

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 décembre 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Dessaux, juge, et Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Claude Schweizer,
avocat, à Neuchâtel

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de confiseur, obtenu en 1984. Depuis lors, il a exercé plusieurs activités avant d'être engagé en qualité d'opérateur de production à 100 % dès janvier 2003 par D._____SA.

L'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle adressée le 13 juin 2006 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif de lésions lombaires qui avaient nécessité des interventions chirurgicales depuis 1985. Il mentionnait également une allergie aux poussières de café en lien avec son activité dans le secteur de la torréfaction chez D._____SA.

Il a ultérieurement démissionné de cet emploi avec effet au 30 novembre 2006 et a débuté une activité de concierge commissionnaire dès le 1^{er} décembre 2006 auprès de H._____SA. Le contrat de travail a été résilié par cet employeur au 30 juin 2007.

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a recueilli les rapports des médecins traitants de l'assuré, les Drs C._____, spécialiste en neurochirurgie, F._____, spécialiste en médecine interne générale, et G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Ont été mis en évidence les diagnostics de rachialgies chroniques sur status post spondylodèse L4-S1 en 1994 et ablation du matériel d'ostéosynthèse en 1997, d'ancienne maladie de Scheuermann D3-D4, ainsi que de gonalgies gauches dans le cadre d'un trouble dégénératif et d'un status post ménisectomie en 2006. Les Drs C._____ et G._____ considéraient que l'assuré était en mesure d'exercer à plein temps une activité lucrative adaptée (épargnant le rachis et sans port de charges). Quant au Dr F._____, il avait prononcé une incapacité totale de travail dès le 26 mars 2007, en raison de lombalgies chroniques dans le contexte d'un « failed back ». Il estimait que l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative

adaptée était de 4 à 6 heures par jour en raison des douleurs et de la fatigabilité de son patient (cf. rapports du 12 septembre 2006 du Dr C._____, du 29 mai 2007 du Dr F._____, et du 25 juillet 2008 du Dr G._____).

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu, le 10 septembre 2008, que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail du 26 mars au 16 mai 2007. Dès cette date, il avait recouvré une capacité de travail de 50 % dans l'activité de concierge et dans l'activité apprise de confiseur. Dans une activité adaptée (épargnant le rachis, variant les positions, sans port de charges, ni travail sur machines vibrantes ou à la chaîne), la capacité de travail avait toujours été entière.

L'assuré a été reçu en entretien auprès du Service de réadaptation professionnelle de l'OAI et a fait part de ses intentions de développer une activité indépendante depuis son domicile (importation et vente de fours à pain ; préparation de consommables). Il ne souhaitait pas s'engager dans des mesures professionnelles en raison de son état de santé.

A la suite d'un projet de décision du 24 février 2009, lequel envisageait un refus de rente compte tenu d'un degré d'invalidité de 24 %, l'assuré a informé l'OAI qu'il allait faire l'objet d'une intervention chirurgicale le 13 mars 2009. Renseignements pris auprès du Dr C._____, il est apparu que l'assuré avait subi une vertébroplastie transpédiculaire, laquelle avait conduit à une diminution de 30 % de ses douleurs dorsales. Une incapacité de travail totale était mentionnée jusqu'en septembre 2009 (cf. rapport du Dr C._____ du 21 octobre 2009 et avis du SMR du 10 février 2010).

Retenant en définitive une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle depuis mars 2007 et une incapacité totale de travail pour toutes activités entre mars et septembre 2009, l'OAI a, par décision du 30 avril 2010, mis l'assuré au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité,

fondé sur un degré d'invalidité de 40 %, pour la période limitée du 1^{er} juin 2009 au 30 novembre 2009.

B. B._____ s'est adressé à l'OAI le 16 juin 2010 pour solliciter des mesures professionnelles.

L'OAI a mis en œuvre une mesure d'observation professionnelle au sein du Centre I._____ [...] du 8 novembre 2010 au 11 février 2011. Cette mesure a été interrompue en raison de l'incapacité de travail totale de l'assuré prononcée dès le 18 novembre 2010 par son nouveau médecin généraliste traitant, le Dr J._____. A la demande de l'OAI, ce médecin lui a communiqué les documents en sa possession, à savoir notamment un rapport du 3 décembre 2010 du Dr C._____, lequel relatait les résultats d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis dorsal n'évoquant pas de pathologie, et un rapport du 11 janvier 2011 du Dr K._____, spécialiste en médecine physique et rééducation et rhumatologie, qui évoquait une possible origine psychosomatique des douleurs lombaires.

Le SMR a conclu à l'absence de nouveaux éléments médicaux par avis du 16 février 2011.

L'OAI a alors contacté l'assuré afin de connaître ses intentions professionnelles. Vu l'intérêt affiché par l'assuré pour des mesures d'ordre professionnel, une nouvelle observation, planifiée du 18 mai 2011 au 18 septembre 2011, a été diligentée au sein du Centre I._____ [...]. Cette mesure a été interrompue le 30 juin 2011, après que l'assuré eut accepté un emploi à 60 % en qualité de livreur pour le compte de la société Q._____SA.

L'assuré s'est rendu à la consultation de la Dre N._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Dans un rapport le 10 août 2011, ce médecin a conclu à une spondylarthrite ankylosante au vu des indices en sa possession et préconisé un nouveau traitement d'anti-TNF alpha. Elle a précisé le 27 octobre 2011, sur

demande de l'OAI, que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée.

Compte tenu de la décision de l'assuré de poursuivre son activité auprès de Q._____SA, le Service de réadaptation de l'OAI a clôturé son dossier le 6 janvier 2012. L'OAI a rendu une décision de refus de mesures d'ordre professionnel le 20 mars 2012.

C. En date du 23 novembre 2012, B._____ a fait parvenir une nouvelle demande de prestations à l'OAI, indiquant être en arrêt de travail complet depuis le 21 mai 2012.

Des nouvelles pièces versées au dossier, il ressort que l'assuré a séjourné au sein du Service de rééducation et médecine physique de l'Hôpital M._____ du 8 au 22 janvier 2013 pour rééducation intensive. Dans un rapport du 17 juillet 2013, le Dr P._____, médecin chef dudit service, considérait que la capacité de travail de l'assuré était préservée à sa sortie.

L'OAI a réceptionné, le 24 juillet 2013, un tirage du dossier constitué par O._____SA en sa qualité d'assurance perte de gain en cas de maladie. Celle-ci avait requis un avis auprès du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans un rapport du 4 décembre 2012, ce dernier retenait un syndrome douloureux chronique dorsal et lombaire d'origine indéterminée. Il estimait que la reprise d'une activité lucrative légère, sans port de charges et permettant l'alternance des positions, était envisageable à plein temps dès le 1^{er} février 2013.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique à la Dre S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 19 novembre 2013, complété le 19 décembre 2013, l'experte n'a retenu aucune atteinte à la santé psychiatrique incapacitante en dépit d'une personnalité à traits caractériels. Elle précisait néanmoins, au titre de limitations fonctionnelles,

que l'assuré devait pouvoir exercer un emploi de manière autonome, sa personnalité restreignant le travail en équipe.

Le SMR, dans un avis du 28 janvier 2014, s'est rallié à l'appréciation de la Dre S._____. Il a de surcroît considéré que l'assuré était doté d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2013.

Le Service de réadaptation de l'OAI a organisé une nouvelle mesure d'observation professionnelle, planifiée du 1^{er} septembre 2014 au 30 novembre 2014, auprès du U._____ de [...]. Dans ce contexte, l'assuré a bénéficié d'un stage de trois mois en qualité de représentant auprès de Y._____SA, en sus d'un job coaching (cf. rapport du Service de réadaptation de l'OAI du 21 novembre 2014 et communication du 24 novembre 2014).

Sur le plan médical, l'assuré a été adressé au Dr T._____, spécialiste en rhumatologie au sein de l'Hôpital E._____ à [...]. Dans un rapport du 29 janvier 2015, ce dernier a diagnostiqué une spondylarthropathie axiale et périphérique, soulignant que l'assuré avait entamé un traitement d'anti-TNF alpha dès le 25 septembre 2014. Il considérait que la capacité de travail devrait être évaluée en août 2015 après stabilisation sous traitement. Il prévoyait une capacité de travail médico-théorique de 80 % au moins, déployée sur un plein temps. Une baisse de rendement de 20 % devait être envisagée en raison de la nécessité de pauses supplémentaires et de l'adoption de recommandations ergonomiques.

A l'issue du stage de l'assuré chez Y._____SA, le Service de réadaptation de l'OAI a retenu que le métier de représentant était adapté à l'état de santé de l'assuré, pour autant qu'il se situe dans un rayon géographique proche de son domicile, afin d'éviter les longs trajets en voiture. L'assuré a alors été mis au bénéfice d'une aide au placement (cf. communication du 31 mars 2015). Cette mesure n'a toutefois pas pu être

mise en œuvre, dans la mesure où un arrêt de travail à 80 % a été ordonné par le Dr L. _____ dès le 1^{er} mars 2015.

Sollicité par l'OAI, ce praticien a confirmé une recrudescence des rachialgies et des douleurs au bassin à compter du printemps 2015, lesquelles restreignait la pratique du sport (vélo) et la position debout prolongée (cf. rapports du Dr L. _____ des 20 août 2015 et 14 mars 2016). Le Dr T. _____ a pour sa part communiqué une situation stationnaire et confirmé sa précédente appréciation de la capacité de travail, valable dès mars 2016 (cf. rapport du 15 août 2016). Dans l'intervalle, l'assuré avait été hospitalisé au Centre hospitalier A. _____ du fait d'une embolie pulmonaire et d'une dermohypodermite de la jambe gauche.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé le 6 septembre 2016 par le Dr X. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au sein du SMR. Dans son rapport du 11 octobre 2016, ce médecin a retenu le diagnostic incapacitant de rachialgies chroniques dans le cadre d'une spondylarthropathie HLA-B27 négative, d'une discopathie D8-D9 avec protrusion discale antérieure droite et de discopathies L2-L3 et L4-L5, ainsi que celui de probable arthrose du genou gauche. Une ostéoporose, un status post vertébroblastie de D3 pour nodule de Schmorl et post ancienne fracture de D2, ainsi qu'une hémisacralisation de L5 demeuraient à son avis sans incidence sur la capacité de travail. Dite capacité se montait à 20 % dans l'activité de chauffeur-livreur. En revanche, une activité adaptée était envisageable à 80 % (compte tenu d'une baisse de rendement de 20 % pour permettre des pauses supplémentaires) dans un emploi respectant les limitations fonctionnelles de la colonne vertébrale et du genou gauche.

Le SMR a repris ces conclusions dans ses avis des 19 octobre et 2 novembre 2016, soulignant au surplus qu'il y avait lieu de tenir compte de la personnalité à trait caractériel mise en évidence par la Dre S. _____. Il a précisé par ailleurs que l'exigibilité susmentionnée valait dès mars 2015, rappelant que la capacité de travail dans une activité

adaptée avait été estimée à 100 % dès février 2013 pour la période antérieure.

Par projet de décision du 28 novembre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait nier le droit à une rente, compte tenu d'un degré d'invalidité de 29 %.

Au stade de la procédure d'audition, l'assuré a informé l'OAI de sa prise en charge, dès mars 2017, au sein du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier A._____. La Dre W._____, cheffe de clinique adjointe dudit département, a fait état, dans un rapport du 7 février 2018, des diagnostics de spondylarthropathie indifférenciée de forme enthésitique depuis 2014, de troubles dégénératifs avec discopathie L4-L5 depuis juin 2017, de status après cimentoplastie de T3 en 2008 et de gonarthrose gauche. La capacité de travail était à son avis nulle dans l'activité habituelle depuis 2017 ; pour le surplus, elle voyait pas « d'activité adaptée à l'état de santé actuel » de l'assuré, vu les limitations fonctionnelles énoncées. Le Centre d'antalgie du Centre hospitalier A._____ a subséquemment procédé à une évaluation psychiatrique de l'assuré ne mettant pas en évidence de diagnostic formel et évoquant des traits de personnalité mixte ; aucune limitation n'était retenue sur le plan psychique (cf. rapports des 20 et 26 août 2018).

Dans des avis des 11 juillet et 26 novembre 2018, le SMR a maintenu ses conclusions quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée aux limitations somatiques au taux de 80 %.

L'OAI a, par décision du 4 décembre 2018, refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 29 %.

D. B._____, assisté de Me Jean-Claude Schweizer, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois par mémoire de recours du 25 janvier 2019, concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité dès novembre 2012 et

subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Il a pour l'essentiel contesté l'évaluation de son degré d'invalidité, faisant grief à l'OAI d'avoir retenu comme adaptée l'activité de technico-commercial et de ne pas avoir procédé à un abattement sur le revenu d'invalidité. Il estimait au surplus que l'analyse de sa situation médicale, effectuée au Centre hospitalier A._____, n'avait pas été prise en compte dans l'appréciation de sa capacité de travail.

Dans sa réponse du 25 février 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours, soulignant notamment que les limitations fonctionnelles avaient dûment été prises en compte dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, de sorte qu'un abattement supplémentaire sur le salaire statistique, retenu dans le cadre de la comparaison des revenus, ne se justifiait pas. Quand bien même un abattement de 10 % venait à être opéré, il ne suffirait pas pour atteindre le seuil de 40 % d'invalidité ouvrant le droit à une rente.

Par réplique du 23 avril 2019, l'assuré a maintenu ses conclusions et suggéré la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il se fondait en particulier sur un certificat du Dr L._____ du 26 mars 2019 qui attestait d'une dégradation constante de son état de santé.

L'OAI a dupliqué le 9 mai 2019, concluant derechef au rejet du recours.

Dans le cadre de l'instruction du recours, le magistrat instructeur a confié la réalisation d'une expertise rhumatologique de l'assuré au Dr Z._____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales. Dans son rapport du 2 juin 2020, ce médecin a retenu les diagnostics de syndrome panvertébral (troubles statiques, cyphoscoliose partiellement réductible avec projection antérieure de la tête, troubles dégénératifs étagés sévères au niveau de la colonne dorsale inférieure, discarthroses sévères étagées au niveau lombaire surtout en L4/L5 et dysbalance musculaire), ainsi que de pangonarthrose sévère à gauche et modérée à droite. De l'avis de l'expert, l'incapacité de travail s'était

progressivement aggravée depuis 2011 pour atteindre au maximum 50 % dans une activité adaptée aux nombreuses limitations fonctionnelles.

Par détermination du 17 juin 2020, l'OAI a fait valoir, en substance, que l'expert n'avait pas exposé à satisfaction les motifs le conduisant à s'écarter de l'appréciation du Dr X._____, laquelle avait pourtant corroboré celle du rhumatologue traitant. La capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée n'était pas clairement définie et devait a priori être interprétée en ce sens qu'elle aurait été de 80 % en 2011 et de « 50 % vers 2015 ». Les limitations fonctionnelles n'étaient par ailleurs pas substantiellement différentes de celles retenues par le SMR. L'OAI a donc persisté à proposer le rejet du recours.

Dans une écriture du 29 juin 2020, l'assuré a conclu à la reconnaissance d'un degré d'invalidité d'au moins 50 %, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'un nouveau reclassement professionnel.

L'assuré a ultérieurement fait parvenir des certificats attestant de la poursuite d'une incapacité totale de travail, établis par le Dr L._____ et _____ par _____ le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour la période courant jusqu'au 15 novembre 2020.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et

58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 25 janvier 2019 contre la décision de l'intimé du 4 décembre 2018 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4, let. c, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

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

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa

profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

4. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201)).

b) Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation

des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'incapacité de travail, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du

dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

6. En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré, dans une mesure susceptible d'entraver sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, depuis la précédente décision rendue sur le fond, soit celle du 30 avril 2010. A cette occasion, il avait été retenu que le recourant était en mesure de déployer une activité lucrative adaptée à son état de santé à plein temps. Au titre de restrictions fonctionnelles étaient pris en compte la position statique prolongée, assis ou debout, en rotation et flexion du tronc, ainsi qu'en porte-à-faux, le travail sur des machines vibrantes et à la chaîne, de même que le port de charges supérieures à 10 kg (cf. rapport du SMR du 10 septembre 2008, confirmé le 10 février 2010).

7. A la date de la décision querellée, il n'est pas contesté que, sur le plan psychique, le recourant ne présente aucune pathologie de nature à justifier une incapacité de travail significative, mais uniquement des traits de personnalité susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles (travail autonome). Ces conclusions ont été communiquées au terme de l'expertise psychiatrique, réalisée le 5 novembre 2013, par la Dre S._____. Celle-ci a indiqué ce qui suit dans son rapport du 19 novembre 2013 :

[...] À l'examen de ce jour, il s'agit d'un homme orienté et collaborant, aux capacités intellectuelles bien présentes. Aucun signe de dépression, d'anxiété à caractère pathologique, de psychose ou de trouble décompensé de la personnalité n'est identifié. Les symptômes douloureux annoncés sont rapidement exprimés par l'impossibilité de maintenir une position stable sur la chaise. Dans le fonctionnement psychique, ceux-ci prennent une grande importance et sont utilisés en guise de résistance aux contraintes imposées. En effet, il s'agit d'un homme qui ne peut gérer les tensions et les relations conflictuelles de front, mettant en

avant ses symptômes douloureux à chaque fois qu'il ne peut échapper à des difficultés relationnelles. Comme l'indique la rupture des liens avec sa sœur et sa mère, l'intéressé n'a pas les moyens psychiatriques de se réconcilier ni de pardonner à son entourage. Ce mode de fonctionnement peut être à l'origine de nombreuses ruptures survenues dans le passé, que ce soit parmi ses proches, dans son parcours professionnel et lors des démarches de reconversion. En raison de l'importance qu'ont prise les symptômes douloureux, leur soulagement conduirait à l'effondrement du monde intra-psychique. Il n'y a donc pas lieu de les combattre, mais d'adapter le fonctionnement existentiel à cette réalité. Ainsi, bien que son état de santé psychiatrique ne l'empêche pas de travailler à plein temps, les caractéristiques du trouble de la personnalité de l'assuré imposent des limitations fonctionnelles qui se surajoutent à celles établies par les médecins spécialistes de l'appareil locomoteur. L'assuré doit avoir le sentiment de contrôler son existence, notamment par le choix de son avenir professionnel. Il ne peut travailler en équipe d'une manière stable. En conséquence, les mesures d'ordre professionnel débutées en 2008 peuvent être reprises, mais le poste ciblé devra être librement choisi par l'intéressé, dans une activité exercée d'une manière autonome. [...]

Elle a réitéré son appréciation le 19 décembre 2013, excluant la présence d'un trouble de la personnalité, de signes d'amplification des symptômes ou de processus d'invalidation.

Il n'y a pas lieu de s'écarter des observations de la Dre S._____, lesquelles ne sont infirmées par aucun élément du dossier.

8. Le registre somatique a fait l'objet de nombreuses évaluations spécialisées, desquelles il ressort des divergences diagnostiques notables et des appréciations contrastées de la capacité résiduelle de travail du recourant. Il demeure toutefois établi que ce dernier souffre de douleurs du rachis et des genoux, responsables de limitations fonctionnelles dans l'exercice d'une activité lucrative.

a) Du point de vue diagnostique, les différents rhumatologues s'étant succédés dans le suivi du recourant ou l'ayant examiné ont envisagé des rachialgies chroniques et des gonalgies d'origine dégénérative (cf. rapports des Drs C._____ et F._____ des 12 septembre 2006 et 29 mai 2007), dans le contexte d'une ancienne maladie de Scheuermann (cf. rapport du Dr G._____ du 25 juillet 2008), ou d'origine psychosomatique (cf. rapport du Dr K._____ du 11 janvier

2011), ou encore d'origine indéterminée dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique (cf. rapport du 4 décembre 2012 du Dr R. _____). Le Dr P. _____ de l'Hôpital M. _____ a pour sa part envisagé un syndrome vertébral de type dysfonctionnel (cf. rapport du 7 février 2013). En outre, a prédominé le diagnostic de spondylarthropathie ankylosante, axiale et périphérique, retenu par la Dre N. _____ (cf. rapport du 10 août 2011), repris par les Drs T. _____ (cf. rapport du 29 janvier 2015) et X. _____ du SMR (cf. rapport d'examen clinique du 11 octobre 2016). Une spondylarthropathie indifférenciée de type enthésitique a aussi été mentionnée par les spécialistes du Centre hospitalier A. _____, après l'exclusion d'une hémochromatose et d'une maladie de Bechterew (cf. rapports des 14 mars 2017, 17 octobre 2017 et 7 février 2018).

b) Compte tenu des doutes demeurant à cet égard, la Cour de céans a confié la réalisation d'une expertise au Dr Z. _____. Ce médecin a clarifié les constats objectifs et exposé les diagnostics pertinents en ces termes :

[...] Mon anamnèse des plaintes rhumatologiques me fait dire qu'il a des douleurs mixtes (inflammatoires et mécaniques) empêchant tout effort modéré, mon status rhumatologique montre un rachis lombaire qui est, malgré toutes ses opérations, bien mobile, une hypercyphose dorsale partiellement réductible ainsi qu'une mobilité du rachis cervical conservée. Le bilan radiographique après plus de 10 ans de spondylarthropathie axiale ou enthésitique qui ne répond peu ou pas aux traitements de fond (anti-TNF alpha) devrait montrer des lésions structurales au niveau du rachis, au niveau des articulations sacro-iliaques et éventuellement au niveau des hanches. On ne trouve rien de tout cela sauf des discopathies modérées au niveau du rachis dorsal moyen ainsi que des discopathies étagées modérées à sévères au niveau lombaire, la seule anomalie visible est une sclérose étendue de l'articulation sacro-iliaque droite pouvant correspondre à une ancienne sacro-iléite ou bien à une arthrose secondaire de l'articulation sacro-iliaque droite. A l'anamnèse et à mon examen clinique, cette articulation est bloquée, probablement partiellement fusionnée et par conséquent peu ou plus douloureuse. Si l'on voulait prouver la sacro-iléite chronique de l'articulation sacro-iliaque droite, il faudrait faire une nouvelle IRM des articulations sacro-iliaques, n'oublions pas que l'assuré n'a eu qu'une IRM des articulations sacro-iliaques en 2011 ! Deux IRM de la colonne dorsale de 2012 et 2016 ont montré un status après vertébroplastie en D3, des discopathies modérées surtout en D8/D9 mais sans signe inflammatoire et surtout sans signe d'une atteinte morphologique d'une spondylarthrite. [...] Il n'y a radiologiquement pas de stigmatte d'une spondylarthrite axiale, enthésitique. Je ne partage PAS le diagnostic

de spondylarthrite axiale des rhumatologues [...]. Les douleurs dorso-lombaires sont dues à un **trouble statique évident du rachis (hypercyphose dorsale) et à des discarthroses étagées modérées à sévères avec arthrose des articulaires postérieures L3 à S1** qui étaient déjà décrites dans l'IRM de la colonne lombaire de 2009. Son dos est « usé à la corde » avec des remaniements inflammatoires (cypho-scoliose dégénérative, discopathies mécaniques à composante érosive, syndrome facettaire étagé lombaire en phase inflammatoire) et des douleurs nocturnes.

Comme 2^{ème} problème significatif entraînant un grand handicap fonctionnel ainsi qu'une incapacité de travail significative dans ses activités professionnelles antérieures, sont les **gonarthroses bilatérales sévères à prédominance gauche**. Il présente une boiterie d'appui à gauche ainsi qu'une poussée fluxionnaire à gauche. Radiographiquement, le genou gauche est clairement un genou dépassé pour un traitement conservateur, c'est-à-dire l'indication est donnée pour une opération de prothèse de genou. C'est le patient qui décidera du moment de l'opération du genou gauche. [...] »

c) En l'occurrence, les explications du Dr Z. _____ apparaissent convaincantes au vu des examens complémentaires exhaustifs effectués par ce dernier. Son appréciation, au demeurant étayée par un avis spécialisé sollicité auprès d'un radiologue et dûment motivée, peut ainsi être suivie sur le plan des diagnostics affectant le recourant.

9. a) S'agissant des limitations fonctionnelles impliquées par les diagnostics retenus, le Dr Z. _____ les a énoncées comme suit :

Troubles ostéoarticulaires du rachis avec arthrose activée des articulations postérieures provoquent des douleurs exacerbées à l'effort (port de charge, positions en porte-à-faux, longtemps debout ou assis) ainsi que douleurs nocturnes, en plus il reste très limité au niveau des déplacements en raison de sa gonarthrose bilatérale à prédominance gauche, il ne peut pas rester plus de 10 minutes debout, il ne peut pas marcher plus de 500 mètres et surtout il ne peut pas faire les escaliers et ne pas faire des efforts (port de charge plus de 5 kilos) et pas de façon répétitive.
[...]

L'assuré ne peut pas travailler toute la journée. Il doit pouvoir alterner les positions assis et debout, pas de port de charges dépassant les 5-10 kilos et surtout pas de façon répétitive, marcher peu, pas rester plus de 15 à 30 minutes debout ou assis, pas faire les escaliers, éviter les positions en porte-à-faux.

b) On observe, à l'instar de l'intimé (cf. avis du SMR du 10 juin 2020), que les limitations fonctionnelles énumérées par l'expert judiciaire sont superposables à celles énoncées par le Dr X._____ dans son rapport du 11 octobre 2016. Elles sont également globalement similaires aux restrictions mentionnées par les différents rhumatologues traitants du recourant, les différents spécialistes consultés convergeant pour préconiser d'épargner le rachis et les genoux.

10. L'appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant est le principal sujet de divergence entre l'expert judiciaire et le SMR, respectivement les différents rhumatologues traitants du recourant. On précisera toutefois qu'il est incontesté que le recourant n'est plus en mesure de déployer les anciennes activités effectuées (p. ex. confiseur, concierge, chauffeur-livreur).

a) La plupart des médecins somaticiens ayant pris en charge le recourant ont, dans un premier temps, estimé que celui-ci était susceptible de déployer une activité lucrative adaptée à plein temps. Ce fut notamment le cas de la Dre N._____ dans son rapport du 27 octobre 2011, du Dr R._____ dans son rapport du 4 décembre 2012 et du Dr P._____ dans son rapport du 17 juillet 2013. Le Dr T._____ a préconisé une activité à plein temps, mais sous réserve d'une baisse de rendement de 20 % en raison de la nécessité de pauses supplémentaires et de l'adoption de mesures d'ergonomie (cf. rapports des 29 janvier 2015 et 15 août 2016). S'agissant des spécialistes du Centre hospitalier A._____, ils n'ont en revanche fourni aucune réponse exploitable en lien avec la capacité de travail du recourant. La Dre W._____ a en effet uniquement indiqué ne pas être en mesure de définir une activité adaptée (cf. rapport à l'attention de l'intimé du 7 février 2018).

b) De son côté, le Dr X._____ s'est prononcé en détail sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative de la part du recourant. Il a apprécié la situation comme suit dans son rapport d'examen clinique du 11 octobre 2016 :

[...] En raison de la spondylarthrite ankylosante et de l'atteinte dégénérative, la tolérance de la colonne vertébrale aux contraintes mécaniques est diminuée. [...]

La vertébroplastie effectuée en 2009 vise à consolider le corps vertébral de D3. L'intervention s'est déroulée sans complication. Elle ne justifie pas d'incapacité de travail durable. L'ancienne fracture de D2 objectivée sur les clichés radiologiques s'est consolidée sans complication. L'assuré n'a pas de douleur à ce niveau. Au vu de la consolidation de cette fracture, elle n'est pas incapacitante. L'hémisacralisation de L5 est une anomalie du développement. Elle n'a pas empêché l'assuré de travailler. Elle n'est pas incapacitante. Concernant le genou gauche, l'assuré n'a pas apporté de clichés radiologiques permettant d'objectiver une arthrose. Toutefois, il a subi une ménisectomie en 2006. Une ménisectomie est un facteur favorisant le développement d'une arthrose. L'examen clinique est compatible avec ce diagnostic (léger enraidissement du genou, boiterie à la marche). Cette vraisemblable arthrose justifie une diminution des contraintes mécaniques.

Les plaintes de l'assuré et l'examen clinique révèlent des discordances qui ne s'expliquent pas par une atteinte ostéoarticulaire. En effet, l'assuré déclare avoir de grandes difficultés à marcher le matin alors qu'il signale effectuer régulièrement une promenade, puis se rendre à un bar à café. Les fortes douleurs alléguées ne concordent pas avec une gestuelle spontanée libre. La distance doigts-sol nettement supérieure à la distance doigts-orteils, les contrepulsions lors de la mobilisation de la colonne cervicale indiquent une participation insuffisante de l'assuré à l'examen.

[...]

Malgré les douleurs alléguées par l'assuré, il dispose de ressources physiques. Il effectue une promenade puis se rend dans un bar à café deux fois par jour. Il gère seul son ménage. Il effectue quelques activités de jardinage. Chaque semaine, il prépare du pain qu'il vend au marché [...] le samedi matin.

Au vu de ces ressources physiques, d'une spondylarthrite ankylosante peu active, la capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée mentionnée par le Dr L. _____ (cf. rapports reçus à l'AI le 20.08.2015 et 14.03.2016) sous-estime les capacités de l'assuré si l'on considère l'atteinte ostéoarticulaire. En effet, le comportement douloureux de l'assuré avec des autolimitations, des incohérences ne doit pas être pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail. En raison du caractère partiellement inflammatoire des douleurs, de l'atteinte dégénérative du rachis et du genou gauche, la baisse de rendement de 20 % mentionnée par le Dr T. _____ afin de permettre des pauses supplémentaires est justifiée (cf. rapports du 29.01.2015 et du 15.08.2016).

[...]

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique de la colonne vertébrale dans le cadre d'une spondylarthropathie ankylosante peu active et de discopathie dorsolombaire et par la tolérance mécanique du genou gauche dans le cadre d'une vraisemblable arthrose. [...]

c) Quant à l'expert judiciaire, il s'est exprimé en ces termes sur la capacité de travail du recourant :

[...] Il y a une incapacité de travail de 20 % depuis 2011, qui s'est aggravée progressivement depuis > 5 ans, lors de l'expertise rhumatologique du Dr X._____ en 2016 il avait déjà une gonarthrose bilatérale avancée, mais banalisée par le Dr X._____, car il n'a pas demandé de bilan radiographique.

[...]

Monsieur B._____ souffre d'une **polyarthrose** avec atteinte surtout du rachis après 3 opérations complexes du dos ainsi que d'une gonarthrose bilatérale sévère à gauche et des mains (asymptomatique). Le pronostic me paraît sombre pour la capacité de travail résiduelle, pour moi il persiste au maximum une capacité de travail au maximum à 50 % dans une activité adaptée avec de nombreuses limitations.

Il y a divergences avec les conclusions du docteur X._____ car d'une part le docteur X._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, reprend le diagnostic des autres médecins, spondylarthropathie, sans expliquer ses arguments diagnostiques, ce [à quoi] je ne peux pas adhérer. En plus, il ne se base pas sur des IRM récentes, c'est-à-dire au moment où il a fait son expertise (en 2016) il prend l'IRM des sacro-iliaques de 2011, il parle d'un problème gonarthrose gauche débutante, ceci n'est qu'une supposition, il n'a pas demandé des radiographies spécifiques en position debout.

J'ai prouvé avec mon examen clinique et les radiographies récentes l'état des 2 genoux, par conséquent son appréciation diagnostique et sa capacité de travail en 2016 de 80 % est probablement surévaluée. La gonarthrose bilatérale avancée avec status après 2 opérations du genou G [réd. : gauche] et une opération de ligaments du genou D [réd. : droit] ne date pas de 2020 mais existait déjà en 2016 !

d) En l'occurrence, la situation décrite actuellement par le Dr Z._____ justifie de retenir l'existence d'une capacité résiduelle de travail de 50 %, étant donné les importantes restrictions fonctionnelles mises en évidence. Cela étant, se pose la question du moment à partir duquel cette capacité de travail limitée peut être prise en compte. Dans ce contexte, on ne peut ignorer combien il peut être difficile de reconstituer a posteriori l'évolution d'une capacité de travail, en particulier lorsqu'il n'est possible de se fonder que sur les pièces versées au dossier. Le Dr Z._____ considère, de son point de vue, que l'état de santé du recourant s'est lentement dégradé depuis 2011 et que sa capacité de travail ne dépasse

pas 50 % depuis plus de cinq ans (soit dès l'année 2015). On observe toutefois que le recourant a été en mesure de se conformer aux exigences posées dans le cadre de mesures d'observation professionnelle à répétées reprises depuis 2011 (soit de novembre 2010 à février 2011, de mai à septembre 2011 et à partir de septembre 2014). Il a été capable d'exercer une activité lucrative à 60 % en qualité de livreur dès juillet 2011 auprès de Q. _____ SA, alors même que cette activité ne respectait pas les limitations médicales énumérées par ses médecins traitants. En 2014, le recourant a également bénéficié d'un job coaching pour une activité de représentant au sein de Y. _____ SA durant plusieurs mois. S'il a certes été admis que cet emploi spécifique était trop contraignant pour le recourant en raison des distances à parcourir en voiture, il a néanmoins été attesté de ses capacités à exercer une telle activité dans un rayon géographique réduit (cf. rapport du Service de réadaptation de l'intimé du 26 mars 2015). Ce n'est qu'à partir de mars 2015 que le recourant a concrètement connu des restrictions de sa capacité de travail, dûment attestées par son rhumatologue traitant. Le Dr T. _____ a alors mis en évidence une baisse de rendement de 20 %, tout en pensant qu'une activité adaptée pouvait être exercée sur un temps complet (cf. rapports de ce spécialiste des 29 janvier 2015 et 15 août 2016). Cette appréciation, congruente avec les observations cliniques et les conclusions du Dr X. _____, a lieu d'être prise en compte dès la date précitée. On précisera que l'hospitalisation du recourant au motif d'une embolie pulmonaire et d'une dermohypodermite en mai 2016 n'a pas eu de conséquence durable en termes de capacité de travail. Dès mars 2017, il convient en revanche de se rallier à l'appréciation de l'expert judiciaire et de retenir une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée. A partir de cette date, le recourant a fait l'objet d'une prise en charge intensive au sein du Centre hospitalier A. _____, de sorte qu'on peut, au degré de la vraisemblance prépondérante, admettre, compte tenu de la chronicité des douleurs, une péjoration de la situation médicale de nature à expliquer les conclusions restrictives du Dr Z. _____.

e) En définitive, il convient de prendre en considération une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles du rachis et des genoux jusqu'en mars 2015, de 80 % jusqu'en mars 2017 et de 50 % à compter de mars 2017.

11. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). A défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision administrative litigieuse, la jurisprudence considère que le revenu hypothétique peut être évalué sur la base des statistiques salariales, telles qu'elles résultent de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique ([OFS] ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

c) Concernant le revenu d'invalide, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, il peut également être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques

ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Cas échéant, il 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, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au 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 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

d) Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TFA I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.1).

12. a) S'agissant en premier lieu du revenu sans invalidité, l'intimé s'est basé sur les données communiquées pour l'activité de concierge commissionnaire par H. _____ SA avec actualisation à l'année de référence (cf. rapport du Service de réadaptation du 28 janvier 2009 et calcul effectué le 3 novembre 2019). On peut toutefois douter que le revenu dégagé auprès de cette entreprise soit représentatif du gain qu'aurait été en mesure de réaliser le recourant en l'absence d'atteinte à la santé. On rappelle en effet que ce dernier a entrepris cette activité alors qu'il formulait déjà des plaintes en lien avec l'état de son dos et qu'il a été licencié de son poste pour des raisons étrangères à son état de santé. On ajoutera que le parcours professionnel hétéroclite du recourant ne permet pas de dégager une activité spécifique qu'il aurait durablement poursuivie. Dès lors, il apparaît adéquat de fonder le revenu sans invalidité déterminant sur les salaires statistiques.

b) Il en va de même du revenu d'invalidé, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative ou uniquement par périodes à des taux inférieurs à l'exigibilité médicalement attestée. Au surplus, on peut se rallier à l'appréciation de l'intimé qui n'a procédé à aucun

abattement sur le montant du revenu d'invalidé, dans la mesure où le recourant, de nationalité suisse, n'est pas entravé dans ses démarches de recherche d'emploi. Il ne rencontre aucun problème linguistique, ni problème d'adaptation à un nouveau cadre professionnel. Il a au contraire démontré par le passé être capable de décrocher, par ses propres moyens, des contrats de travail dans des activités extrêmement variées. Les restrictions liées à la personnalité du recourant (autonomie dans le travail) mises en évidence par la Dre S. _____ ne sont à elles seules pas susceptibles de justifier une réduction du salaire statistique. Enfin, les limitations fonctionnelles liées à l'état du rachis et des genoux sont prises en compte dans l'estimation de la capacité de travail, que ce soit par le biais d'une baisse de rendement (Dr T. _____ et X. _____) ou par une capacité de travail résiduelle partielle (Dr Z. _____).

c) Etant donné que les revenus sans et avec invalidité doivent être tous deux fondés sur les salaires ressortant de l'ESS, il est superflu de les chiffrer précisément. Le degré d'invalidité du recourant se confond par conséquent avec les taux de son incapacité de travail.

aa) Son degré d'invalidité s'est ainsi élevé à 20 % à partir du mois de mars 2015, compte tenu d'une baisse de rendement de 20 % dans le cadre d'une activité exercée à plein temps. On confirmera ici néanmoins le degré d'invalidité de 29 %, mis en évidence par l'intimé, puisqu'il s'avère favorable au recourant.

bb) A partir du 1^{er} mars 2017, le recourant présente une capacité de travail sensiblement réduite, chiffrée à 50 % par l'expert judiciaire, ce qui équivaut donc à un degré d'invalidité de 50 %. Un tel taux ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

cc) En l'espèce, la date à laquelle le recourant a présenté une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable, au sens entendu par l'art. 28 al. 1, let. b LAI, échoit le 30 octobre 2017 (122 jours d'incapacité de travail à 20 % pour la période antérieure au 1^{er} mars 2017 et 243 jours d'incapacité de travail à 50 %

dès le 1^{er} mars 2017). La demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, sera donc versée au recourant dès le 1^{er} octobre 2017 (cf. art. 29 al. 3 LAI).

13. a) Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et pour autant que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 LAI). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de travail, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 112).

b) S'agissant du droit à des mesures professionnelles, singulièrement à un nouveau reclassement professionnel, que le recourant réclame, on souligne qu'il a bénéficié de plusieurs mesures d'observation, ainsi que d'un stage en entreprise auprès de Y. _____ SA, au terme duquel l'activité de technico-commercial a été considérée comme adaptée à son état de santé. Vu les limitations fonctionnelles énoncées par les médecins, il n'y a pas lieu de douter de cette conclusion retenue tant par le U. _____ que par le Service de réadaptation de l'intimé (cf. rapports des 25 février et 26 mars 2015). Dans ce contexte, la mesure d'aide au placement, accordée le 31 mars 2015 par l'intimé et interrompue en raison de certificats d'arrêts de travail, peut être reprise à la requête motivée du recourant.

14. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision de l'intimé réformée, en ce sens que le

recourant a droit à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, à compter du 1^{er} octobre 2017.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Le recourant, assisté d'un mandataire professionnel et obtenant partiellement gain de cause, peut prétendre des dépens, arrêtés à 2'000 fr. et portés à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Claude Schweizer à compter du 25 janvier 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Schweizer a produit le 13 octobre 2020 le relevé détaillé des opérations effectuées pour le compte de son mandant. Il a fait état de 15 heures et 20 minutes déployées pour l'intégralité de son intervention. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient ainsi d'octroyer à Me Schweizer un montant total de 3'121 fr.15 (y inclus des débours de 5 % [138 fr.] et la TVA de 7,7 % [223 fr. 15]) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire.

Le montant de cette rémunération, non couvert par les dépens, soit 1'121 fr. 15, est provisoirement supporté par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme

de 1'121 fr. 15 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC, le Service juridique et législatif étant chargé de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 4 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B._____ a droit à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, à compter du 1^{er} octobre 2017.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Claude Schweizer, conseil de B._____, est arrêtée à 3'121 fr. 15 (trois mille cent vingt et un francs et quinze centimes), TVA et débours compris.

- VI.** Le montant de 1'121 fr. 15 (mille cent vingt et un francs et quinze centimes), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.

- VII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Claude Schweizer, à Neuchâtel (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :