incompatible avec le travail en atelier [...].

Par rapport SMR du 23 novembre 2020, la Dre D. _____ a émis l'appréciation suivante :

« Depuis [l']expertise [du C. _____], l'assuré a effectivement été opéré le 6.12.2019 (...), nous disposons depuis du rapport de consultation du Dr H. _____, neurochirurgien, du 11.03.2020 :

amélioration des cervicobrachialgies, mais tension dorsale haute avec mise en évidence de myogélose au niveau de la jonction cervico-thoracique, status neuro ok. Rx [radiographie] cervicales 11.03.2020 : ostéochondrose légèrement progressive C7-D1, pouvant expliquer les nouvelles « légères » plaintes dans la colonne vertébrale thoracique supérieure.

Cette expertise est satisfaisante et permet donc de confirmer le caractère non adapté de l'activité habituelle en raison principalement de son atteinte cervicale. Cette atteinte ne le limite pas dans tous les domaines de la vie et il dispose de nombreuses ressources, pour cela une activité adaptée est possible depuis toujours à 100%, moyennant des IT [incapacités de travail] limitées lors des interventions chirurgicales du 18.05-20-08.2017 et du 6.12.2019-11.03.2020 (en conformité avec la durée de 3-6 mois estimée par l'expert), date à laquelle le neurochirurgien confirme une nette amélioration de la symptomatologie cervicale, ne mentionnant que de légères tensions de la colonne thoracique haute (en lien possible avec une ostéochondrose C7/D1). »

Le 8 février 2021, l'OAI a réalisé une analyse économique pour les indépendants et estimé sur cette base le revenu sans invalidité à 69'968 francs.

Le 4 mars 2021, le Service de réadaptation de l'AI a indiqué à titre d'exemples d'activité adaptée un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, comme le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou ouvrier dans le conditionnement.

Le 24 mars 2021, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations, s'agissant tant des mesures professionnelles que de la rente d'invalidité. Il a considéré, sur la base des éléments médicaux au dossier, que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 24 février 2017 (début du délai d'attente d'une année) dans l'activité habituelle de [...] indépendant ; en revanche, une capacité de travail de 100 % pouvait être exigée depuis toujours dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges fréquent de plus de cinq kilos, pas de surcharges des ceintures scapulaires et éviction de la station debout et assise prolongée. Sur le plan économique, l'OAI a estimé que le revenu avec invalidité devait être évalué sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique, l'intéressé étant sans activité depuis plusieurs années. Il s'est

dès lors fondé sur le salaire pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, soit 67'766 fr. 67 à 100 % en 2018 ; il a par ailleurs estimé que l'âge de l'assuré justifiait d'appliquer un abattement de 5 % sur le salaire statistique précité, de sorte que son revenu d'invalidité s'élevait en définitive à 64'378 fr. 34. S'agissant du revenu sans invalidité, il a retenu un montant de 69'968 francs. L'office a donc considéré que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 8 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était pas ouvert. S'agissant du droit aux mesures professionnelles, l'OAI a exposé que celui-ci existait si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessitait pas de formation particulière, le manque à gagner durable était encore de 20 % au moins, ce qui n'était pas le cas de l'assuré au vu des indications qui précédaient. Seule une aide au placement, destinée à le soutenir dans ses recherches d'un emploi adapté à son état de santé, pouvait lui être accordée.

Le même jour, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il avait droit à l'aide au placement et qu'il serait prochainement invité à une séance d'information.

Par courrier du 15 avril 2021 à l'assuré, l'OAI a fait référence à un entretien téléphonique du même jour avec ce dernier et a noté qu'il avait clairement compris que l'intéressé estimait que son état de santé ne lui permettait pas d'entrer dans une démarche d'aide au placement, de sorte qu'il allait clore, au moins temporairement, le mandat d'aide au placement. Il ressort de la notice téléphonique de cet entretien qu'après avoir reçu des informations sur l'aide au placement, l'assuré a déclaré qu'il n'était pas d'accord avec le projet de décision du 24 mars 2021, qu'il allait recourir contre celui-ci et qu'il subissait une importante péjoration de son état de santé, de sorte qu'il ne pouvait pas travailler à 100 %.

