

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 octobre 2018

Composition : M. NEU, président
M. Bidiville et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par Me Kathrin Gruber, avocate à Vevey,

et

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

Art. 4, 28 LAI; 6, 7, 8, 16 LPGA

E n f a i t :

A. D._____, né en [...] 1955, de nationalité suisse (ci-après : l'assuré ou le recourant), a travaillé dès juillet 1987 pour T._____ en qualité de chauffeur-livreur pour la distribution des envois exprès. Le 26 juillet 2008, il a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en requérant l'allocation de mesures pour une réadaptation professionnelle. Il faisait état d'arthrose aiguë du dos entraînant de fréquents blocages et une incapacité à maintenir longtemps la position assise au volant.

Dans le questionnaire destiné à l'employeur, celui-ci a indiqué, en date du 7 août 2008, que l'assuré avait perçu un salaire annuel de 67'811 fr. en 2005, que, sans atteinte à la santé, il percevrait le même montant et enfin, que l'intéressé souffrait occasionnellement de problèmes de dos.

Dans un rapport du 27 août 2008, le Dr M._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail de l'assuré des lombalgies chroniques non spécifiques récidivantes, des troubles statistiques et très discrètement dégénératifs du rachis ainsi qu'un déconditionnement physique global et focal et une dysbalance musculaire étagée. Le médecin exposait que les lombalgies récidivantes avaient débuté avant 2004, que selon son patient elles se seraient cristallisées, qu'elles interféraient avec son activité professionnelle qui impose de nombreux trajets quotidiens en véhicule et occasionnaient un certain absentéisme trois à quatre fois par année. Son pronostic était réservé en ce qui concerne l'activité exercée, l'employeur ayant déjà exprimé une certaine inquiétude. Il précisait que le résultat au terme de la rééducation fonctionnelle intensive proposée par le Dr N._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie auprès du Service de de rhumatologie du Centre hospitalier E._____ (ci-après :

E. _____) était mitigé. Le Dr M. _____ concluait que l'activité habituelle de l'assuré n'était plus exigible, l'intéressé n'étant plus en mesure d'assumer les rondes journalières en véhicule sans faire une pause après une heure de conduite et procéder à quelques exercices de déblocage. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'interdiction d'activités en position uniquement assise ou debout, impliquant principalement la marche, la rotation en position assise/debout, de monter sur une échelle ou un échafaudage ou des escaliers, en l'obligation d'une alternance des positions assise/debout et enfin en l'interdiction de ports de charges supérieurs à 15 kg. A son rapport, le médecin traitant a annexé un courrier que le Dr N. _____ lui avait adressé le 20 décembre 2007, dont il ressort notamment ce qui suit :

"Diagnostics :

Lombalgies chroniques non spécifiques récidivantes

- Troubles statiques et très discrètement dégénératifs rachidiens.
- Déconditionnement physique global et focal et dysbalances musculaires étagées.

Co-morbidités :

- Surcharge pondérale.
- Hypertension artérielle traitée.

Discussion :

Monsieur D. _____ présente un tableau de surmenage chronique de son rachis, anamnestiquement, cliniquement et radiologiquement bien documenté. Cette situation justifie une prise en charge de rééducation active. Celle-ci a d'ailleurs déjà été entreprise par vos soins, auprès d'un physiothérapeute qui a montré des exercices à Monsieur D. _____, exercices qui l'améliorent, de son propre aveu plus que les techniques passives auxquelles il a eu recours plus récemment. Il n'y a aucun argument pour une atteinte spécifique ou systémique, je rejoins donc totalement votre analyse quant à l'utilité d'une prise en charge de rééducation fonctionnelle intensive. Celle-ci pourrait débiter, en fonction des disponibilités actuelles, le 4 février 2008. Je reverrai toutefois Monsieur D. _____ une fois, pour mieux lui préciser les différentes composantes de son problème ainsi que les possibilités thérapeutiques."

Le rapport radiologique relatif à la colonne lombaire de l'assuré établi le 15 novembre 2004 indiquait notamment ce qui suit :

"Description:

Minime incurvation scoliotique centrée sur la charnière dorso-lombaire. Pas de bascule associée du bassin. Légère spondylose étagée. Pas de pincement discal significatif (ébauche de pincement L2-L3). Probable canal lombaire étroit congénital avec des pédicules courts en L5, L4 et de façon moindre L2 et L3. Une imagerie en

coupes par CT scan ou IRM est proposée pour évaluer le canal spinal. Ebauche dégénérative du pied de la sacro-iliaque droite. Suspicion d'un petit kyste d'inclusion synoviale sur le versant antérieur des 2 cols fémoraux (versus atteinte dégénérative débutante). Pas d'altération suspecte de la trame osseuse."

Par courrier du 9 septembre 2008, le Dr N._____ a informé l'OAI qu'il avait vu l'assuré en consilium les 19 et 26 décembre 2007 et prévu de l'intégrer dans un groupe de rééducation fonctionnelle intensive mais que l'intéressé n'avait pas réagi à la convocation et n'avait par conséquent pas pu bénéficier de ce traitement.

Dans un avis du 1^{er} décembre 2008, le Dr X._____ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a indiqué, en se référant notamment à l'appréciation médicale du Dr N._____, que l'activité habituelle exercée par l'assuré était inadaptée à 50 % en raison surtout des ports de charge mais que l'intéressé conservait une capacité de travail de 100 % dans une activité plus légère avec alternance des positions.

Par communication du 23 mars 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure de reclassement consistant en une formation en logistique auprès du Centre de l'Organisation romande pour l'intégration et la formation professionnelle (ci-après : ORIF) de Morges pour la période du 17 août 2009 au 31 juillet 2010.

Le rapport final du service de réadaptation de l'OAI du 22 décembre 2010 indiquait notamment que l'assuré allait terminer sa formation de gestionnaire en logistique le 31 janvier 2011, que son contrat de travail prendrait fin le 31 août 2011 conformément à la convention signée avec T._____ de sorte qu'il y avait lieu de lui octroyer une aide au placement sans délai de réflexion pour les six mois suivant la fin de sa formation.

Par courrier du 11 avril 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il mettait fin à l'aide au placement accordée le 10 janvier 2011.

B. L'assuré a déposé un formulaire de "demande de prestations d'invalidité pour adultes" le 13 septembre 2013. Il exposait avoir bénéficié des prestations de l'assurance-chômage du 1^{er} septembre 2011 au 30 août 2013, être sans emploi et présenter comme atteintes à la santé des douleurs lombaires chronique avec des épisodes aigus, des blocages réguliers et de l'arthrose.

Dans un rapport du 27 novembre 2013, le Dr B._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué comme diagnostics avec effet sur capacité de travail des lombalgies chroniques avec des phases aiguës dans le contexte d'un canal lombaire étroit de L3-L5 et d'un conflit avec la racine C4 à droite (IRM du mois d'août 2011). Le traitement était assuré par le Centre de la douleur de la Clinique [...] et consistait en des infiltrations, la dernière datant du 8 novembre 2013, en de la physiothérapie, ainsi que par l'administration d'anti inflammatoires non stéroïdiens, de Dafalgan, de Mydoclam et de Tramal. En ce qui concerne la capacité de travail, le médecin traitant l'évaluait à 50 %, tant dans l'ancienne activité de son patient que dans une activité adaptée. Comme limitations fonctionnelles, il indiquait l'impossibilité d'effectuer des activités soutenues, de maintenir ainsi que de répéter une position, ceci depuis plus de quatre ans et de façon marquée depuis une année. En ce qui concerne l'état de santé psychique, il mentionnait que l'assuré fonctionnait comme d'habitude.

Le 10 décembre 2013, le E._____ a informé l'OAI que l'assuré n'avait plus consulté depuis le 25 juillet 2011.

Dans un avis SMR du 19 février 2014, le Dr L._____ a indiqué que le "simple rapport" d'un médecin - dont les conclusions étaient superposables à celles du Dr N._____ - ne saurait remettre en question le travail de reclassement de longue haleine qui avait atteint son but. Considérant que l'évaluation médicale antérieure du Dr X._____ gardait une pleine valeur probante, il a estimé qu'il n'y avait pas à entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Par projet de décision du 27 mars 2014, l'OAI a nié à l'assuré le droit tant à une rente d'invalidité qu'à une mesure de reclassement. Il a considéré en substance que depuis décembre 2007 l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de position statique prolongée, pas de porte-à-faux). En outre, l'assuré avait bénéficié d'une formation théorique de gestionnaire de détail et l'OAI avait pris en charge les coûts d'un permis de cariste. Comparant le revenu sans invalidité (67'811 fr.) avec celui auquel l'assuré pourrait prétendre compte tenu de ses limitations fonctionnelles (65'000 fr. selon l'Association suisse pour la formation professionnelle en logistique), l'OAI en concluait que le manque à gagner, donc le degré d'invalidité, était de 4 %, soit inférieur au minimum légal pour ouvrir le droit à une rente ou à une mesure de reclassement.

Par courriers de son conseil, Me Kathrin Gruber, des 17 et 28 avril 2014, l'assuré a contesté le projet de décision du 27 mars 2014. Il a fait valoir que son état de santé s'était aggravé à tel point qu'il n'était plus en état d'exercer une activité, fut-elle adaptée. Se référant à un certificat médical établi par son médecin traitant, le Dr B._____, il a requis qu'une expertise médicale soit mise en œuvre aux fins de déterminer sa capacité résiduelle de travail, le cas échéant avec l'indication précise du travail qu'il pourrait encore effectuer.

Le rapport radiologique de la colonne lombaire de l'assuré du 7 août 2013 indiquait la présence de discopathies et d'altérations dégénératives osseuses étagées en progression, particulièrement prononcée de L1-L2 à L3-L4, à l'origine d'un canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5 et d'un conflit avec la racine L4 droite à son émergence du sac thécal.

Dans un avis SMR du 6 octobre 2014, le Dr L._____, se référant au rapport radiologique du 7 août 2013, estimait manquer d'éléments clairs lui permettant de se prononcer et recommandait par

conséquent la mise en œuvre d'un "complément d'expertise orthopédiste".

Le Dr C._____, médecin chef du Service de chirurgie orthopédique et de réadaptation physique du Centre médical de P._____, a déposé son rapport d'expertise le 10 mars 2015. Il en ressort notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

Lombosciatalgies D (réd. : droites) chroniques dans le cadre de

- troubles dégénératifs étagés
- important déconditionnement musculaire
- canal lombaire étroit radiologique

Syndrome sous-acromial

Trouble anxio-dépressif

HTA (réd. : hypertension artérielle)

Surcharge pondérale

DISCUSSION GLOBALE ET APPRECIATION

Cette personne présente des lombalgies chroniques avec des sciatalgies de longue date, dans le cadre de troubles dégénératifs et un déconditionnement musculaire. Ces douleurs sont présentes de longue date se péjorant depuis quelques années, et M. D._____ a des difficultés à poursuivre son rythme de travail. Il bénéficie dans ce contexte d'une prise en charge par l'AI avec une formation [...] comme gestionnaire en logisitique par l'intermédiaire de l'Orif. Cette formation terminée, il peine à trouver une activité professionnelle, surtout que [...] ne le garde pas au sein de leur centrale de [...]. Cette décision est difficilement vécue par M. D._____ [...], vu qu'il aurait pu bénéficier d'une retraite anticipée, s'il avait pu rester quelque temps de plus. A cette problématique socioprofessionnelle, se rajoute (sic) des lombosciatalgies mises sur le compte d'un canal lombaire étroit. Mais tant l'anamnèse que l'examen clinique ne sont pas compatibles avec les plaintes d'un canal lombaire étroit. Ce dernier n'est non plus retrouvé de surcroît sur l'imagerie où le diagnostic d'un rétrécissement de degré B est vu. Ce diagnostic reste donc radiologique, plus que clinique. Cliniquement les plaintes sont liées à des troubles dégénératifs, plutôt modérés, et un déconditionnement musculaire.

Durant l'évaluation, nous avons été confrontés - surtout lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles - à des autolimitations manifestes. Ces limitations ne nous permettent pas de calculer une pleine exigibilité sur la base de ce que nous avons constaté, ni le profil de rendement. Néanmoins, nous pouvons retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès à présent, avec une diminution du rendement de 25%.

Concernant le poste de travail comme gestionnaire de logistique, il nécessiterait dans un 1^{er} temps un reconditionnement musculaire pendant 6 mois, avant qu'une pleine capacité puisse être reconnue. Dans un 1^{er} temps, nous n'aurons que 50% de capacité de travail - avant le reconditionnement musculaire.

REPONSES AUX QUESTIONS

[...]

B) INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1) LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Au plan physique

Déplacements

Item	Rarement	Occasionnellement	Fréquemment
Marche (sur 6 min)			x
Escaliers (monter et descendre 100 marches)		x	
Echelle (monter descendre)			x

Charges

Item ³⁰	Rarement	Occasionnellement	Fréquemment
Sol-Taille (5x)			5 kg
Taille-tête (5x)			5 kg
Lever Horizontale (1,5m)			7.5 kg
Port main droite (15 m)			7.5 kg
Port main gauche (15 m)			7.5 kg
Porter horizontal à 2 mains (15 m)			5 kg

30 sous-évaluation vu les auto-limitations dans le cadre de la kinésiophobie, rendement impossible

Tirer-Pousser

Item	Rarement	Occasionnellement	Fréquemment
Pousser dynamique (9 m)		x	
Tirer dynamique (9 m)		x	

Posture et mobilité

Item	Rarement	Occasionnellement	Fréquemment
S'accroupir à plusieurs reprises (20x)		x	
Position accroupie (1min)			x
Position à genoux (5min)			x
Position debout stationnaire (30min)			x
Position assise stationnaire (30min)			x
Travail au-dessus de l'horizontale			x

Notons des bonnes performances en position assise ou debout statique même jusqu'à 90 min. Lors des déplacements, même si aucune surcharge n'est constatée, le patient signale des douleurs.

Lors des performances de port de charges, elles sont sub optimales, car le patient a fait une évaluation psychophysique, s'arrêtant sur la crainte d'être bloqué, avec un refus de répéter les charges le 2^{ème} jour, sans qu'une surcharge au niveau de la musculature soit constatée.

Dextérité

Item	Rarement	Occasionnellement	Fréquemment
Manipulation fine des objets		x	
Travail sous stress/rendement		x	

Au plan psychique et mental

Au plan social

2) INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

2.1 : Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

L'activité comme gestionnaire en logistique est possible en tenant compte des limitations fonctionnelles ci-dessus, mais imposerait actuellement des charges limitées.

2.2 : Description précise de la capacité résiduelle de travail

Selon les limitations sous B1 à 50%, puis après 6 mois à 100%.

2.3 : L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)
à 50%, puis après 6 mois à 100%.

2.4.: Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui à 25%, à cause de la lenteur d'exécution

2.5 : depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

1.9.2013 : 50%

2.6 : Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Peu de variation, selon les documents à disposition. Mais dès 1.9.2015 à 0%

C) [...]

3) D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURE ?

oui

3.1 : Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Cf ci-dessus avec les limitations fonctionnelles.

3.2 : dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

à 100%

[...]"

Dans un avis SMR du 30 mars 2015, le Dr L._____ a indiqué que les conclusions de l'expert Dr C._____ étaient claires et convaincantes, notamment en ce qui concerne l'aggravation de l'incapacité de travail, qu'il a fixée au 28 avril 2014. Ainsi, selon lui, la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était de 50 % avec une baisse de rendement de 25 % (soit 37,5 %), puis de 100 % à six mois, soit, dès le 1^{er} novembre 2014. Dans une activité adaptée, la capacité de travail devait être considérée comme entière avec une baisse de rendement de 25 %, soit un taux de capacité de travail de 75 % dès le 28 avril 2014.

La communication interne émanant du Service de réadaptation de l'OAI du 16 mars 2016 indiquait notamment ce qui suit :

"Après analyse, il ressort que l'activité habituelle mentionnée est l'activité réalisée après notre reclassement, de ce fait, il s'agit de l'activité adaptée.

Date de l'aggravation : 1^{er} septembre 2013 (expertise du 10.3.2015) chiffre 2.5, page 39 (l'avis médical du 30 mars 2015 mentionne la date du 28 avril 2014, soit la date de l'audition). De ce fait, nous retenons, pour notre calcul du préjudice, la date du 1.9.2013.

Nous ne pouvons prendre en compte le déconditionnement du fait que ce déconditionnement n'est pas à considérer comme étant invalidant et n'est pas de notre ressort. Il est dû au fait que notre assuré n'a pas travaillé depuis longtemps alors qu'il aurait pu mettre en valeur la capacité de travail reconnue (100%) dans le rapport d'examen du SMR du 1^{er} décembre 2008 et toujours présente au terme du reclassement professionnel octroyé (31 janvier 2011).

L'expertise mentionne en page 25 les poids soulevés en lien avec l'aggravation, mais elle relève que notre assuré s'est arrêté de crainte de rester bloqué. En page 34, il est mentionné que "tant l'anamnèse que l'examen clinique ne sont pas compatibles avec les plaintes d'un canal lombaire étroit".

Il est mentionné en page 38 de l'expertise que l'activité de gestionnaire en logistique est possible en tenant compte des limitations fonctionnelles, mais imposerait des charges limitées. Il est à relever que notre assuré s'auto limite dans les ports de charge.

En conclusion, l'activité dans laquelle a été reclassé notre assuré est à considérer comme étant une activité adaptée. Il existe suffisamment de domaines dans l'industrie où le port de charges est respecté en tenant compte également des moyens de levage, mis à disposition dans ce type d'activité. Il est à relever que les postes de gestionnaire en logistique en lien avec une fourniture de matériaux de construction ne lui seraient pas accessibles.

Dès lors, nous proposons le calcul suivant (basé selon notre calcul du 22 décembre 2010) :

RS : 2011, Fr. 67'811.- indexé à 2013 (0,8% et 0,7%), soit **Fr. 68'832.-**.

RI : 2011 : Fr. 65'000.- indexé à 2013, soit **Fr. 65'978.65**

RI réduit de 25% (diminution de rendement) soit **Fr. 49'484.-**

Préjudice économique : **Fr. 19'348.-** 28,11%

Il est à relever qu'il n'y aurait aucune mesure permettant de réduire le préjudice économique notamment en raison de l'âge de notre assuré."

L'avis juriste du 23 février 2017 indiquait notamment ce qui

suit :

"Au vu des conclusions de cette expertise, nous pouvons retenir une aggravation de l'état de santé dès le **1^{er} septembre 2013**. Cependant, à partir de cette date déjà, la capacité de travail de l'assuré doit être considérée comme pleine, avec une diminution de rendement de 25%. Comme exposé dans la note du 16 mars 2016, nous n'avons pas à tenir compte du déconditionnement de l'assuré, qui n'a plus travaillé à la suite de son reclassement alors qu'il disposait d'une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, jusqu'en septembre 2013.

En outre, l'expert a précisé que l'activité de gestionnaire en logistique – dans laquelle l'assuré a été reclassé à satisfaction – était toujours possible en tenant compte des limitations fonctionnelles liées au port de charge notamment. Dans sa note du 16 mars 2016, le conseiller a confirmé qu'il existait suffisamment de domaines dans l'industrie permettant de les respecter.

Il convient donc d'établir un nouveau projet de décision sur la base de ce qui précède, ainsi que de la note de la REA (réd. : service de réadaptation) du 16 mars 2016 (calcul du préjudice notamment).

Merci toutefois de demander au préalable à la REA d'examiner s'il y a lieu de modifier le RI (réd. : revenu avec invalidité) retenu au regard des nouvelles directives concernant l'utilisation généralisée de l'ESS, celui ressortant du rapport du 22 décembre 2010 (65'000.- en 2011, indexé à 65'978.65 pour 2013) n'étant pas basé sur une source statistique (informations données par l'ASFL)."

Par projet de décision du 20 mars 2017, l'OAI a nié à l'assuré tout droit à une rente ainsi qu'à des mesures professionnelles. Il a notamment considéré ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

M. D. _____ exerçait l'activité de coursier pour les exprès à la Poste.

Depuis 2006 (début du délai d'attente d'un an), sa capacité de travail est considérablement restreinte.

A l'issue dudit délai d'attente, soit en 2007, son incapacité de travail et de gain est de 50% dans son activité habituelle. Le droit à une rente limitée dans le temps est théoriquement ouvert.

Toutefois, selon l'art.29 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément audit article.

La demande étant tardive, elle a été déposée le 28 juillet 2008, le droit ne pourrait donc s'ouvrir qu'à partir de janvier 2009.

Cependant, depuis décembre 2007, une capacité de travail entière est exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (*pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de position statique prolongée, pas de porte-à-faux*).

Dans le cadre des mesures professionnelles, M. D. _____ a bénéficié d'une formation théorique de gestionnaire de détail. Des indemnités journalières lui ont été versées. Nous avons également pris en charge les coûts du permis de cariste. Enfin, il a bénéficié du soutien de notre service de placement.

Pour déterminer la perte économique subie, il convient de comparer le revenu qui pourrait être réalisé en bonne santé soit CHF 67'811.- annuel brut (selon rapport employeur) avec le revenu auquel il pourrait prétendre compte tenu de ses limitations fonctionnelles soit CHF 65'000.- (selon Association Suisse pour la Formation professionnelle en Logistique — AFSL — CHF 5'000.- x 13).

La perte économique découle du calcul suivant :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	67'811.00
avec invalidité	CHF	65'000.00

La perte de gain s'élève à CHF 2'811.00 = un degré d'invalidité de 4 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. A partir de septembre 2013, nous retenons une aggravation de son état de santé.

Cependant à cette date, sa capacité de travail est de 100% avec une diminution de rendement de 25% dans une activité

adaptée. L'activité de gestionnaire en logistique dans laquelle il a été reclassé à satisfaction est toujours possible.

Pour déterminer la perte économique subie, il convient de comparer le revenu qui pourrait être réalisé en bonne santé avec le revenu auquel il pourrait prétendre compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 5'513.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise, chiffre 52 transport terrestre, par eau, aériens, entreposage (KUBB 522900) niveau de compétence 1 Hommes. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'747.30 (CHF 5'513 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 68'967.63.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (+ 0.7% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 69'450.40 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de lui une activité légère de substitution à 75% (100% avec diminution de rendement de 25%), le salaire hypothétique est dès lors de CHF 52'087.80 par année.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 52'087.80

Le degré d'invalidité est donc le suivant :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF	68'832.00
Revenu avec atteinte à la santé	CHF	52'087.80
Perte de revenu	CHF	16'744.20
Degré d'invalidité		24%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

[...]"

Par courrier du 10 mai 2017 de son conseil, l'assuré a contesté le projet de décision précité en faisant valoir ce qui suit :

"Agissant au nom de M. D._____, je conteste votre projet de décision et je conclus à l'octroi d'une rente AI complète, au vu de son incapacité de travail totale relevée par son médecin traitant

dans le rapport annexé à la présente, subsidiairement à une rente à 50%.

Je constate que l'expertise date du 10 mars 2015. Si la capacité de travail de mon client était tellement évidente, on comprend mal pourquoi il a fallu attendre encore deux ans avant de recevoir votre projet de décision. Cette expertise n'est plus d'actualité et doit être remise à jour, vu que l'état de santé de mon client a continué de se dégrader depuis deux ans.

De plus, l'expert constate que le décongestionnement (sic) musculaire de mon client ne lui permet en tout cas pas de travailler en l'état, ce qui rejoint les conclusions du médecin traitant qui atteste d'une incapacité de travail actuelle de 100%.

L'expert a de plus relevé des troubles dépressifs et des troubles anxieux, ce qui nécessite la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique. En effet, l'expert a relevé qu'il a été confronté à des autolimitations manifestes dues à la douleur surtout lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles. Ces limitations ne lui permettent pas de calculer une pleine exigibilité sur la base de ce qu'il a constaté, ni le profil de rendement. Néanmoins il peut retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès à présent avec une diminution de rendement de 25%. Concernant le poste de travail comme gestionnaire de logistique, il nécessiterait dans un premier temps un reongestionnement (sic) musculaire pendant 6 mois avant qu'une pleine capacité de travail puisse être retenue. Dans un premier temps nous n'aurons que 50% de capacité de travail avant le reongestionnement (sic) musculaire.

Il s'ensuit que ce reongestionnement (sic) musculaire doit d'abord être ordonné et dans l'attente mon client a droit à une rente **AI**. Mais avant cela, au vu des autolimitations et du diagnostic de troubles dépressifs et anxieux, il est impératif d'ordonner une expertise psychiatrique afin d'évaluer si on est en présence de troubles somatoformes douloureux qui donnent droit à une rente au sens de la nouvelle jurisprudence ou pour le moins établir dans quelle mesure les troubles psychiques et les douleurs ressenties sont de nature à rendre possible un reconditionnement musculaire tel que préconisé par l'expert. Si cela s'avère impossible du point de vue psychique et du ressenti des douleurs comme le soutient implicitement le médecin traitant, le décongestionnement (sic) musculaire fait partie de la maladie invalidante de l'assuré et il y a lieu d'évaluer sa capacité de travail en l'état, s'il est établi qu'il n'est pas en mesure psychiquement d'améliorer cet état, ne parvenant pas à surmonter ses douleurs. Ces questions doivent donc impérativement être résolues par un expert psychiatre.

A cela s'ajoute que dans tous les cas le calcul du salaire exigible n'est pas correct, même en l'état du dossier. Il a été tenu compte d'une diminution de rendement de 25% qui est indépendant de la réduction supplémentaire au titre de désavantage salarial. Les limitations fonctionnelles et notamment l'âge s'ajoutent à la diminution de rendement. Or, il est indéniable de la diminution de rendement est un facteur indépendant du désavantage salarial vu que les limitations fonctionnelles sont liées aux exigences de l'alternance debout-assis et de la limitation du port de charges, alors que la diminution de rendement est due à la lenteur d'exécution du travail relevée par l'expert. Il faut donc ajouter au vu des limitations fonctionnelles importantes et de l'âge avancé de l'assuré d'une réduction supplémentaire de 25%, ce qui donne un

salaires exigibles de 34'725. Le préjudice économique est ainsi de fr. 34'107, soit 50%, ce qui donne droit en tout cas à une demi-rente."

A son courrier, le conseil de l'assuré a joint une copie du rapport établi le 28 avril précédent par son médecin traitant, le Dr B. _____, à la demande de l'intéressé. On peut y lire ce qui suit :

"Monsieur D. _____ me demande de produire le présent rapport dans le contexte d'un recours contre un préavis de décision de rente AI.

Comme écrit dans les rapports en votre possession Monsieur D. _____ présente de longue date des lombalgies en aggravation depuis 2013.

Actuellement, anamnestiquement, Monsieur D. _____ passe la plupart de son temps allongé, ne pouvant supporter longtemps la position assise ou debout. Il continue à avoir mal au bas du dos et rapporte de fréquents blocages.

Dans ce contexte, une activité salariée même à temps partiel n'est pas possible d'un point de vue médical (incapacité actuelle à 100%)."

Par courrier du 21 juin 2017, l'OAI a répondu au conseil de l'assuré en ces termes :

Nous avons pris connaissance de vos objections, formulées par pli du 10 mai 2017, portées à l'encontre de notre projet de décision du 16 mars 2017, ainsi que du rapport médical du Dr B. _____ que vous nous avez fait parvenir le même jour. Vous contestez en substance la capacité de travail exigible de votre mandant, faisant valoir que celle-ci est nulle. Une expertise psychiatrique devrait par ailleurs selon vous être mise en oeuvre. Subsidiairement, vous concluez à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, le temps que l'assuré puisse être reconditionné musculairement. Vous contestez enfin le revenu d'invalidité retenu dans notre projet de décision.

Pour rappel, votre mandant a bénéficié d'une mesure de reclassement professionnel — formation de gestionnaire en logistique — qui s'est achevée avec succès le 31 janvier 2011. Le 27 mars 2014, un premier projet de refus de rente d'invalidité avait été communiqué à l'assuré sur la base d'une pleine capacité de travail dans cette activité adaptée, le degré d'invalidité étant de **4%**.

Une aggravation de l'état de santé ayant été alléguée, une expertise orthopédique a été mise en oeuvre auprès du Dr C. _____. Dans son rapport du 10 mars 2015, l'expert a notamment relevé que tant l'anamnèse que l'examen clinique de l'assuré n'étaient pas compatibles avec les plaintes d'un canal lombaire étroit. Les plaintes de celui-ci seraient liées à des troubles dégénératifs plutôt modérés ainsi qu'à un déconditionnement musculaire. Des autolimitations ont également été constatées. L'expert a ainsi diagnostiqué des

troubles dégénératifs étagés, un important déconditionnement musculaire et un canal lombaire étroit "radiologique", avec répercussion sur la capacité de travail. Il a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 25%. La date du 1^{er} septembre 2013 comme marquant l'aggravation de l'état de santé.

En outre, l'expert a précisé que l'activité de gestionnaire en logistique — dans laquelle l'assuré a été reclassé à satisfaction — était toujours possible en tenant compte des limitations fonctionnelles liées au port de charge notamment. Aux termes de sa note du 16 mars 2016, notre spécialiste en réinsertion professionnelle a confirmé qu'il existait suffisamment de domaines dans l'industrie permettant de les respecter.

A noter que cette expertise orthopédique satisfait pleinement aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. En effet, ledit rapport se fonde sur un examen de l'assuré, dont les plaintes ont été prises en considération. L'anamnèse est en outre décrite, tout comme l'histoire médicale de l'expertisé. Les conclusions de l'expert sont enfin claires et exemptes de contradictions quant à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

S'il est vrai que l'expert a indiqué qu'un poste de travail de gestionnaire en logistique nécessiterait un reconditionnement musculaire pendant une durée de six mois, avant qu'une pleine capacité de travail puisse être reconnue, force est de constater que cette problématique n'est pas du ressort de notre assurance, dans la mesure où l'assuré aurait pu, sous l'angle de l'exigibilité, mettre en valeur la pleine capacité de travail qui lui était reconnue au terme du reclassement professionnel qui lui a été octroyé et ainsi préserver les ressources dont il disposait.

Par ailleurs, l'attestation du Dr B. _____ datée du 28 avril 2017 que vous nous avez fait parvenir n'est pas propre à remettre en question les constats de l'expertise orthopédique du Dr C. _____. En effet, ce rapport fait état d'une situation s'étant aggravée depuis 2013, soit une période prise en considération par l'expert dans son rapport. Le Dr B. _____ ne motive par ailleurs aucunement les raisons pour lesquelles l'incapacité de travail actuelle serait de 100%. Les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr C. _____ demeurent donc d'actualité.

Enfin, la simple évocation d'un trouble anxio-dépressif par le Dr C. _____ dans son rapport du 10 mars 2015 ne saurait à elle seule justifier de plus amples investigations médicales sous l'angle psychiatrique, dans la mesure où un tel diagnostic ne relève pas de la spécialité de ce médecin. L'assuré n'étant du reste pas suivi par un psychiatre, une atteinte de cet ordre n'apparaît pas vraisemblable. Enfin, nous constatons qu'un éventuel trouble somatoforme douloureux n'a jamais été évoqué au cours de l'instruction, pas même par le Dr C. _____. L'instruction médicale du dossier doit donc être considérée comme complète.

Enfin, selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au

handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 c. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. c. 4b).

En l'occurrence, dans la mesure où il existe suffisamment de domaines dans l'industrie où les limitations fonctionnelles de l'assuré liées au port de charge sont respectées — moyens de levage à disposition dans ce type d'activité, par exemple —, aucun abattement n'est justifié pour ce motif.

Si l'âge de l'intéressé — 58 ans en 2013, date de la péjoration de son état de santé — pourrait justifier un éventuel abattement de l'ordre de 5%, force est d'admettre qu'il n'en résulterait aucune conséquence sur son droit aux prestations tant sur le plan de la rente que de mesures professionnelles, de plus amples mesures que celles déjà octroyées ne permettant de réduire davantage le préjudice économique. S'agissant enfin d'un assuré de nationalité suisse apte à travailler à temps complet, il n'existe par ailleurs aucune autre circonstance justifiant de procéder à un abattement en l'espèce.

En définitive, vos arguments ne [sont] pas de nature à remettre en question le bien-fondé de notre projet de décision du 16 mars 2017, lequel doit être intégralement confirmé. Une décision, conforme audit projet, et dont le présent courrier fait partie intégrante, vous est donc transmise en annexe."

Le 21 juin 2017, l'OAI a transmis au conseil de l'assuré sa décision du même jour, laquelle reprend l'argumentation développée dans le projet de décision du 20 mars 2017.

C. Par acte du 15 août 2017, D._____, par la plume de son conseil a recouru contre la décision du 21 juin précédent devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu principalement à la réforme en ce sens qu'une pleine rente, subsidiairement une demie rente d'invalidité lui est allouée dès le 1^{er} septembre 2013. Faisant principalement grief à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du diagnostic "accessoire" de trouble anxio-dépressif retenu par l'expert C._____, il a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer quelle est l'incidence du trouble anxio-dépressif, de la kinésiophobie et d'éventuels troubles somatoformes douloureux sur sa capacité de travail. Dans un second grief, le recourant critique le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Selon lui, la diminution de rendement de 25 % retenue par l'expert ne tiendrait compte que de la lenteur d'exécution et non des limitations fonctionnelles et l'OAI aurait dû opérer un abattement

supplémentaire de 25 % pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles et de son âge.

Par décision du 17 août 2017, le juge instructeur a accordé au recourant à compter du 7 juillet 2017 le bénéfice de l'assistance judiciaire comprenant l'exonération d'avances, celle des frais de justice ainsi que l'assistance d'un avocat en la personne de Me Kathrin Gruber.

Le 4 septembre 2017, le juge instructeur a fait droit à la requête du conseil du recourant tendant à la suppression de la franchise mensuelle de 50 francs initialement imposée par la décision du 17 août 2017.

Par réponse du 19 septembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant à l'avis juriste du 8 juin 2017, lequel, selon lui, répond aux allégations du recourant.

Par déterminations du 8 octobre 2017, le recourant a insisté sur la nécessité d'ordonner une expertise psychiatrique, pour les motifs développés dans son recours.

Le 20 octobre 2017, Me Kathrin Gruber a indiqué à la Cour de céans avoir consacré douze heures à la présente procédure de recours (1 heure 30 de conversation téléphonique avec son client, 1 heure 30 de correspondance, 1 heure d'étude du dossier et 8 heures pour la rédaction du recours); ses débours s'élevaient à 12 francs.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal compte tenu des fériés estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieuse la question du droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2013.

D'emblée, il convient de relever que le présent recours intervient toujours dans le cadre de la demande initiale déposée par le recourant en juillet 2008. En effet, force est d'observer que l'OAI ne s'est pas prononcé sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité à la suite de la procédure de reclassement de l'assuré, qui a pris fin le 31 janvier 2011.

Faute de décision formelle de l'OAI refusant préalablement à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, la demande de prestations d'invalidité déposée par le recourant le 13 septembre 2013 ne saurait être considérée ni comme une demande de révision (art. 17 LPGA et 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]), ni comme une deuxième demande (art. 87 al. 2 RAI).

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. 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) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une

incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

d) Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa p. 352 et les références).

Ainsi, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion

divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

5. a) En l'espèce, le recourant ne conteste pas les conclusions de l'expertise du Dr C._____ mais la position de l'OAI, qui refuse de tenir compte du diagnostic accessoire posé par ledit expert, à savoir un trouble anxio-dépressif, qui selon lui justifie l'incapacité totale de travail "diagnostiquée" par son médecin traitant en raison de ses douleurs. Il prétend par ailleurs qu'il ressort des tests effectués par l'expert qu'il présente une kinésiophobie haute, auxquelles plusieurs pathologies telles que le syndrome de fatigue chronique ou la fibromyalgie peuvent être associées, ce qui, à long terme peut entraîner un déconditionnement physique et une dépression. Il requiert par conséquent la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer s'il souffre notamment d'un trouble somatoforme douloureux invalidant.

Dans un avis du 30 mars 2015, le Dr L._____ du SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert, qu'il a qualifiées de claires et convaincantes. Il en a retenu que l'assuré avait présenté une aggravation de son état de santé depuis le 28 avril 2014, que sa capacité de travail dans l'activité habituelle était dès lors de 50 % avec une baisse de rendement de 25 % (soit 37,5 %) puis, après six mois, soit dès le 1^{er} novembre 2014, que sa capacité de travail était de 100 % avec une baisse de rendement de 25 %. Dans une activité adaptée, la capacité de rendement du recourant devait être considérée comme entière avec une baisse de rendement de 25 %, soit un taux de travail de 75 % dès le 28 avril 2014. Pour leur part, les Services de réadaptation et juridique de l'OAI ont estimé que l'activité habituelle mentionnée par l'expert dans son rapport était l'activité réalisée après la mesure de reclassement dont avait bénéficié l'assuré et que, de ce fait, il s'agissait de l'activité adaptée. Ils ont considéré par ailleurs que le déconditionnement physique mentionné par l'expert n'avait pas à être pris en compte puisqu'il "est dû au fait que notre assuré n'a pas travaillé depuis longtemps alors qu'il aurait pu mettre

en valeur la capacité de travail reconnue (100%) dans le rapport d'examen du SMR du 1^{er} décembre 2008 et toujours présente au terme du reclassement professionnel octroyé (31 janvier 2011)" (avis respectifs des 16 mars 2016 et 23 février 2017). Retenant une aggravation de l'état de santé du recourant à compter du 1^{er} septembre 2013, ils ont calculé le préjudice économique, partant le degré d'invalidité, en se fondant, pour le revenu sans invalidité, sur le salaire qu'aurait réalisé l'assuré dans son ancienne activité de livreur de colis exprès pour T. _____ et, pour le revenu avec invalidité, sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) relatives aux activités de transport terrestre, par eau et aériens (chiffre 52 du tableau TA1). L'OAI a rendu la décision dont est recours en se fondant sur ces deux derniers avis.

b) Le rapport d'expertise du Dr C. _____ est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes du recourant et contient des conclusions claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, sur le plan orthopédique tout au moins. Par ailleurs, seul le médecin traitant du recourant, le Dr B. _____, diverge en ce qui concerne la capacité de travail. Dans son rapport du 28 avril 2017, il estime celle-ci nulle en toute activité en raison des douleurs ressenties par son patient. Cette appréciation médicale n'est toutefois corroborée par aucun élément objectivable, susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expert Dr C. _____ quant à la capacité de travail du recourant.

En ce qui concerne l'état de santé psychique du recourant, il y a lieu de considérer que le diagnostic de trouble anxio-dépressif posé par l'expert ne suffit pas pour rendre vraisemblable une telle atteinte dès lors que le Dr C. _____ n'est pas spécialiste en psychiatrie. A cela s'ajoute le fait que, dans son rapport du 27 novembre 2013, le Dr B. _____ indiquait que, sur le plan psychique, son patient fonctionnait comme d'habitude. Enfin, il ne ressort nullement du dossier – et le recourant ne le prétend d'ailleurs pas – que celui-ci serait suivi par un psychiatre, ni qu'il recevrait une médication spécifique. Au surplus, il convient de relever que la

prétendue kinésiophobie alléguée par le recourant ne ressort nullement du rapport d'expertise, qui souligne les auto-limitations du recourant. Cela étant, rien dans le dossier ne rend vraisemblable l'existence d'une fibromyalgie, d'un syndrome de fatigue chronique ou encore d'un syndrome somatoforme douloureux chronique en lien avec un état dépressif. La requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique doit par conséquent être rejetée. La Cour statuera sur le droit du recourant à une rente d'invalidité en se fondant sur les conclusions de l'expert Dr C. _____ en ce qu'elles ont trait aux atteintes d'ordre orthopédique constatées par celui-ci et leur influence sur la capacité de travail de l'intéressé.

c) Le Dr C. _____ a indiqué que le début de l'aggravation de l'état de santé du recourant remontait au 1^{er} septembre 2013 (cf. rapport d'expertise, p. 39 ch. 2.5), ce dont a convenu l'OAI dans la décision entreprise. L'expert a indiqué à la même rubrique que le taux d'incapacité de travail du recourant était alors de 50 %. Se fondant sur l'anamnèse, les documents radiographiques, son examen clinique et les résultats des tests effectués pour évaluer les capacités fonctionnelles du recourant, l'expert est arrivé à la conclusion que le taux de capacité de travail du recourant avait favorablement évolué : dans l'activité "exercée jusqu'ici" de gestionnaire en logistique, il a estimé qu'il était de 50 % dès la date de l'expertise avec une diminution de rendement de 25 %, moyennant un port de charge limité), mais qu'il atteindrait 100 % après six mois de reconditionnement musculaire, toujours avec une diminution de rendement de 25 %. Pour ce qui est d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles largement décrites dans le rapport (cf. rapport d'expertise pp. 37-38), l'expert a estimé que la capacité de travail du recourant était totale à compter de l'expertise, sous réserve d'une diminution de rendement de 25 %. L'expert a fort bien décrit la difficulté qu'il avait rencontrée à estimer le taux de capacité de travail et le profil de rendement du recourant eu égard aux nombreuses et importantes auto-limitations que celui-ci s'était imposées lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles (cf. rapport d'expertise, p. 34 in fine, y compris la note de bas de page). Mis à part la date d'aggravation de l'état de santé qu'il a

fixée au 28 avril 2014 – ce qui correspond au début de la procédure d'audition –, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert. Ce qui n'est pas le cas des Service de réadaptation et juridique de l'intimé, lesquels ont estimé que l'activité habituelle mentionnée dans l'expertise était celle de gestionnaire en logistique, soit l'activité pour laquelle l'assuré avait préalablement bénéficié d'une mesure de reclassement et qu'elle devait par conséquent être considérée comme adaptée et qu'au surplus, le reconditionnement musculaire d'une durée de 6 mois – condition posée par l'expert pour obtenir un taux de capacité de travail de 100 % - n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité dès lors que le déconditionnement musculaire était imputable à l'assuré, "qui n'a pas travaillé depuis longtemps alors qu'il aurait pu mettre en valeur la capacité de travail reconnue (100 %) dans le rapport d'examen du SMR du 1^{er} décembre 2008 et toujours présente au terme du reclassement professionnel octroyé (31 janvier 2011)". Cette façon d'interpréter le rapport d'expertise ne saurait être suivie. D'une part, si l'expert a distingué les taux de capacité de travail du recourant entre l'activité (habituelle) de gestionnaire en logistique et une activité adaptée, c'est à la demande de l'OAI, qui lui a posé les questions en ce sens. D'autre part, si ledit expert a effectivement estimé que ces deux activités ne pouvaient pas être exercées, en tout cas dans un premier temps, au même taux d'activité, c'est précisément parce qu'il estimait que l'activité de gestionnaire en logistique impliquait une meilleure condition musculaire ainsi qu'un port de charge modéré en comparaison avec une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. A cela s'ajoute le fait que cette appréciation des conclusions de l'expertise n'a pas été soumise au SMR, seul à même de se prononcer sur des questions strictement médicales. Enfin, imputer le déconditionnement musculaire à l'inaction de l'assuré paraît pour le moins arbitraire puisqu'on sait que celui-ci n'a pas réussi à trouver de poste dans le domaine de la logistique, quand bien même il a été mis au bénéfice d'une mesure de placement.

Vu ce qui précède, la Cour de céans s'en tient aux conclusions claires de l'expert en ce qui concerne la date de l'aggravation de l'état de santé du recourant, le 1^{er} septembre 2013, son taux de capacité de travail

d'alors, soit 50 %, ainsi que les dates et taux de capacité de travail de l'intéressé à la suite de l'amélioration de son état de santé, à savoir 100 % avec une diminution de rendement de 25 % dans une activité adaptée dès la date du rapport d'expertise et 50 % avec une diminution de rendement de 25 % dans l'activité habituelle de gestionnaire en logistique dès la date du rapport d'expertise, puis 100 % avec une diminution de rendement après un reconditionnement musculaire d'une durée de 6 mois.

L'activité adaptée à un taux de 100 % avec une diminution de rendement de 25 % étant exigible dès la date de l'expertise (mars 2015), c'est sur cette base qu'il sera procédé au calcul du préjudice économique au moment de l'amélioration de l'état de santé du recourant.

6. a) L'expert a admis une aggravation de l'état de santé du recourant à compter du 1^{er} septembre 2013. Il a considéré que celui-ci ne disposait plus alors que d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité de gestionnaire en logistique, comme dans une activité adaptée, sinon on ne comprend pas pourquoi l'expert aurait indiqué une augmentation de la capacité de travail du recourant dans une telle activité seulement à compter de la date du rapport d'expertise. Cela étant, le recourant a droit à une demie rente d'invalidité pour la période allant du 1^{er} septembre 2013 jusqu'à la fin du mois de mars 2015, date de l'expertise.

b) Pour déterminer le préjudice économique subi par le recourant à compter du mois d'avril 2015, début de l'amélioration de son état de santé selon l'expert, il convient de comparer le revenu que le recourant aurait obtenu sans atteinte à sa santé dans l'activité de gestionnaire en logistique dans laquelle il avait été reclassé avec succès en 2011 avec celui qu'il serait susceptible d'obtenir dans une activité simple et répétitive, respectant ses limitations fonctionnelles. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est le cas ici — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la

statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. Dans le cas d'espèce, dès lors que le recourant n'a jamais exercé l'activité de gestionnaire en logistique, il y a également lieu de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant sur la médiane.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, 5'547 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise, (TA1, chiffre 52 transport terrestre, par eau, aériens, entreposage KUBB 522900 niveau de compétence 1 Hommes), ce qui donne un revenu annuel de 66'564 francs. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 69'393 fr. ($66'564 \text{ fr.} \times 41,7 : 40$). Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (+ 0,5%; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel sans invalidité de 69'740 francs en 2015 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Dès lors que selon l'expert, on peut raisonnablement exiger du recourant une activité légère de substitution à 75 % (100 % avec diminution de rendement de 25 %), il convient de prendre comme salaire de référence celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, 5'312 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise, (TA1 niveau de compétence 1 Hommes), soit un revenu annuel de 63'744 francs. Après adaptation à la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2014 (41,7 heures) et à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (+ 0,5 %), on obtient un revenu annuel avec invalidité de 66'785 fr. 40. Après avoir pris en compte la diminution de rendement de 25 % et un léger abattement de 5 % en raison de l'âge du recourant (60 ans en 2015), en 2015 le salaire annuel hypothétique avec invalidité s'élève à 47'584 fr. 60. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 69'740 fr. et d'un revenu avec invalidité de 47'584 fr. 60, le préjudice économique est de 21'155 fr.

40, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 31,8 % en chiffres arrondis. Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité, de sorte qu'à compter du 1^{er} avril 2015, le recourant n'a plus droit à une rente.

Le résultat est le même si on prend les données statistiques de l'ESS de 2012 et qu'on les adapte à 2013 (année de l'annonce de l'aggravation de l'état de santé du recourant, reconnue par l'expert).

Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement supérieur à 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles (en sus de la diminution de rendement de 25 % indiquée par l'expert). En effet, il ressort clairement de l'expertise que le recourant s'auto-limite, ce qui rend difficile tant l'évaluation de sa capacité de travail que celle de son rendement. En évoquant la diminution de rendement de 25 % en raison de la lenteur d'exécution du recourant, l'expert a pris en compte les limitations fonctionnelles et les autolimitations que le recourant s'impose. Mis à part l'âge du recourant, pour lequel on a tenu compte d'un abattement de 5 %, il n'y a pas d'autre élément donnant droit à un abattement plus élevé : le recourant est de nationalité suisse, a une parfaite compréhension de la langue française et dispose d'une éducation d'un degré supérieur.

c) En conclusion, le recourant a droit à une rente temporaire, soit une demie rente d'invalidité pour la période courant du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2015.

Certes, le degré d'invalidité pour la période allant au-delà du 31 mars 2015 ouvrirait théoriquement le droit à des mesures professionnelles. Le recourant n'a toutefois pas recouru sur ce point. Compte tenu par ailleurs du fait qu'il a déjà été mis au bénéfice d'une mesure de reclassement et d'une mesure de placement, qu'il n'a plus travaillé depuis la fin de son contrat de travail avec T. _____ à la fin du mois d'août 2011, qu'il est âgé de près de 63 ans et que les limitations fonctionnelles qu'il présente ainsi que les auto-limitations qu'il s'impose ne

lui permettent plus que des activités simples et répétitives, de telles mesures n'apparaissent pas justifiées.

7. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu, comme déjà relevé au considérant 5 ci-dessus, d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer la capacité de travail du recourant, faute d'indice de l'existence d'une telle pathologie. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2, 9C_440/2008 arrêt du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

8. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis, par 200 fr., à la charge de l'office intimé et, par 200 fr., à la charge du recourant.

Toutefois, dès lors que le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, les frais qui lui sont imputés sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant devant être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige.

En l'occurrence, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'000 fr. (10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative; RSV 173.36.5.1]; TF, I 74/07 consid. 5), et de les mettre à la charge de l'intimé.

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 francs s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]).

S'agissant du montant de l'indemnité, Me Kathrin Gruber n'a pas produit de liste de ses opérations au sens strict mais s'est contentée d'indiquer qu'elle avait consacré 12 heures à la défense des intérêts de son client, dont 1 heure 30 de conversation avec ledit, 1 heure pour l'étude du dossier, 1 heure trente pour la correspondance et 8 heures pour la rédaction de l'acte de recours. Me Gruber a précisé que ses débours s'élevaient à 12 francs. Contrôlé au regard de la conduite du procès, le nombre d'heures indiqué (12) rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Il en résulte que le montant total de l'indemnité couvrant le défraiement et les débours (12 fr.) doit être arrêté à 2'345 fr. 80, TVA par 8 % comprise, pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Il sera encore précisé que l'indemnité de dépens devra être imputée sur le montant de l'indemnité d'office versée à Me Gruber au titre de l'assistance judiciaire.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité le 21 juin 2017 est réformée en ce sens que D._____ a droit à une demie rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2015. Elle est confirmée pour le surplus.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, par 200 fr. (deux cents francs), et à celle de D._____, par 200 fr. (deux cents francs), ces derniers étant laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D._____ une indemnité de dépens réduits de 1'000 fr. (mille francs).
- V. Les dépens sont complétés par une indemnité d'office de 2'450 fr. 80 (deux mille quatre cent cinquante francs et quatre-vingts centimes), débours et TVA compris, allouée à Me Kathrin Gruber, conseil du recourant.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure des art. 122 et 123 CPC applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

VII. L'indemnité de dépens est imputée sur le montant de l'indemnité d'office versée à Me Kathrin Gruber au titre de l'assistance judiciaire.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Kathrin Gruber, avocate à Vevey (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :