

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mai 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 16 LPGA

E n f a i t :

A. Le 29 mars 2017, la Ville de R._____ a initié une procédure de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en annonçant que N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966 et titulaire d'un CFC de monteur-électricien, était en totale incapacité de travail dans son emploi d'ouvrier qualifié depuis le 8 février 2017 en raison de problèmes aux cervicales. L'incapacité de travail était liée à la maladie et à un accident.

Contacté par l'OAI le 19 mai 2017, l'assuré a indiqué qu'il avait été en arrêt de travail du 8 février au 2 avril 2017 à la suite d'un accident et qu'il avait pu reprendre son travail le 3 avril 2017 à 100 %.

La procédure de détection précoce a pris fin, sans suites.

B. En date du 20 mars 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant être en totale incapacité de travail depuis le 9 mars 2018 en raison de cervicalgies et d'arthrose à la nuque, ce dont il souffrait depuis 2013. Il a également mentionné des « Incapacités pelées de 2013 à 2018 » (sic).

Dans un rapport du 4 mai 2018, le Dr S._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de syndrome cervical sévère récidivant avec irradiation et irritation radiculaire sur cervicarthrose importante associée à une fusion corporelle partielle de C2-C3, de rétrécissement dégénératif important sur uncarthrose des trous de conjugaison C6-C7 des deux côtés avec des conflits surajoutés au niveau des racines C7 droites et gauches, ainsi que d'arthrose interfacettaire importante au niveau C4-C5 et également au niveau C3-C4 droit. Il décrivait l'atteinte comme très sévère. Celle-ci rendait la station assise prolongée difficile et toute activité nécessitant le port de charges impossible, de même que le travail avec les bras en surélévation, en position accroupie ou à genoux. L'incapacité de travail du recourant dans son activité habituelle était toujours totale et la poursuite de cette activité paraissait peu souhaitable. Le Dr S._____ a

joint à son rapport les résultats des IRM cervicales réalisées les 3 août 2015 et 13 mars 2018.

Dans un formulaire rempli le 9 mai 2018, la Ville de R. _____ a indiqué que le salaire annuel de l'assuré était de 91'235 fr. depuis le 1^{er} janvier 2018, mais que ce montant ne correspondait cependant pas à son rendement puisqu'il n'accomplissait plus une part importante des tâches liées à son cahier des charges.

Dans un rapport du 11 juin 2018, le Dr S. _____ a précisé que l'assuré présentait des épisodes récidivants de cervico-brachialgies depuis 2003 et qu'il avait fait des décompensations en 2015, 2016, 2017 et 2018. Il a posé le diagnostic de cervico-brachialgies récidivantes sur troubles arthrosiques et dégénératifs importants avec également un bloc congénital C2-C3. L'activité d'électricien à la commune de R. _____ n'était plus compatible avec la problématique médicale car celle-ci impliquait de monter sur des échelles, des échafaudages, de travailler les bras surélevés et avec la nuque en extension. Le Dr S. _____ estimait que la capacité de travail de l'assuré se situait entre 80 et 100 % dans une activité adaptée, à savoir dans une activité en position assise principalement, sans port de charge, sans rotation ni travail avec les bras au-dessus de la tête. L'assuré pourrait également présenter des difficultés avec la conduite de certaines camionnettes en raison surtout de l'importante limitation de sa mobilité cervicale.

Dans un rapport du 24 juin 2018, le Dr Q. _____, médecin généraliste traitant, a retenu les diagnostics de « cervico-brachialgies gauches sur une petite hernie discale C5-C6 et arthrosiques récurrentes et chroniques ». Il a mentionné que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 8 février 2017, les limitations fonctionnelles étant des mouvements très limités de la tête et un port de charge de maximum 5 kg. Il avait établi des incapacités de travail à 100 % du 12 au 28 janvier 2016, du 8 février au 31 mars 2017, du 29 mai au 17 juillet 2017, ainsi que du 30 janvier au 9 février 2018. Il a précisé ne pas voir

d'amélioration significative depuis des mois et qu'on ne pouvait donc guère en attendre une.

Par communication du 14 septembre 2018, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation sous forme d'un bilan de compétences. Celui-ci a été réalisé par la psychologue L. _____, qui a rédigé un rapport de synthèse le 17 septembre 2018.

Le 6 novembre 2018, l'assuré a visité un centre de l'Organisation romande d'intégration et de formation professionnelle (ci-après : Orif) en vue d'y effectuer un stage d'observation. Il a indiqué à cette occasion qu'il prenait du Deroxat tous les jours pour ses angoisses (rapport de visite du 8 novembre 2018). Le début de ce stage a dû être repoussé en raison de douleurs importantes au dos, puis de la pose d'une prothèse de hanche (notes d'entretien des 13 et 21 novembre 2018).

Dans un rapport du 1^{er} avril 2019, le Dr S. _____ a mentionné que les cervicalgies chroniques entraînaient une importante limitation de tout mouvement cervical en rotation ainsi qu'en flexion/extension. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle se poursuivait. L'assuré pourrait certainement travailler entre 80 % et 100 % dans une activité adaptée, ses limitations fonctionnelles étant liées à une mobilité extrêmement réduite au niveau cervical dans toutes les positions, l'obligeant souvent à mobiliser son tronc pour les rotations.

Par communication du 12 avril 2019, l'OAI a pris en charge les coûts d'une orientation professionnelle auprès de l'Orif du 23 avril au 12 juillet 2019.

Selon un certificat médical du Dr S. _____ du 30 avril 2019, l'assuré ne pouvait, en raison de ses limitations fonctionnelles, exercer une activité en étant assis toute la journée qu'à un taux de l'ordre de 60 %.

Selon le rapport d'observation de l'Orif du 4 juillet 2019, l'assuré avait eu un taux de présence moyen de 51 % durant la mesure. Il l'avait débutée à 100 % le 23 avril 2019, mais en raison des douleurs devenant trop importantes, son médecin avait établi un certificat d'incapacité de travail de 20 % à partir du 29 avril 2019, puis de 40 % dès le 6 juin 2019. Ses absences étaient liées à plusieurs rendez-vous chez le médecin, à trois jours de maladie et trois jours de congé octroyés à la suite du décès de son frère. La position assise prolongée était difficile à tenir et semblait douloureuse, l'assuré devait régulièrement sortir pour marcher et se détendre, l'alternance des positions sur le poste de travail ne le soulageant pas vraiment.

Par communication du 10 juillet 2019, l'OAI a prolongé la mesure jusqu'au 12 novembre 2019.

Dans un certificat médical du 12 août 2019, le Dr S. _____ a attesté que l'assuré ne pouvait exercer une activité en position assise toute la journée qu'à un taux de l'ordre de 50 %.

Dans un rapport du 6 novembre 2019, le Dr S. _____ a fait savoir que la capacité de travail qu'il avait estimée entre 80 % et 100 % paraissait clairement illusoire malgré la volonté de l'assuré de reprendre une activité. Il lui était très difficile de maintenir la position assise de manière prolongée et il était obligé de se lever régulièrement, d'autant plus qu'il avait des douleurs non seulement au niveau cervico-scapulaire, mais également au niveau lombo-pelvien avec des sciatalgies récidivantes. Dans ces conditions, la capacité de travail dans une activité adaptée n'était que de 50 %. Au niveau des limitations fonctionnelles, la station debout prolongée devait être évitée, la position assise prolongée était également très difficile et nécessitait des changements réguliers. La rotation du tronc et de la nuque était fortement limitée et génératrice de douleurs. Le travail avec les bras surélevés et le port de charge de plus de quelques kilos n'étaient pas souhaitables.

Selon le rapport d'observation de l'Orif du 19 novembre 2019, l'assuré avait eu un taux de présence de 28 % en moyenne en raison d'un certificat médical d'incapacité de travail à 50 % dès le 12 août 2019, de 6 jours de congé octroyés (décès de son frère et vacances) et de nombreuses absences pour maladie à cause des douleurs et pour plusieurs rendez-vous médicaux. Sa santé semblait s'être péjorée durant les huit mois de stage.

Dans un avis médical du 30 janvier 2020, le Dr C._____, médecin praticien et spécialiste en médecine du travail auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise rhumatologique.

En date du 2 mars 2020, l'OAI a réceptionné les résultats de l'IRM cervicale du 13 mars 2018, de la radiographie lombaire du 19 novembre 2018, de l'IRM lombaire et des sacro-iliaques du 25 juin 2019, ainsi que les rapports établis par le Dr [...] les 5 juillet et 29 novembre 2019. Dans le rapport du 5 juillet 2019, le Dr S._____ a indiqué que l'IRM lombaire semblait démontrer une probable hernie discale au niveau L4-L5, éventuellement même au niveau L5-S1. Il était d'avis que la capacité de travail dans une activité adaptée permettant de changer régulièrement de position ne pouvait pas dépasser 50 %.

Un examen clinique rhumatologique de l'assuré a été effectué le 2 mars 2020 au SMR par le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale. A l'occasion de cet examen, l'assuré a indiqué prendre notamment un comprimé de Deanxit le matin, à savoir un antidépresseur avec neuroleptique. Dans son rapport, le Dr J._____ a posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de syndrome cervical dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec petite hernie discale C6-C7 gauche et fusion corporéale partielle C2-C3 d'origine congénitale et de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann et probable hernie discale L4-L5. Il a également retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un *hallux*

valgus modéré avec troubles statiques modérés des pieds asymptomatiques et un status après mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite pour coxarthrose. Il a conclu à l'existence d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée depuis mars 2018. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

« *Rachis* : nécessité de pouvoir alterner 2 x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. Pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque.

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

Par communication du 9 mars 2020, l'OAI a pris en charge les coûts d'un entraînement à l'endurance du 9 mars au 14 juin 2020 auprès de Z._____. Ce stage a dû être interrompu le 13 mars 2020 en raison de l'épidémie de Covid-19 et a été repris le 25 mai 2020. Cette mesure a été prolongée à deux reprises, jusqu'au 13 décembre 2020, par communications des 19 juin et 3 septembre 2020.

Dans le rapport de stage du 5 juin 2020, les responsables de Z._____ ont relevé que l'assuré manquait d'endurance et peinait à anticiper l'alternance des positions afin de prévenir l'apparition des douleurs.

L'assuré s'est retrouvé en incapacité totale de travailler du 22 septembre au 30 novembre 2020.

Lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 26 octobre 2020, le Dr S._____ a indiqué que l'assuré avait une capacité de travail maximale de 50 % au niveau horaire avec, en plus, une diminution de rendement de 20-30 % en raison des exacerbations intermittentes de ses problèmes de santé, qui entraînaient un absentéisme important.

Dans le rapport de stage réceptionné par l'OAI le 5 novembre 2020, les responsables de Z. _____ ont mentionné que l'assuré avait appris à s'autogérer au niveau de l'alternance des positions assise et debout. Ils avaient discuté avec lui de l'éventualité d'un suivi psychique en lien avec la fragilité psychologique et émotionnelle qu'il semblait présenter.

Dans le cadre de la permanence du SMR du 18 novembre 2020, le Dr C. _____ a pris position comme suit (sic) :

« Dr S. _____ n'apporte pas d'éléments nouveaux, rien ne laisse penser qu'il y a une aggravation de l'état de santé. L'expertise de Dr J. _____ est donc toujours valable. Il s'agit certes d'une atteinte dégénérative mais un traitement adapté permettra à l'assuré de maintenir sa capacité de travail.

Du point de vue médical les mesures REA peuvent se poursuivre. Au niveau de la CT [capacité de travail] de 70% dans une AA [activité adaptée], Dr J. _____ ne donne pas de précisions. Il est vraisemblable que l'assuré puisse travailler à un taux de 100% avec une baisse de rendement de 30% mais on peut également envisager qu'il travaille à 70% avec un rendement plein. »

Selon un certificat du Dr S. _____ du 23 novembre 2020, l'assuré pouvait reprendre le travail à 30 % dès le 1^{er} décembre 2020.

A la suite d'un entretien entre l'assuré et des spécialistes en réinsertion de l'OAI et de Z. _____ le 2 décembre 2020, il a été décidé de prolonger la mesure d'entraînement au travail, avec une augmentation du taux de présence de 10 % par mois jusqu'à arriver à un 70 %. Par communication du 17 décembre 2020, l'OAI a pris en charge les coûts de la mesure jusqu'au 28 mars 2021.

L'assuré faisant partie des personnes vulnérables dans le contexte du Covid-19, il ne s'est plus rendu à Z. _____ à partir du 28 janvier 2021. La mesure a été interrompue le 18 mars 2021.

Lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 1^{er} mars 2021, le Dr Q. _____ a maintenu que l'assuré avait une capacité de travail de maximum 50 %.

Le service de réadaptation de l'OAI a indiqué, dans son rapport final du 22 mars 2021, que l'assuré semblait avoir perdu ses ressources au fil du temps et que la poursuite des mesures ne semblait plus pertinente car malgré toutes les mesures mises sur pied, cela ne lui avait pas permis de récupérer la capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée définie par le SMR. L'OAI a procédé au calcul du salaire exigible sur la base des données salariales statistiques, en tenant compte d'un abattement de 10 % en raison du temps de travail partiel, ce qui donnait un revenu d'invalidé de 43'077 fr. 24.

Selon le rapport final de stage établi par Z._____, l'assuré a pu augmenter son taux de présence à 40 % et a à peine pu atteindre un 50 %, mais jamais celui de 70 % comme demandé dans les objectifs. Son taux de rendement équivalait à celui d'un employé de production sur le taux de 40 % de présence.

Par projet de décision du 23 mars 2021, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 52 % dès le 1^{er} mars 2019, sous déduction des périodes d'indemnités journalières. Il a retenu que l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée et a fixé son revenu d'invalidé sur la base des données salariales statistiques, en appliquant un abattement de 10 % en raison de ses limitations fonctionnelles, ce qui donnait un montant de 43'077 fr. 24. Comparé à un revenu sans invalidité de 89'957 fr. 96, son taux d'invalidité était de 52,11 %.

Dans un courrier du 30 mars 2021, l'assuré a fait valoir que le projet de décision ne tenait pas compte de son arthrose au niveau lombaire, qui lui avait causé des absences durant son stage lorsqu'elle comprimait ses nerfs lombaires, problème qui était exacerbé lorsqu'il restait longtemps en position assise.

Dans un rapport du 14 avril 2021, le Dr S._____ a communiqué que l'évolution des cervicalgies était défavorable avec une

chronicisation des douleurs qui s'associaient, depuis en tout cas début 2019, à des douleurs lombaires basses avec blocages récidivants sur troubles dégénératifs très importants. Au niveau des limitations fonctionnelles, l'assuré était obligé de se lever très fréquemment pour soulager son dos, ne pouvait pas travailler accroupi, ni porter de charges, ni exercer d'activité avec les bras surélevé ou rester de manière prolongée en position statique debout. Le Dr S._____ avait proposé en 2018 une activité résiduelle de 50 % avec un rendement de 30 % au maximum compte tenu des limitations fonctionnelles. Actuellement, il estimait qu'il n'y avait pas de travail adapté que l'assuré pourrait effectuer à 50 % au vu des limitations fonctionnelles liées à sa double pathologie vertébrale, tant au niveau cervical qu'au niveau lombaire.

Dans un avis du 4 juin 2021, le SMR, par l'intermédiaire du Dr C._____, a fait l'appréciation suivante (sic) :

« En comparant les éléments présentés dans la cadre de l'audition aux éléments figurant dans le rapport d'examen SMR, force est de constater que les atteintes rachidiennes, tant cervicales que lombaires, ont bien été décrites et prise en considération. Il n'existe pas de nouvelle atteinte décrite comme étant incapacitante, et les atteintes rachidiennes n'ont manifestement justifiés ni nouvelle imagerie, ni nouveau traitement. Les limitations fonctionnelles décrite par le neurologue, à l'exception du travail accroupi (que nous pouvons admettre en l'état), sont identiques à celles retenues par l'expert, et même moins nombreuses. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de modifier nos précédentes conclusions au niveau médical. »

Par courrier du 7 juin 2021, l'OAI a pris position sur la contestation de l'assuré en se basant sur l'avis du SMR du 4 juin 2021.

Par décision du 9 juillet 2021, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2021, annonçant qu'une décision concernant la période du 1^{er} mars 2019 au 31 juillet 2021 lui parviendrait ultérieurement. La motivation de cette décision reprenait les termes du projet de décision.

C. Par acte de sa mandataire du 9 septembre 2021, N._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales

du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu depuis le 1^{er} septembre 2018, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} septembre 2020, sous déduction des prestations déjà versées, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour reprise de l'instruction. Il a fait valoir qu'il avait subi de nombreuses interruptions de travail depuis le 8 février 2017, que l'OAI avait d'ailleurs indiqué dans sa communication du 12 avril 2019 à la Caisse cantonale AVS qu'il présentait une incapacité dans l'exercice de son activité professionnelle habituelle d'au moins 50 % depuis le 8 février 2017, de sorte que son droit à la rente, qui prenait théoriquement naissance en février 2018, débutait le 1^{er} septembre 2018 compte tenu du dépôt de sa demande de prestations le 19 mars 2018. Selon lui, le rapport d'examen du Dr J._____ ne tenait pas compte de l'ensemble de ses atteintes, comme notamment l'arthrose interfacettaire inflammatoire, ni de leur aggravation, qui était attestée par le Dr S._____ et s'était concrétisée dans les faits. Il a également reproché à l'OAI de ne pas avoir pris en compte son état de santé psychique. Il a estimé que cet office aurait dû instruire davantage ces questions pour évaluer leurs répercussions sur sa capacité de travail et a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante, avec un volet rhumatologique et psychologique. Il a souligné qu'il n'était jamais parvenu à maintenir une charge de travail supérieure à 40 % lors des mesures et a fait savoir que la Caisse F._____ (ci-après : F._____) l'avait reconnu comme étant totalement invalide, et ce de façon définitive, depuis le 1^{er} septembre 2021, produisant la décision y relative. Dans l'hypothèse où une capacité de travail résiduelle devait lui être reconnue, il fallait tenir compte non seulement du désavantage salarial lié à son taux d'activité à temps partiel comme l'OAI l'avait fait, mais également celui induit par ses limitations fonctionnelles, ce qui justifiait d'appliquer un abattement de 20 % au total. Il a requis la production de son dossier auprès de la F._____, en plus de celui en mains de l'OAI.

Dans sa réponse du 17 novembre 2021, l'OAI a fait savoir que le début de l'incapacité de travail durable avait été fixée par le SMR sur la base de l'arrêt de travail prescrit par le Dr S._____, en prenant aussi en

compte le point de vue du Dr Q._____, lequel renvoyait à l'appréciation du Dr S._____ pour l'appréciation de l'aptitude au travail. L'OAI a considéré que le rapport d'examen du SMR avait pleine valeur probante, que le Dr J._____ avait tenu compte des cervicalgies et des lombalgies et n'avait pas évoqué l'utilité d'investigations complémentaires. L'intimé a rappelé que les constatations médicales devaient être privilégiées au détriment des observations des centres fréquentés par les assurés dans le cadre de l'exécution d'une mesure et que le SMR avait confirmé ses conclusions malgré l'échec des mesures allouées. Il a précisé que le taux d'abattement de 10 %, tenant compte du taux d'activité partiel, était parfaitement dans la ligne de la jurisprudence rendue dans ce domaine.

Par réplique du 17 mars 2022, le recourant a souligné que malgré sa bonne volonté, les deux mesures d'ordre professionnel s'étaient soldées par des échecs. Il a estimé que l'OAI avait violé son droit d'être entendu et la maxime inquisitoire en ne soumettant pas les rapports complémentaires du Dr S._____ à un rhumatologue ou un neurologue, étant précisé que le médecin du SMR qui s'était prononcé, à savoir le Dr C._____, n'avait pas une telle spécialisation. Il a fait valoir que les observations faites durant les mesures étaient pleinement corroborées par les constatations médicales du Dr S._____. Il a maintenu ses conclusions et sa requête d'expertise pluridisciplinaire indépendante. En plus d'une attestation de l'institution [...] du 8 octobre 2021, le recourant a produit deux nouveaux rapports médicaux :

- Dans un rapport du 7 février 2022, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue D._____ ont indiqué que l'assuré présentait un trouble psychique de dépression et d'anxiété chroniques. Son état dépressif chronique était traité par psychotropes depuis 1999, à savoir par un antidépresseur avec neuroleptique. Il tentait d'avoir un contrôle sur ses émotions et son anxiété par la mise en place de mécanismes de protection de type obsessionnel. Ces stratégies étaient toutefois peu efficaces car elles ne permettaient ni de juguler l'anxiété ni d'amener une souplesse

de la capacité d'adaptation, notamment dans le cadre d'un changement professionnel. Il manquait de souplesse d'adaptation lors de changements importants dans la vie, notamment professionnelle.

- Un rapport du Dr S. _____ du 9 février 2022, qui posait les diagnostics incapacitants suivants :

« Cervicalgies chroniques avec limitation importante de tout mouvement cervical en rotation ainsi qu'en flexion-extension liée à une cervicarthrose importante associée à une malformation et un bombement discal au niveau C6-C7 et une petite hernie paramédiane gauche avec conflit potentiel sur la racine C7 gauche, sténose significative des trous de conjugaison en C6-C7 des deux côtés et fusion corporelle partielle de C2-C3 d'origine congénitale. Il présente également une ostéophytose antérieure C5-C6 prédominant en paramédian gauche, et une arthrose interfacettaire inflammatoire modérée au niveau C4-C5 plutôt gauche, et en C3-C4 selon l'IRM du mois de mars 2018. Lombalgies chroniques depuis début 2019 avec blocages lombaires récidivants sur troubles dégénératifs et statiques. »

Le Dr S. _____ considérait que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % avec un rendement de 30 % maximum. Les limitations fonctionnelles étaient liées à une impossibilité de maintenir une position assise prolongée de plus d'une heure, qui nécessitait une mobilisation régulière, l'impossibilité de travailler en position accroupie, l'absence de port de charge de plus de 5 kg, l'absence d'activité avec les bras surélevés ou nécessitant de rester de manière prolongée en position statique debout. Ces limitations fonctionnelles entraînaient une mobilité fortement réduite, qui impactait clairement la surcharge pondérale, laquelle aggravait les douleurs et troubles du rachis.

Dans sa duplique du 5 avril 2022, l'OAI a maintenu sa position et transmis un avis du SMR du 30 mars 2022. Celui-ci a estimé que le rapport du Dr M. _____ ne permettait en aucun cas de mettre en évidence des éléments médicaux cohérents et objectivables jusqu'à la date de la décision, qu'une atteinte psychique significative, durable et de longue date n'était médicalement pas vraisemblable et que dans le cas où

des répercussions anxiodépressives étaient présentes, elles étaient manifestement apparues après juillet 2021.

Dans ses déterminations du 23 juin 2022, le recourant a fait remarquer que le rapport du Dr S._____ du 9 février 2022 n'avait pas été soumis au SMR et a précisé que l'atteinte psychique dont il souffrait ne l'empêchait pas en soi d'exercer une nouvelle activité mais qu'elle rendait extrêmement difficile toute réadaptation dans un nouveau domaine d'activité.

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) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en

cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI). Toutefois, même si la personne assurée ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

b) Tel est le cas en l'occurrence, puisque le recours a été déposé contre la décision du 9 juillet 2021, qui octroie une demi-rente d'invalidité au recourant à compter du 1^{er} août 2021, tout en annonçant qu'il recevrait une décision ultérieurement pour la période du 1^{er} mars 2019 au 31 juillet 2021. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le début et la quotité de son droit à la rente.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux

en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 9 juillet 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).

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). 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 trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou dans son champ d'activité habituel (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; Michel Valterio, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 9 ad art. 28 LAI). Pour établir rétrospectivement quand la période de 365 jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel la personne assurée a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux habituels. Une réduction de la capacité de travail de 20 % suffit en principe à ouvrir la période d'attente (Valterio, op. cit., n° 13 ad art. 28 LAI et les références). Le délai d'attente d'une année, pendant lequel l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail de 40 % en moyenne sans interruption notable, commence également à courir lorsque la personne assurée a travaillé, pendant une certaine période, au-delà de ce qui était raisonnablement exigible de sa part, en risquant d'aggraver son état de santé (TF 8C_724/2011 du 24 juillet 2012 consid. 4.3 et les références).

A teneur de l'art. 29ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Ce délai ne sera toutefois pas interrompu lorsque l'activité exercée met manifestement à trop lourde contribution les forces de l'assuré (Valterio, op. cit., n° 15 ad art. 28 LAI et la référence).

d) 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).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

4. a) Afin d'établir la capacité de travail résiduelle du recourant, l'OAI s'est basé sur les conclusions de l'examen clinique rhumatologique du SMR.

Le Dr J._____ a établi son rapport en toute connaissance du dossier du recourant, après avoir recueilli son anamnèse et entendu ses plaintes. Il a procédé à un examen clinique détaillé et a étudié les imageries réalisées. Il s'est prononcé sur la capacité de travail du recourant en tenant compte de l'ensemble des éléments à disposition et également au regard des ressources du recourant. Ses conclusions ont été prises de manière motivée et détaillée. Son rapport d'examen répond par conséquent aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

b) Le recourant reproche au Dr J._____ de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble de ses atteintes, et en particulier de son arthrose interfacettaire inflammatoire. Il ressort au contraire de son rapport que le Dr J._____ a pris en compte cette atteinte. Dans son appréciation du cas, il relève en effet que les examens radiologiques ont mis en évidence, entre autres, une arthrose interfacettaire postérieure gauche à caractère inflammatoire, restant modérée (rapport d'examen p. 10). Il en tient ensuite expressément compte dans son évaluation de la capacité de travail. Il justifie d'ailleurs l'incapacité de travail de 30 % qu'il retient notamment par l'existence de l'arthropathie interfacettaire dégénérative et surtout en raison du caractère congestif de cette arthropathie interfacettaire dégénérative prédominant en L3-L4 et L4-L5 (rapport d'examen p. 11).

c) Le recourant estime que son état de santé s'est aggravé, comme attesté par le Dr S._____, et reproche au Dr J._____ de ne pas en avoir tenu compte.

Il convient de relever tout d'abord que les rapports du Dr S._____ ne font pas état d'une aggravation de la situation médicale du

recourant. En effet, tant dans son rapport du 1^{er} avril 2019 que celui du 6 novembre 2019, ce médecin fait état d'une situation stable. Dans ce dernier rapport, le Dr S._____ revient sur l'appréciation qu'il avait initialement faite de la capacité de travail du recourant, en indiquant qu'une capacité de travail de 80 à 100 % était clairement illusoire, malgré la volonté du recourant, et que sa capacité de travail ne dépassait pas 50 % dans une activité adaptée. Il ne pose cependant pas de nouveau diagnostic, ni de nouveau constat médical, et base son appréciation sur les plaintes du recourant en rapport avec le stage à l'Orif, lors duquel il lui a été très difficile de maintenir la position assise de manière prolongée en raison de douleurs au niveau cervico-scapulaire et également au niveau lombo-pelvien, avec sciatalgies récidivantes.

Quoi qu'il en soit, le Dr J._____ avait connaissance du rapport du Dr S._____ du 6 novembre 2019, de même que celui du 29 novembre 2019, dans lequel le Dr S._____ considérait qu'il était difficile d'envisager un travail à 50 % puisque, même en position assise, le recourant était obligé de se lever régulièrement. Malgré cela, le Dr J._____ a conclu à l'existence d'une incapacité de travail de 30 % et décrit les raisons pour lesquelles il estime qu'une incapacité de travail supérieure n'a pas à être retenue (rapport d'examen p. 11).

d) Il est en revanche exact que le Dr J._____ n'a pas eu connaissance des rapports ultérieurs du Dr S._____, qui ont été examinés par le Dr C._____ lors de la permanence SMR du 18 novembre 2020 et par avis médical du 4 juin 2021. Le recourant considère que l'OAI a violé son droit d'être entendu et la maxime inquisitoire en ne soumettant pas les rapports complémentaires du Dr S._____ à un rhumatologue ou un neurologue, étant précisé que le Dr C._____ n'a pas une telle spécialisation.

aa) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de

preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

bb) La procédure en matière d'assurance-invalidité est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_259/2022 du 20 septembre 2022 consid. 5.1.1 et les références).

cc) En l'occurrence, on ne saurait voir une quelconque violation du droit d'être entendu du recourant. Celui-ci a en effet pu produire des moyens de preuve, qui ont été dûment pris en compte par l'OAI. Son grief porte en réalité sur l'appréciation que l'OAI a faite des rapports médicaux produits et, en particulier, le fait qu'ils n'aient pas été soumis à un rhumatologue ou un neurologue.

dd) Certes, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées). Cela vaut également pour les rapports d'examen établis par le SMR (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées). Or, en l'occurrence, il s'agissait uniquement d'obtenir un avis médical sur les nouveaux rapports produits par le recourant. Ceux-ci ont donc été soumis au SMR en vue d'une prise de position.

Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur

nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

En l'occurrence, rien ne permet de douter des compétences du Dr C._____, de par ses connaissances médicales, à se prononcer valablement sur les rapports qui lui ont été transmis. S'il avait estimé nécessaire de soumettre les rapports produits au Dr J._____ ou à un autre spécialiste, il l'aurait à l'évidence fait, étant rappelé que c'est lui qui avait d'ailleurs sollicité la réalisation d'une expertise rhumatologique (avis du 30 janvier 2020).

Cela étant, la lecture des rapports médicaux produits permet de confirmer l'appréciation du Dr C._____, telle qu'elle ressort de ses avis des 18 novembre 2020 et 4 juin 2021. Il convient en particulier de relever que le rapport du Dr S._____ du 14 avril 2021 ne fait pas état de nouvelles atteintes et que les limitations fonctionnelles qu'il retient rejoignent celles fixées par le Dr J._____, si ce n'est celle relative au travail accroupi qu'il retient en plus et que le Dr C._____ a admise dans son avis du 4 juin 2021. Il en résulte que le Dr S._____ fait une appréciation de la capacité de travail du recourant différente de celle du Dr J._____. Or, comme déjà mentionné ci-dessus (cf. consid. 5c), l'évaluation du Dr S._____ se fonde en grande partie sur les plaintes du recourant tandis que l'appréciation du Dr J._____ tient compte de l'ensemble des éléments objectifs à disposition.

Il en résulte que c'est à juste titre que l'OAI, par le biais du SMR, a confirmé les conclusions du Dr J._____ et n'a pas estimé nécessaire d'instruire davantage les atteintes au rachis du recourant.

ee) Le rapport du Dr S. _____ produit à l'appui du recours n'apporte par ailleurs pas d'éléments nouveaux. Le neurologue reprend les diagnostics précédemment posés et confirme son appréciation de la capacité de travail, à savoir 50 % dans une activité adaptée avec un rendement de maximum 30 %. Les limitations fonctionnelles sont les mêmes que celles déjà retenues auparavant. Dans la mesure où ce rapport ne fait que confirmer des éléments sur lesquels le SMR avait déjà pris position dans ses précédents avis, on ne saurait reprocher à l'OAI de ne pas l'avoir soumis au SMR.

e) Le recourant considère que l'échec des mesures suivies, au cours desquelles il n'est jamais parvenu à maintenir une charge de travail supérieure à 40 %, démontre l'aggravation de son état de santé.

aa) Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) dans des cas particuliers pour l'examen pratique de la capacité de travail de la personne assurée. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure la personne assurée est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 5.2 et les références citées). Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, conformément au principe de la libre appréciation des preuves, de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.3.1 et les références citées). Reste que les informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celle-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger d'elle (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées). En effet, les données médicales permettent

généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4 et la référence).

bb) En l'occurrence, les stages mis en place n'avaient pas pour but une observation professionnelle du recourant en vue de compléter les données sur sa capacité de travail. Il s'agissait au contraire de le préparer à une éventuelle entrée en formation, dans l'optique d'un reclassement professionnel. La mesure auprès de l'Orif visait ainsi à procéder à une évaluation de ses capacités afin de valider ou non le projet professionnel envisagé dans une activité administrative (cf. proposition de mesure du 12 avril 2019 et rapports de l'Orif des 4 juillet et 19 novembre 2019) et la mesure auprès de Z._____ à lui permettre d'améliorer son endurance et reprendre un rythme progressif en vue de le préparer à la réadaptation professionnelle envisagée (cf. propositions de mesure des 9 mars et 16 décembre 2020). Certes, le taux de présence du recourant lors de ces mesures n'a pas dépassé 50 %, mais il convient de préciser que, pour la mesure à l'Orif, cela s'explique notamment par les certificats médicaux d'incapacité de travail partielle établis par son médecin - dont le Dr J._____ s'est écarté dans son examen - ainsi que par des jours de congé (décès du frère du recourant, vacances). Dans le rapport final du 19 novembre 2019, les responsables du stage auprès de l'Orif ont indiqué que l'état de santé du recourant semblait s'être péjoré au fil du stage et que la position assise prolongée était difficile à tenir. De même, dans une note d'entretien du 12 novembre 2019, la collaboratrice de l'OAI mentionne que la santé du recourant s'est péjorée durant les dernières semaines et constate qu'il a de la peine à se déplacer et à se mouvoir, et qu'il montre de la souffrance. Il convient toutefois de préciser que le recourant a été examiné à peine quelques mois plus tard, début mars 2020, par le Dr J._____, qui a procédé à un examen clinique complet et tenu compte de l'ensemble de la situation pour fixer la capacité de travail exigible.

Quant à la mesure d'entraînement à l'endurance auprès de Z._____, qui s'est déroulée du 9 mars 2020 au 18 mars 2021, elle a été grandement impactée par l'épidémie de Covid-19, le recourant ayant dû rester à domicile du 16 mars au 24 mai 2020, puis du 28 janvier au 18 mars 2021. Dans le rapport de juin 2020, il a été observé que le recourant peinait à anticiper l'alternance des positions et attendait que la douleur soit aiguë pour se lever. En été 2020, il était en mesure d'effectuer un 50 % à Z._____, réparti sur quatre matinées, tout en étant capable l'après-midi d'effectuer des tâches ménagères et de l'entretien extérieur à son domicile (note d'entretien du 13 août 2020). Il a par ailleurs appris à s'autogérer au niveau de l'alternance des positions (rapport du 5 novembre 2020). Il s'est ensuite retrouvé en arrêt de travail du 22 septembre au 30 novembre 2020 dans le contexte d'une décompensation des douleurs lombaires, accompagnée d'une grande démotivation et d'une incompréhension face aux mesures de réinsertion (notes d'entretien du 26 octobre 2020 et 12 novembre 2020 ; rapport du 5 novembre 2020). Une reprise progressive a débuté en décembre 2020, mais a été interrompue le 28 janvier 2021 en lien avec le Covid-19 alors que le recourant avait à peine atteint un taux de présence de 50 %.

Il convient de relever que les responsables de la mesure à Z._____ n'ont à aucun moment affirmé que la capacité de travail de 70 % établie par le Dr J._____ ne pourrait pas être atteinte par le recourant. Ils ont uniquement constaté ce qu'il a pu faire durant le stage et ont notamment indiqué que sa capacité de rendement équivalait à celle d'un employé de production pour un taux de présence de 40 %.

Il en résulte que les rapports établis lors des mesures suivies ne permettent pas de remettre en cause les conclusions motivées du Dr J._____.

f) Le recourant se prévaut du fait que la F._____ l'a reconnu comme étant totalement invalide et ce, de façon définitive, depuis le 1^{er} septembre 2021. Le fait qu'il touche une rente d'invalidité LPP basée sur

une invalidité totale n'est cependant pas déterminant, puisque l'OAI n'est pas lié par une telle décision et que les conditions du droit à une rente peuvent diverger notablement en matière de prévoyance professionnelle. Pour cette raison également, la requête du recourant tendant à ce que le dossier de la F._____ soit produit en cause doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

g) A l'appui de son recours, le recourant produit un rapport de son psychiatre traitant, le Dr M._____, selon lequel il présente un trouble psychique de dépression et d'anxiété chroniques, qui est traité par psychotropes depuis 1999, à savoir par un antidépresseur avec neuroleptique. Le SMR a estimé que ce rapport ne permettait en aucun cas de mettre en évidence des éléments médicaux cohérents et objectivables jusqu'à la date de la décision de juillet 2021, qu'une atteinte psychique significative, durable et de longue date n'était médicalement pas vraisemblable et que dans le cas où des répercussions anxiodépressives étaient présentes, elles sont manifestement apparues après juillet 2021 (avis du 30 mars 2022).

L'avis du SMR ne peut qu'être suivi. Il faut en premier lieu relever que, si le recourant présente depuis des années une certaine fragilité psychique, celle-ci ne peut en tous les cas pas être considérée comme invalidante puisqu'il n'est fait mention d'aucune incapacité de travail pour des raisons psychiques dans son dossier. Son dernier employeur ne soulève d'ailleurs aucune difficulté en lien avec la sphère psychique. Il ressort en outre du rapport du Dr M._____ que le traitement suivi est efficace, puisqu'il mentionne que sans cette médication, le recourant est envahi par des idées négatives qui le parasitent. La prise d'antidépresseurs a ainsi à l'évidence contribué à ce que le recourant puisse fonctionner dans le monde professionnel.

Cela étant, le psychiatre traitant précise que, même avec la médication, le recourant a besoin de prévisibilité, voire de routine dans son quotidien. Il explique que le recourant, pour tenter de juguler son

angoisse chronique, a dû mettre en place des stratégies (inconscientes) de type obsessionnel (tout prévoir, planifier, vérifier, mettre en place des routines) qui restent toutefois peu efficaces et que ce type de personnalité manque de souplesse d'adaptation lors des changements importants, notamment dans la vie professionnelle, et se retrouve déstabilisé psychologiquement lorsqu'il fait face à des situations inconnues, qui sortent de la routine et du prévisible. Dans le bilan professionnel réalisé en juillet-août 2018, la psychologue L._____ a relevé que le recourant préférait, autant que possible, une activité routinière et planifiée, et qu'il n'aimait pas être confronté à des situations nouvelles ou inattendues. Cependant, elle ne remettait pas en question sa capacité à effectuer un changement professionnel. En tous les cas, même si le recourant présente effectivement une capacité d'adaptation diminuée, il faut constater que cela ne l'a pas empêché d'intégrer les deux mesures mises en place par l'OAI, sans que les responsables ne relèvent de difficultés particulières d'adaptation.

Il convient également de préciser que si les intervenants de l'OAI et de Z._____ ont à un certain moment évoqué l'utilité pour le recourant d'effectuer un suivi psychologique, cela était dû à une baisse de moral, à la démotivation qu'il montrait et à la peine qu'il avait de trouver du sens à la mesure auprès de Z._____, ainsi qu'à ses difficultés de se projeter dans l'avenir (note d'entretien du 26 octobre 2020, compte-rendu de l'entretien du 2 décembre 2020). Or, il apparaît que son médecin traitant, le Dr Q._____, estimait qu'un suivi psychiatrique n'était pas forcément nécessaire (courriel du 1^{er} mars 2021 de l'OAI à Z._____).

Il ressort de ce qui précède que les éventuelles atteintes psychiques du recourant n'ont en tous les cas pas été incapacitantes avant la décision attaquée. Si elles devaient l'être dorénavant, il conviendrait de tenir compte du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI avant qu'elles puissent donner droit à des prestations d'invalidité.

h) Il est pour le moins surprenant qu'aucune information médicale ne figure au dossier relativement à la prescription d'antidépresseurs au recourant. Celle-ci paraît toutefois avérée, le recourant ayant lui-même annoncé lors de la journée de visite à l'Orif qu'il prenait du Deroxat tous les jours pour ses angoisses (rapport du 8 novembre 2018), puis a fait savoir au Dr J. _____ qu'il prenait alors du Deanxit (rapport d'examen SMR p. 6). On peut supposer que c'est le Dr Q. _____ qui est à l'origine de ces prescriptions, mais celui-ci n'en a toutefois fait aucunement mention. Il faut constater à cet égard que le médecin généraliste traitant ne s'est pas montré très enclin à fournir des informations médicales complètes. Il n'a en effet adressé qu'un seul rapport à l'OAI en date du 24 juin 2018, dans lequel il a uniquement posé le diagnostic de cervico-brachialgies gauches puis, contacté par téléphone le 1^{er} mars 2021, il a indiqué qu'il ne comprenait pas les conclusions de l'examen du SMR, mais qu'il ne ferait plus de rapport à l'OAI.

C'est également le lieu de relever que le dossier ne contient quasi aucune information au sujet de la pose d'une prothèse totale de hanche droite. Cette opération a été mentionnée brièvement par le Dr S. _____ (rapport du 29 novembre 2019) et les seuls autres renseignements disponibles ressortent de notes d'entretien du recourant avec les collaborateurs de l'OAI. Cela étant, le Dr J. _____ a eu connaissance de cette intervention et a notamment procédé à un examen clinique des hanches. Le recourant a alors indiqué que depuis la pose de la prothèse, il n'avait plus de douleurs à la hanche droite (rapport d'examen SMR p. 5). Au final, le Dr J. _____ a retenu le diagnostic de status après mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite pour coxarthrose, qu'il a jugé sans répercussion sur la capacité de travail. Les quelques éléments figurant au dossier permettent également d'écartier l'existence d'une incapacité de travail en toutes activités supérieure à trois mois en raison de cette intervention. Celle-ci a en effet eu lieu le 4 février 2019 et le recourant a pu commencer le stage à l'Orif en date du 23 avril 2019 (confirmation d'entrée du 8 avril 2019), après deux mois de convalescence (note d'entretien téléphonique du 8 avril 2019).

Le dossier laisse également apparaître que le recourant a été suivi par la Dre H._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, pour sa problématique lombaire, ce dont il avait d'ailleurs informé l'OAI (note d'entretien du 7 juin 2019). Il ressort du rapport du Dr S._____, du 4 juillet 2019 que le Dr Q._____ avait adressé le recourant à la Dre H._____ pour exclure une atteinte probablement rhumatismale inflammatoire associée et que celle-ci avait organisé une IRM lombaire. C'est en effet à son nom que les résultats de l'IRM lombaire du 25 juin 2019 ont été envoyés. Aucun rapport de la Dre H._____ ne figure au dossier du recourant. A nouveau, il faut constater que le Dr J._____ avait connaissance de ce suivi, qui lui a été expressément indiqué par le recourant (rapport d'examen SMR p. 6) et qui est mentionné dans le rapport du Dr S._____, résumé parmi les documents au dossier (rapport d'examen SMR p. 3). Le Dr J._____ était en outre en possession de l'IRM lombaire réalisée par la Dre H._____. Il apparaît qu'il n'a pas jugé nécessaire de contacter cette rhumatologue et qu'il a pu se prononcer sur l'atteinte lombaire présentée par le recourant sur la base de son examen clinique et des éléments au dossier. Comme déjà mentionné, son appréciation peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

i) Il résulte de ce qui précède que les éléments à disposition suffisent à se prononcer en connaissance de cause, sans qu'un renvoi de l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction n'apparaisse nécessaire. Il est cependant à regretter que certains éléments ne ressortent que de pièces telles que des notes d'entretien, et non de rapports médicaux qui auraient été requis auprès des médecins traitants.

Pour la même raison, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir d'ordonner une expertise pluridisciplinaire. En effet, 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 du recourant 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).

j) Il convient par conséquent de retenir, à l'instar de l'OAI, que le recourant dispose d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée depuis mars 2018.

5. a) 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).

b) 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).

c)

aa) 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).

bb) 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).

6. a) En l'occurrence, l'OAI a tenu compte d'un revenu sans invalidité de 89'957 fr. 96, qui correspond au salaire indiqué par l'employeur pour 2017, soit 88'712 fr., indexé à 2019. Le salaire du recourant pour l'année 2018 figure cependant également parmi les indications données par la Ville de R. _____ dans son formulaire du 9 mai 2018. Il convient par conséquent de tenir compte de ce montant, soit 91'235 fr., qui correspond au dernier salaire annuel touché par le recourant avant que son atteinte à la santé empêche la poursuite de son activité. Après indexation à l'année 2019, le revenu sans invalidité doit donc être fixé à 92'056 fr. 11.

b) S'agissant du revenu d'invalidité, le recourant ne critique pas le calcul effectué sur la base de l'ESS, qui peut effectivement être confirmé. Il estime en revanche qu'un abattement de 20 % doit être effectué sur les valeurs statistiques afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles et du taux de travail réduit. Il apparaît que l'OAI, dans la

feuille de calcul du salaire exigible du 22 mars 2021, a opéré un abattement de 10 % en raison du taux d'occupation du recourant. Dans son projet de décision puis sa décision, il mentionne cependant que ce sont les limitations fonctionnelles qui justifient cet abattement de 10 %. Les limitations fonctionnelles du recourant ont toutefois déjà été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail arrêtée, respectivement dans la diminution de rendement de 30 % sur un emploi de 100 % (cf. également l'avis SMR du 18 novembre 2020). Par conséquent, un taux d'abattement de 10 % permet de tenir compte correctement du désavantage salarial auquel le recourant sera confronté. Le revenu d'invalidé de 43'077 fr. 24 peut ainsi être confirmé. Comparé au revenu sans invalidité de 92'056 fr. 11, il conduit à un taux d'invalidité de 53,21 %, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). On peut au demeurant mentionner qu'un taux d'abattement de 20 % n'aurait pas permis d'aboutir à un résultat différent puisqu'il aurait conduit à un degré d'invalidité de 58,4 %.

7. Le recourant conteste la date d'ouverture de son droit à la rente. Il estime qu'il a présenté une incapacité dans l'exercice de son activité professionnelle habituelle d'au moins 50 % depuis le 8 février 2017, de sorte que son droit à la rente, qui prendrait théoriquement naissance en février 2018, doit débiter le 1^{er} septembre 2018 compte tenu du dépôt de sa demande de prestations le 19 mars 2018.

Le recourant se réfère en particulier à la communication que l'OAI a faite à la Caisse de compensation AVS le 12 avril 2019, dans laquelle il a indiqué que l'incapacité d'exercer l'activité professionnelle habituelle était d'au moins 50 % depuis le 8 février 2017. Dans sa réponse, l'intimé estime qu'il y a lieu, comme le SMR l'a fait, de s'appuyer sur l'arrêt de travail prescrit par le Dr S._____ pour fixer le début de l'incapacité de travail durable, étant précisé que le Dr Q._____ renvoyait à l'appréciation de ce dernier pour l'aptitude au travail du recourant.

La date du 8 février 2017 correspond au début de la totale incapacité de travail indiquée dans le formulaire de détection précoce envoyé par l'employeur. Il semble qu'un accident ait influencé la capacité de travail du recourant à cette période, comme cela ressort du formulaire de détection précoce et des dires du recourant, qui a mentionné, lors de la visite de l'Orif le 6 novembre 2018, avoir fait une chute « il y a deux ans » ayant entraîné des douleurs dans le bas du dos. Dans son rapport du 24 juin 2018, le Dr Q._____ note que la totale incapacité de travail dans l'activité habituelle existerait depuis le 8 février 2017, mais cela est contredit par les périodes d'incapacité de travail totale qu'il mentionne ensuite, dont il ressort que le recourant a pu reprendre son travail le 1^{er} avril 2017, qu'il a été en arrêt de travail du 29 mai au 17 juillet 2017, ainsi que du 30 janvier au 9 février 2018. Le fait que le recourant a pu reprendre son travail début avril 2017 est confirmé par le courrier de l'OAI du 19 mai 2017, dans lequel l'intimé a constaté l'absence de nouvelle incapacité de travail depuis cette reprise. Il a alors fait savoir à l'assuré que s'il rencontrait tout de même des limitations dans sa pratique professionnelle, il lui était demandé de reprendre rapidement contact avec l'OAI. Selon les pièces au dossier, le recourant ne s'est toutefois pas manifesté auprès de l'OAI avant le dépôt de sa demande de prestations, le 19 mars 2018.

Le recourant a de nouveau été en arrêt de travail du 29 mai au 17 juillet 2017, mais a ensuite pu reprendre son activité jusqu'au 30 janvier 2018, soit pendant plus de six mois. Or, selon l'art. 29ter RAI, lorsqu'un assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins, cela constitue une interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

Le recourant s'est ensuite retrouvé en totale incapacité de travail du 30 janvier au 9 février 2018 (rapport précité du Dr Q._____ et attestation de l'employeur du 9 mai 2018), puis de manière continue à partir du 9 mars 2018 (rapports du Dr S._____ et attestation de l'employeur). Il faut constater que la période du 10 février au 8 mars 2018 représente 27 jours consécutifs. Elle n'est donc pas suffisante pour

interrompt de manière notable le délai d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Il en résulte que c'est le 30 janvier 2018 qu'a débuté ce délai d'une année, au cours de laquelle le recourant a présenté une incapacité de travail moyenne supérieure à 40 %. Le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité prend ainsi naissance le 1^{er} janvier 2019.

8. a) Le recours est par conséquent très partiellement admis. La décision litigieuse est réformée en ce sens que le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité s'ouvre le 1^{er} janvier 2019.

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 par 400 fr. à la charge de la partie recourante et par 200 fr. à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 700 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est très partiellement admis.
- II. La décision rendue le 9 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que

N._____ a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2019.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 400 fr. (quatre cents francs) à la charge de N._____.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 700 fr. (sept cents francs) à N._____ à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour N._____),
- 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 :