Le 18 mai 2021, l'assuré, par son conseil d'alors, a contesté le projet de décision susmentionné, en ce sens qu'il estimait ne pas pouvoir travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a fait valoir qu'il souffrait en permanence d'importantes

douleurs et pincements aux niveaux cervical et dorsal, qui se propageaient dans l'épaule gauche et la clavicule, malgré deux opérations successives. Il a requis qu'une nouvelle expertise soit ordonnée, permettant de déterminer son aptitude actuelle et future à l'exercice d'une activité économique, subsidiairement que la cause soit suspendue pour une durée de trois mois, compte tenu de différents avis médicaux en cours portant sur la nécessité d'une troisième opération de nature à améliorer son état de santé et ses perspectives d'activités futures. L'assuré a joint à son envoi un rapport d'IRM du rachis cervical du 10 février 2021, qui concluait à une sténose canalaire en C4-C5 sans effet de masse significatif sur le cordon médullaire ou anomalie de signal intrinsèque de la moelle et à un rétrécissement foraminaux gauche en C4-C5 et discret rétrécissement foraminaux droit en C6-C7 bilatéral en C5-C6.

Par avis SMR du 1^{er} juin 2021, la Dre D._____ a indiqué qu'elle ne disposait pas de nouveaux éléments cliniques propres à valider une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé. Elle a observé que l'assuré ressentait déjà des douleurs cervicales et dorsales irradiant à l'épaule/la clavicule, lors de l'expertise du C._____, qui avait d'ailleurs reconnu comme incapacitant le syndrome cervical. Le médecin du SMR a relevé que le rapport d'IRM cervical du 10 février 2021, sans critères pour une compression radiculaire, ne saurait remettre en cause ses conclusions antérieures, à défaut de confrontation à un status clinique.

Par décision du 7 juin 2021, l'OAI a confirmé le rejet de la demande. Par courrier du même jour faisant partie intégrante de sa décision, l'office a exposé que la contestation de l'assuré ne lui apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, puisqu'il ne faisait pas valoir de nouveaux éléments cliniques propres à valider une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé, selon l'avis médical SMR du 1^{er} juin 2021 ; dès lors, il n'y avait pas lieu de compléter l'instruction du dossier et le projet de décision du 24 mars 2021 devait être entièrement confirmé.

B. Par acte daté du 5 juillet 2021 et envoyé sous pli recommandé le 6 juillet suivant, W. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au réexamen de sa situation à la lumière des éléments du recours. Il fait part de son incompréhension quant au fait que l'intimé n'a pas sollicité de renseignements médicaux complémentaires de sa part, en particulier s'agissant de sa problématique chirurgicale. D'après lui, lors d'un téléphone avec la personne responsable de son dossier AI, il aurait reçu l'information qu'il n'était plus nécessaire de produire de certificats d'incapacité. Il expose à ce sujet avoir subi deux opérations et ressentir des douleurs et des sensations de brûlures au niveau du dos et précise qu'un médecin de Belgrade lui recommande une nouvelle opération. Dans un autre moyen, il explique avoir été « vraiment traumatisé » par l'expertise du C. _____, orientée avant tout sur son état psychique et non pas sur ses problèmes réels. Il avait par ailleurs contacté l'aide au placement, mais on lui avait dit – toutefois sans que le rapport promis ne lui soit remis – qu'il n'y avait pas lieu de travailler à 100 % puisque son activité de [...] à 20 % lui permettait de travailler à son rythme. A cet égard, il s'est étonné que sa demande de pouvoir continuer à travailler à 20 % n'intéresse pas l'AI. Sa situation actuelle était décrite comme extrêmement pénible, tant aux plans physique et psychologique que financier. Il a joint à son envoi un lot de pièces, figurant pour la plupart déjà au dossier de l'intimé, sous réserve des pièces suivantes :

- un courrier du 16 juin 2021 du Service de médecine nucléaire et d'imagerie moléculaire du Centre L. _____ (ci-après : le L. _____), fixant un rendez-vous au recourant pour une scintigraphie osseuse le 9 juillet 2021 ;

- un courrier du 28 juin 2021 du Département des neurosciences cliniques du L. _____, fixant un rendez-vous au recourant à la consultation du Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 23 septembre 2021 ;

- des radiographies des cervicales du recourant, commentées par ce dernier ;

- un rapport du 21 juin 2021, par lequel le Dr X. _____ et le Dr E. _____, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont notamment fait état de ce qui suit :

« **Examens complémentaires**

IRM février 2021: alignement vertébral satisfaisant. Pas de discopathie significative au niveau C7-D1. Pas de sténose foraminale significative visualisée tant à droite qu'à gauche.

Radiographie colonne cervicale fonctionnelle 06.05.2021: l'alignement cervical est bon, le matériel est en place, la fusion aux niveaux C5-C6 et C6-C7 est acquise. Pas d'instabilité segmentaire.

Conclusions, traitement et évolution

Le patient est vu en présence du Dr E. _____. Au vu de ce qui précède, on propose de réaliser un SPECT [tomographie par émission monophonique] - CT [tomographie par ordinateur]. Le patient en a fait par le passé et va tenter de rapatrier ces images pour voir si elles sont récentes ou non. Si tel n'est pas le cas, nous répéterons l'examen. L'objectif est de voir s'il y a une surcharge des segments adjacents, c'est-à-dire, au niveau de la charnière cervico-thoracique et s'il existe une pseudarthrose aux niveaux sensés être fusionnés. Quand bien même, nous mettrions en évidence une surcharge ou une hypercaptation à ce niveau, en l'état, nous ne sommes pas convaincus qu'une prise en charge chirurgicale puisse significativement améliorer les symptômes de ce patient qu'il décrit comme des douleurs encore supportables mais qui se dégradent progressivement.

Nous reverrons le patient le **15.07.2021** avec ces différents examens. Nous ne manquerons pas de vous tenir informé des résultats. »

Par réponse du 28 septembre 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 20 octobre 2021, le recourant a derechef déploré qu'aucune demande de document médical ne lui ait été faite depuis le mois de mars 2020 (*recte* : 2019). Il avait subi une troisième infiltration sans résultats significatifs, de même que des séances de massage, d'acupuncture et différents exercices, en vain. Il avait consulté le Dr X. _____, au L. _____, et « compris que les médecins ne prennent pas volontiers les patients des autres ». A cet égard, il a relevé qu'il n'y

avait aucune alternative à part consommer des anti-inflammatoires selon l'intensité des douleurs. Il s'estimait trompé par l'intimé et avait finalement même mis un terme à son activité à 20 %, à cause de son état psychique. Il était en cours de séparation d'avec son épouse et attendait toujours des nouvelles du « coach » sensé l'aider à retrouver un emploi à 100 %. A titre de mesure d'instruction, il a demandé à être auditionné par le Tribunal. Avec son écriture, il a notamment produit un rapport de scintigraphie osseuse « 3 phases » du 23 septembre 2021 relatif à un examen réalisé le 21 septembre précédent au Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire du L. _____. Ledit rapport conclut à un foyer d'hyperfixation dans la partie postérieure de l'espace intersomatique C6-C7 en rapport avec une fusion incomplète estimée à un tiers de la surface et à une absence d'hyperfixation significative en C7-D1 ou du rachis dorsal haut.

L'OAI a maintenu sa position par duplique du 15 novembre 2021.

Le recourant a également maintenu sa position par déterminations du 2 décembre 2021, en relevant qu'un retour dans le monde du travail lui semblait utopique. Il restait cependant ouvert à toute proposition de travail de la part de l'intimé, de préférence pour un emploi à 20 %, et sollicitait à nouveau son audition par le Tribunal.

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. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

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

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

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).

c) aa) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

bb) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

cc) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences

fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

5. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'effectuer son activité habituelle de [...], qui est une activité lourde, depuis le 24 février 2017. Se pose toutefois la question de savoir s'il conserve une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qu'il conteste.

En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du C. _____ du 6 novembre 2019 pour retenir que le recourant était capable de travailler dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge fréquent de plus de cinq kilos, pas de surcharge des ceintures scapulaires et éviction de la station debout et assise prolongée), et ce depuis toujours, au taux de 100 % (sous réserve des périodes post-opératoires du 18 mai au 20 août 2017 et du 6 décembre 2019 au 11 mars 2020, cf. avis du SMR du 23 novembre 2020). Le recourant conteste être capable de travailler à temps complet à cause de ses importantes douleurs, reprochant notamment aux experts du C. _____ de s'être uniquement penché sur son état psychique, et non sur ses réels handicaps, et avoir été « traumatisé » par le déroulement de cette expertise. Il convient donc de se pencher sur la valeur probante de l'expertise du C. _____.

a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du C. _____ remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. Les experts ont établi le contexte médical de manière détaillée, puisqu'ils ont reconstitué le dossier médical du recourant depuis juillet 2016, synthétisant de nombreux documents médicaux, dont les rapports médicaux et les examens radiologiques. Ils ont procédé aux examens cliniques personnellement et conformément à

leur spécialité et les ont résumé, avant de tenir une discussion au terme des deux entretiens séparés et de rédiger une évaluation consensuelle. Les experts ont établi l'anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et psycho-sociale du recourant. Ils ont listé ses plaintes (en particulier pp. 23 ss et 40 ss du rapport d'expertise) et établi les diagnostics avec soin. Les experts ont communiqué des conclusions motivées et cohérentes avec leurs observations.

b) Sur le plan somatique, l'expert Z._____ a en particulier relevé que l'examen clinique retrouvait une importante limitation de la mobilité cervicale, avec douleurs en fin de course à l'extension cervicale ; le réflexe tricipital gauche était aboli, sinon, il n'existait pas de signe de compression radiculaire des membres supérieurs. La mobilisation lombaire était discrètement diminuée, avec de légères douleurs à la latéroflexion des deux côtés, sans signes de compression radiculaire des membres inférieurs ; la mobilité coxo-fémorale était normale et indolore des deux côtés. Fort de ses constatations et au vu des pièces au dossier, il a posé les diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles de syndrome cervical avec des discrets signes cliniques de compression de la racine C7 (probablement séquellaire), sur discopathie C3-C4 et rétrécissement des foramen C3-C4 et C5-C6 gauches, respectivement par une protusion discale et par une uncarthrose, et de status après microdiscectomie antérieure avec foraminotomies bilatérales C6 et C7 et stabilisation avec cage Tantal C5/6 et C6/7 pour des discopathies C5-C6 et C6-C7 le 18 mai 2017. Il a également posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de discret syndrome lombaire sans signes de compression radiculaire des membres inférieurs sur arthrose postérieure lombaire basse principalement en L5-S1 et légère discopathie de L3-L5, de status après parésie faciale en septembre 2019, de tendinopathie tronchantérienne calcifiante droite, de dyspnée d'origine mixte sur BPCO, d'incompétence chronotrope, de dyslipidémie et de surpoids.

Dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail, le Dr Z._____ a retenu que l'activité exercée par le recourant dans son entreprise de [...] n'était plus exigible en ce qui concernait les travaux

lourds (l'expertisé devait déplacer des poids de 60 à 80 kilos seul et, ponctuellement, porter 200 à 230 kilos à quatre). Etant donné qu'une activité administrative au sein de sa société était toujours possible, il a évalué la capacité de travail dans l'activité habituelle de 20 % depuis le 24 février 2017, à l'exception d'une incapacité de travail totale pour toute activité nécessitée par une intervention rachidienne, du 18 mai 2017 au 20 août 2017 ; une deuxième opération rachidienne était prévue en fin novembre ou début décembre 2019, laquelle nécessiterait une nouvelle incapacité de travail totale pour toute activité, et ce pendant trois à six mois après l'opération. L'expert a décrit l'activité adaptée au handicap de l'assuré comme suit : « il devrait s'agir d'une activité sans port de charges fréquent supérieur à cinq kilos, sans surcharges des ceintures scapulaires et avec éviction de la station debout et assise prolongée ». Selon lui, une telle activité était exigible depuis toujours et au taux de 100 %, sous réserve des deux périodes d'incapacité de travail totale liées aux opérations rachidiennes susmentionnées.

Rien n'incite à s'écarter des conclusions détaillées et motivées du Dr Z._____. Aucun élément au dossier ne permet en effet de les mettre en doute. En particulier, quoi qu'en dise le recourant, l'expert Z._____ a pris en compte la symptomatologie douloureuse malgré l'opération rachidienne du 18 mai 2017, notant que l'expertisé « présentait toujours des douleurs de la nuque et des brûlures dorsales hautes, ainsi qu'au niveau de l'omoplate droite » (rapport d'expertise p. 16). Il a également tenu compte de la réalisation imminente d'une deuxième opération rachidienne, prévue en fin d'année 2019, dont il résulterait une incapacité de travail totale pour toute activité de trois à six mois après l'opération. A ce sujet, il ressort du rapport établi le 11 mars 2020 par le Dr H._____ et le Prof. R._____ qu'après l'intervention du 6 décembre 2019, la radiologie avait montré une très bonne guérison dans la zone C5-C6, seules demeurant de légères tensions de la colonne thoracique haute en lien possible avec une ostéochondrose C7/D1, ce qui confirme la durée d'incapacité de travail totale estimée par l'expert. A cela s'ajoute qu'aucun rapport des médecins consultés par l'assuré ne fait état de limitations fonctionnelles supplémentaires et que ceux-ci ne se

prononcent du reste pas sur la capacité de travail exigible de leur patient dans une activité adaptée.

Le rapport du 21 juin 2021 des Drs X._____ et E._____ produit par le recourant et établi postérieurement à l'expertise n'y fait pas exception ; les médecins précités ont en effet constaté lors de leur examen clinique, à l'instar de l'expert, qu'il existait une certaine rigidité cervicale avec une limitation dans les amplitudes articulaires, que lorsqu'il essayait d'incliner la tête, il ressentait de vives douleurs de la région de la ceinture scapulaire, que la mobilité des membres supérieurs était complète, douloureuse en fin de course et qu'il n'y avait pas de déficit moteur aux membres inférieurs, ni de trouble de la motricité fine ou sphinctérien. Les radiographies effectuées en février et mai 2021 montraient un alignement vertébral et cervical satisfaisant, sans discopathie significative au niveau C7-D1 et sans instabilité segmentaire. Dans ces conditions, les Drs X._____ et E._____ ont proposé d'investiguer une éventuelle surcharge des segments adjacents, n'étant toutefois pas convaincus, cas échéant, qu'une prise en charge chirurgicale puisse significativement améliorer les symptômes du patient. Ces constatations se superposent à celles de l'expert et ne les contredisent nullement puisqu'elles ne font pas état d'une aggravation de l'état de santé du recourant ou d'une nouvelle atteinte. De même, le rapport de scintigraphie osseuse du 23 septembre 2021, qui conclut à un foyer d'hyperfixation dans la partie postérieure de l'espace intersomatique C6-C7 en rapport avec une fusion incomplète estimée à un tiers de la surface et à une absence d'hyperfixation significative en C7-D1 ou du rachis dorsal haut, ne permet pas d'attester une aggravation de l'état de santé du recourant.

Compte tenu des éléments qui précèdent, il convient de s'en tenir aux conclusions du volet rhumatologique de l'expertise établi par le Dr Z._____, qui est bien élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte de l'ensemble des spécificités du cas particulier et comporte des conclusions claires, dûment motivées et

exemptes de contradictions. Ce volet ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

c) Sur le plan psychique, l'expert Q._____ a retenu qu'il n'existait pas de psychopathologie spécifique chez le recourant et que la capacité de travail de ce dernier était entière depuis toujours dans toute activité, précisant qu'il avait pu exister des inflexions ponctuelles de la capacité de travail au décours du trouble adaptatif retenu par le Dr M._____.

L'expert a dûment expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait aucun diagnostic psychiatrique incapacitant, relevant à cet égard qu'il ne retrouvait pas d'épisode dépressif (F32) chez un assuré qui ne peinait pas à se projeter dans l'avenir, qui était sthénique et dont les capacités hédoniques étaient conservées. Il a en outre exposé les raisons pour lesquelles il convenait d'écarter le diagnostic de trouble de l'adaptation ou de réaction à un facteur de stress important (F43), ne détectant aucun état de détresse ou de perturbation émotionnelle, le fonctionnement et les performances sociales de l'assuré n'étant pas entravés. L'expert ne retrouvait pas non plus de trouble spécifique de la personnalité (F60), le recourant ayant fonctionné correctement jusqu'aux faits en cours.

L'expert Q._____ s'est également positionné de manière convaincante sur le rapport du Dr M._____ du 16 mars 2018 dans lequel ce dernier posait le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse (F43.25) depuis octobre 2017. Il a noté qu'aucun traitement psychopharmacologique n'avait été prescrit, que le traitement psychiatrique et psychothérapeutique auprès du Dr M._____ était terminé, que l'examen du jour ne retrouvait plus aucune psychopathologie spécifique, de sorte que le trouble de l'adaptation diagnostiqué par le psychiatre traitant était en rémission. On ajoutera que le rapport du 7 février 2018 du Dr F._____ et de Mme B._____ s'agissant de l'examen neuropsychologique révélait uniquement des difficultés d'apprentissage d'intensité légère en condition auditivo-verbale ainsi que

de très discrètes difficultés de théorie de l'esprit, les autres fonctions cognitives se situant dans les limites de la norme. Or, ces très légers troubles ne sont plus observés par l'expert. S'agissant de la capacité de travail, le Dr M. _____ avait estimé que son patient pouvait travailler à temps partiel dans son activité habituelle, soit environ six heures par jour, avec un rendement de 50 à 75 % et qu'il pouvait travailler à temps partiel, voire à temps complet, dans une activité adaptée, comme celle de cuisinier ou pâtissier. L'expert psychiatre, quant à lui, a relevé que le recourant possédait de nombreuses ressources, en ce sens qu'il savait s'adapter aux règles et routines et planifier et structurer ses tâches, qu'il était capable de flexibilité et disposait de capacités d'adaptation, qu'il avait le sens du contact avec autrui et était capable d'évoluer au sein d'un groupe, qu'il avait des relations proches et effectuait des activités spontanées, telles que le vélo, la philosophie, le voyage et la cuisine (rapport d'expertise p. 19). Le rapport du 16 mars 2018 du Dr M. _____, peu étayé, ne fait état d'aucun élément objectif permettant d'expliquer pourquoi l'assuré ne serait pas capable d'assumer une activité adaptée à temps complet. Dans ces conditions, il ne saurait mettre sérieusement en doute le volet psychiatrique de l'expertise du C. _____.

Au vu des éléments qui précèdent, il convient de retenir que l'avis du Dr Q. _____ selon lequel l'assuré ne souffre d'aucune psychopathologie peut être suivi, ses conclusions étant bien motivées et n'étant mises en doute par aucun élément au dossier. Etant donné qu'il n'y a en l'occurrence pas d'atteinte psychique durable ou significative attestée par un spécialiste, le recours à la procédure probatoire structurée (grille d'indicateurs) telle que prévue par la jurisprudence du Tribunal fédéral ne se justifie pas (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

d) Dans leur évaluation consensuelle intervenue au terme des deux entretiens avec l'expertisé, les experts ont finalement retenu que la capacité de travail dans l'activité adaptée était entière depuis toujours, à l'exception d'une incapacité de travail totale pour toute activité nécessitée par une intervention rachidienne du 18 mai au 20 août 2017 ; une

deuxième opération rachidienne était prévue à la fin de l'année 2019, qui serait réalisée par le Dr H._____ et nécessiterait une nouvelle incapacité de travail totale de trois à six mois après l'intervention. Cette analyse globale est cohérente avec les constatations antérieures de chaque expert et ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

e) Au vu de ce qui précède, l'expertise réalisée par le C._____ remplit l'ensemble des critères requis pour se voir accorder pleine valeur probante.

C'est le lieu de constater, contrairement à ce que soutient le recourant, que l'expertise du C._____ comporte bel et bien un volet rhumatologique étayé, l'expert rhumatologue s'étant en outre entretenu durant près de deux heures avec lui, tandis que l'expert psychiatre s'est entretenu avec lui durant deux heures et trente minutes (rapport d'expertise p. 4). L'argument du recourant selon lequel l'expertise a été largement orientée sur ses problèmes psychiques ne saurait donc être suivi. Quant au fait que le recourant se dise « traumatisé » par le déroulement de l'expertise, s'il est compréhensible que participer à une expertise soit difficile, l'expert ayant un rôle différent de celui d'un médecin traitant, le recourant ne fait toutefois valoir aucun élément concret permettant de remettre en cause l'expertise.

L'intimé était ainsi légitimé à se fonder sur celle-ci pour évaluer la capacité de travail résiduelle de l'intéressé.

6. Le recourant reproche en outre à l'intimé de ne pas avoir sollicité de renseignements médicaux complémentaires de sa part, en particulier s'agissant de sa problématique chirurgicale. L'OAI a pourtant bel et bien requis la remise de documents aux médecins en charge du suivi du recourant, interrogeant le Dr P._____ et le Prof. R._____ à réception de la demande de prestations du 16 octobre 2017 qui mentionnait les noms de ces médecins. Il a également recueilli un rapport établi par le psychiatre traitant du recourant, le Dr M._____. Pour le surplus, le recourant a lui-même produit spontanément un certain nombre

de pièces comme le rapport du Dr H._____ du 11 mars 2020, lesquelles ont été prises en considération par l'OAI dans le cadre de son analyse. Au demeurant, l'ensemble des pièces relatives aux opérations rachidiennes subies par l'assuré figurent au dossier et ont dûment été prises en compte par les experts du C._____ (cf. consid. 5b *supra*). Enfin, le fait que le recourant n'ait, à compter du mois de mars 2020 (*recte* : 2019 ; cf. courrier de l'assuré du 19 mars 2019 à l'OAI), comme il l'allègue, plus adressé de certificat d'incapacité de travail à l'intimé n'est pas déterminant. Un tel document, en l'absence de tout autre détail, n'est en effet pas propre à établir, à lui seul, une incapacité de travail dans toute activité. L'allégation du recourant sur ce point ne saurait donc être suivie.

7. Dans un autre moyen, le recourant allègue qu'il est toujours sans nouvelle du « coach » sensé l'aider à retrouver un emploi. De plus, il explique avoir pris contact avec un collaborateur de l'OAI au sujet de l'aide au placement, lequel lui aurait affirmé qu'il n'y avait pas lieu de chercher un emploi à temps complet, puisqu'il effectuait son travail de [...] à 20 %, ce qui lui permettait de travailler à son rythme.

a) Selon l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (TF 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

b) En l'occurrence, par courrier du 24 mars 2021, l'intimé a signifié à l'assuré qu'il avait droit à l'aide au placement. Un contact téléphonique a bel et bien eu lieu entre l'intéressé et un collaborateur de

l'OAI à ce sujet, le 15 avril 2021. Il ne ressort toutefois pas de la notice téléphonique que le collaborateur aurait conseillé au recourant de ne pas chercher d'emploi à temps complet, au vu de son état de santé, ce qui n'est d'ailleurs nullement son rôle, seul un médecin pouvant se déterminer sur la capacité de travail d'un assuré dans une activité exigible (cf. consid. 4a *supra*). En réalité, lors de cet entretien, le recourant a obtenu des informations sur l'aide au placement, notamment qu'il appartient au bénéficiaire d'effectuer les démarches de recherches d'emploi et que l'OAI soutient celles-ci et peut notamment mettre en place des mesures d'accompagnement. Or, l'assuré a déclaré contester le projet de décision du 24 mars 2021, s'estimant incapable de travailler à 100 % et déclarant que son état de santé se péjorait. Le collaborateur a par conséquent pris note que l'intéressé ne s'estimait pas apte à entrer dans une démarche d'aide au placement et a clos, au moins temporairement, le mandat d'aide au placement.

Partant, il est parfaitement normal que l'assuré n'ait plus été contacté par l'OAI s'agissant de l'aide au placement. Il appartiendra au recourant de demander à l'intimé de rouvrir ce mandat s'il souhaite en bénéficier. Cas échéant, il devra effectuer les démarches pour trouver un emploi à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et l'OAI lui offrira un soutien à ces démarches, sans toutefois devoir lui fournir une place de travail.

On rappellera à toutes fins utiles que le fait que le recourant s'estime incapable de travailler à plus de 20 % au vu de son état de santé n'est pas pertinent. Les experts du C. _____ ont certes constaté que la capacité de travail dans l'activité habituelle particulièrement lourde de l'assuré était de 20 %, mais ils ont à juste titre considéré, comme examiné précédemment, qu'il était capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 %, laquelle a précisément pour but de ménager sa santé, en particulier ses cervicales.

8. Le recourant fait encore valoir qu'un retour dans le monde du travail lui paraît utopique, compte tenu semble-t-il de son âge et de son état de santé.

a) Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

La jurisprudence a toutefois reconnu que 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 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références).

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 (TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; ATF 138 V 457 consid. 3.3). 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).

b) En l'espèce, le recourant était âgé de 59 ans au moment où les experts du C. _____ ont constaté que l'exercice d'une activité adaptée était médicalement exigible, si bien que la jurisprudence susmentionnée peut s'appliquer à son cas.

A ce moment, l'intéressé disposait cependant encore d'une durée d'activité de plus de cinq années, n'excluant pas d'emblée le caractère exploitable de sa capacité résiduelle de travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2). De plus, étant donné les limitations fonctionnelles décrites par les médecins (pas de port de charge fréquent de plus de cinq kilos, pas de surcharge des ceintures scapulaires et éviction de la station debout et assise prolongée), le nouveau poste de travail n'impliquerait pas nécessairement d'adaptations particulières. Les spécialistes de l'OAI sur les questions professionnelles ont retenu plusieurs activités adaptées à l'état de santé du recourant, à savoir un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou ouvrier dans le conditionnement (cf. note du 4 mars 2021). Vu le large éventail d'activités simples et répétitives que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier -, on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant. Au demeurant, elles sont, en règle générale,

disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011, consid. 6.3 et les références citées). A cela s'ajoute que l'expertise du C._____ a mis en lumière les nombreuses ressources de l'assuré et ses capacités d'adaptation (cf. rapport d'expertise p. 19), celui-ci étant d'ailleurs parvenu à retrouver un emploi à temps partiel auprès de la Fondation [...] après avoir mis fin à son activité indépendante.

Dans ces conditions, il sied de retenir que l'assuré est en mesure de retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles sur un marché équilibré du travail, de sorte que le grief de ce dernier doit être rejeté.

9. Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté et peut être confirmé, l'intimé ayant fixé le revenu sans invalidité à l'issue d'une analyse économique pour indépendant et le revenu avec invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Aussi, compte tenu d'un degré d'invalidité de 8 %, c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi de toute rente, le seuil de 40 % ouvrant le droit à cette prestation n'étant pas atteint.

10. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire d'auditionner le recourant. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de l'assuré en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

11. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à

600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 7 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de W._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- W._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :