

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 avril 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Me Séverin Tissot-Daguette,
avocat au sein de Procap, à Bienne,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 4 et 21 LAI

E n f a i t :

A. Y._____, né en 1960, a déposé une demande de mesures pour une réadaptation professionnelle auprès de l'Office d'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 2 novembre 2009. Au bénéfice d'un certificat de capacité de cafetier restaurateur hôtelier, il travaillait comme serveur au [...] à [...]. Il annonçait des problèmes et douleurs au dos ainsi qu'aux jambes depuis mars 2008, étant précisé qu'il était en arrêt de travail depuis le 28 août 2009.

Les 25 juin et 12 novembre 2009, le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, posait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de probable spondylarthrite ankylosante HLA B27 positive et de sciatique gauche irritative déficitaire sur un plan L5 gauche. Il relevait en particulier qu'au vu de l'existence d'un génotype HLA B27, d'une image de sacro-iliaque radiologique de stade II et enfin au vu d'une ébauche de syndesmophyte inférieur de L2, l'hypothèse d'une spondylarthrite ankylosante avait été évoquée, avec un fort taux de vraisemblance, d'autant plus compte tenu du contexte de rachialgies inflammatoires.

Le 23 septembre 2009, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne, posait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de maladie de Bechterew (spondylarthrite ankylosante), lombalgies chroniques avec pyalgies gauche, dessiccation débutante des deux derniers niveaux intervertébraux lombaires avec pincement L5-S1 et hernie discale médiane paramédiane, ainsi qu'épisodes dépressifs légers. Il précisait que l'assuré avait bénéficié d'un traitement physiothérapeutique adapté auprès du groupe Bechterew de l'Hôpital [...] en rhumatologie et que l'activité de serveur n'était plus adaptée à son état de santé. Il y avait lieu de procéder à une réadaptation professionnelle pouvant aboutir à une reprise à plein temps dans une activité adaptée.

Le 5 novembre 2009, les Drs F._____ et X._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, département de l'appareil locomoteur du [...], confirmaient les diagnostics de lombosciatalgies S1 gauche irritatives et déficitaires sur hernie discale et de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 positif, ce dernier diagnostic s'appuyant sur une anamnèse très évocatrice, un HLA-B27 positif et une sacro-iliite bilatérale à la radiographie standard.

Dans un rapport du 12 mars 2010, le Dr W._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), constatait que les diverses investigations biologiques et radiologiques avaient mis en évidence une spondylarthrite ankylosante HLA-B27 positif avec sacro-iliite de stade II et des discopathies étagées avec une hernie discale paramédiane gauche en L5-S1. Il ajoutait qu'il n'avait pas été retenu d'indication chirurgicale en raison de l'absence de déficit neurologique mais que l'assuré avait bénéficié d'une prise en charge active en physiothérapie, avec effet favorable sur les douleurs, dont la composante inflammatoire était traitée efficacement par Arcoxia. Il retenait les limitations fonctionnelles suivantes, soit pas de port de charges de plus de 3 kg, pas de porte-à-faux et alternance des positions. En raison des limitations fonctionnelles pour le rachis lombaire, l'activité de serveur n'était plus adaptée mais dans une activité légère et plus sédentaire, la capacité de travail était entière.

Le 6 avril 2010, l'OAI rendait un projet de décision refusant le droit à une rente d'invalidité à l'assuré. Il admettait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais retenait une pleine capacité dans une activité adaptée ; la comparaison des revenus avec et sans invalidité (le revenu d'invalidité étant calculé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), soit le salaire pour des activités simples et répétitives dans le secteur de la production et des services), ne montrait toutefois pas de préjudice économique. Le même jour, l'OAI a reconnu le droit à une aide au placement en faveur de l'assuré.

Le 21 mai 2010, l'OAI rendait une décision de refus de rente d'invalidité.

Le 13 octobre 2011, l'OAI accordait des mesures professionnelles à l'assuré, en particulier la prise en charge des frais d'orientation professionnelle dans la conciergerie chez [...]. Cette mesure aboutissait à l'engagement de l'assuré dès le 24 octobre 2011 en qualité d'aide concierge auprès de cette entreprise, laquelle résiliait le contrat de travail quelques mois plus tard en raison d'un désaccord avec l'employé. Le 11 mai 2012, l'OAI mettait fin à l'aide au placement, sans engagement.

B. a) Le 11 mars 2015, l'assuré, au bénéfice du revenu d'insertion, a déposé une nouvelle demande de prestations AI en invoquant la maladie de Betcherew et une hernie lombaire et cervicale.

Le 4 mars 2015, le Dr C._____ a fait état des diagnostics de probable spondylarthrite ankylosante décompensée et de syndrome douloureux chronique concomitant. Pour retenir la décompensation de la spondylarthrite, il s'est fondé sur les dires du patient et les constatations de l'examen clinique et du bilan paraclinique, étant précisé que l'assuré ne prenait plus aucune médication d'anti-inflammatoires alors même que ces traitements avaient été fort bénéfiques jusqu'en 2010. Il a préconisé la prise du Celebrex, traitement reconnu en cas de spondylarthrite ankylosante.

Le 20 mars 2015, le Dr J._____ a posé les diagnostics de décompensation d'une spondylarthrite ankylosante HLA B27 positif, de syndrome douloureux chronique concomitant et surajouté et de lombalgies chroniques avec sciatalgies intermittentes dans le contexte d'une discopathie lombaire basse et de troubles statiques. Il a expliqué que l'assuré avait dû cesser son activité de concierge en raison d'une recrudescence des douleurs et qu'il avait développé une intolérance au traitement qu'il avait dû arrêter. Il a attesté d'une incapacité de travail en l'état dans l'activité de concierge.

Le 25 juin 2015, le Dr J._____ a observé une légère amélioration de l'état de l'assuré sous traitement, mais la capacité de travail dans l'activité de concierge était nulle depuis février 2015 en raison du caractère inadapté de cette activité.

Répondant aux questions de l'OAI le 30 juin 2015, le Dr C._____ a précisé qu'il n'assurait pas le suivi de l'assuré, qu'il ne connaissait pas les raisons qui avaient conduit l'intéressé à arrêter le traitement d'AINS et que les limitations fonctionnelles étaient celles mentionnées dans son rapport du 4 mars 2015. Il a cependant suggéré la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique afin de déterminer la capacité de travail exigible.

Le 17 juillet 2015, après examen des avis médicaux au dossier, la Dre B._____ médecin auprès du SMR, a recommandé une expertise ou un examen SMR rhumatologique afin d'éclaircir les diagnostics incapacitants et leur effet sur la capacité de travail, de déterminer si l'activité habituelle est compatible avec les limitations fonctionnelles et si, grâce au suivi de la thérapie, une rémission de la pathologie et, par conséquent, une récupération d'une capacité de travail résiduelle est envisageable.

L'examen rhumatologique a été effectué le 10 août 2015 par le Dr S._____, médecin spécialiste en rhumatologie auprès du SMR. Après l'examen du dossier médical complet, de l'anamnèse professionnelle et personnelle, des plaintes de l'assuré et des constatations cliniques, le Dr S._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches non irritatives, avec un déficit de réflexe, dans un contexte de protrusions discales étagées, de troubles dégénératifs postérieurs et de spondylolisthésis L5-S1 de grade 1 (M54.1), de probable spondylarthrite ankylosante, contrôlée sous traitement, et de cervicobrachialgies gauches, non déficitaires, dans un contexte de hernie discale C6-7 et d'uncarthrose étagée. Il a précisé que les troubles dégénératifs cervicaux justifiaient des limitations fonctionnelles et constituaient un élément nouveau par rapport

à la première demande AI. En outre, les radiographies réalisées le 14 août 2015 étaient compatibles avec une spondylarthropathie débutante avec des ébauches de syndesmophytes à droite de D6 à D8 et en L1 droit, une sacro-iliite de stade 2 du côté droit ; il y avait peu d'évolution radiologique par rapport au descriptif du Dr C. _____ de 2009. Il existait par ailleurs un pincement discal modéré en L5-S1 pour une discopathie et un spondylolisthésis de grade 1 à ce niveau. Selon le radiologue, les radiographies évoquaient un status post sacro-iliite droite aspécifique. Le Dr S. _____ a constaté les limitations fonctionnelles suivantes, au niveau du rachis dorso-lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 10 kg, pas de position statique assise au-delà de 45 minutes et debout au-delà de 20 minutes et pas d'exposition prolongée en ambiance froide ou humide ; puis au niveau du rachis cervical, pas de travail prolongé les bras au-dessus de la tête, pas de position prolongée de la tête en extension et pas de rotation rapide. Une activité adaptée est exigible si elle respecte les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis dorso-lombaire depuis 2009 et celles d'épargne du rachis cervical depuis août 2013. En raison d'une décompensation de la spondylarthrite ankylosante en mars 2015, une incapacité de travail totale pouvait être retenue le temps d'avoir une réponse au traitement anti-inflammatoire, une pleine capacité de travail devant être reconnue dans une activité adaptée dès début avril 2015.

Il est précisé que la spécialiste en radiologie, la Dre R. _____, a conclu lors du RX de la colonne dorsale et lombaire et du sacro-iliaque du 14 août 2015 qu'il n'y avait pas de signe de spondylarthrite ankylosante.

Le 27 août 2015, la Dre B. _____ a adhéré aux conclusions, complètes et convaincantes, du Dr S. _____ et, suivant ce dernier, elle a suggéré de soumettre au service de la réadaptation le point de savoir dans quelle mesure l'activité de concierge était adaptée aux limitations fonctionnelles. Lors de l'entretien avec le collaborateur de la réadaptation, ce dernier a informé l'assuré que l'activité de concierge n'était plus

adaptée mais qu'il existait d'autres activités légères adaptées ; l'assuré a répondu que son état de santé s'était encore péjoré et qu'il ne pouvait pas travailler. L'OAI a donc poursuivi l'instruction.

b) Le 9 novembre 2015, le Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie au centre de la douleur, a posé le diagnostic de cervico-brachialgies gauches non déficitaires et a constaté que l'assuré présentait depuis une semaine une aggravation de sa symptomatologie cervico-brachiale, puis lui a administré une périurale de cortisone qui a eu pour effet une légère amélioration de la symptomatologie douloureuse.

Une IRM effectuée le 25 novembre 2015 a révélé une volumineuse hernie discale intracanaulaire paramédiane gauche L4-L5 luxée vers le bas avec conflit radiculaire L5 gauche, ainsi qu'une petite hernie discale L5-S1 paramédiane gauche.

Le 15 janvier 2016, le Dr D._____, médecin assistant au service de neurochirurgie du [...], a confirmé la recrudescence de douleurs au niveau du pied gauche de l'assuré en novembre 2015, puis de nouvelles plaintes au niveau du bras. Le Dr T._____, chef de clinique adjoint de ce même service, a constaté le 1^{er} juin 2016 que l'assuré avait été mis sous traitement conservateur, dans le contexte d'une hernie discale cervicale et d'une hernie discale lombaire, qui avait abouti à une amélioration de la symptomatologie. Il a confirmé l'atteinte de la racine L5 gauche et de la racine C7 du côté gauche également, et a prévu une consultation en Antalgie ainsi qu'une infiltration lombaire. En l'état, il n'objectivait pas d'aggravation neurologique sur le plan clinique et l'évolution de la symptomatologie était marquée par une amélioration clinique.

Le 2 juin 2016, le Dr Q._____, chef de clinique du centre d'antalgie du [...], a répondu à un questionnaire de l'OAI en indiquant comme diagnostics des lombosciatalgies gauches chroniques sur hernie discale L4-L5 et L5-S1 avec effet sur la capacité de travail, puis des cervico-brachialgies chroniques avec hernie discale C6-C7 intraforaminale

gauche et protrusion C4-C5 et C6-C7 en 2013 et spondylarthrite ankylosante HLA-B27 positif.

L'IRM effectuée le 28 juin 2016 par le Dr G._____, spécialiste en radiologie, a démontré une régression complète de la hernie L4-L5 gauche luxée vers le bas depuis le 24 novembre 2015 et une protrusion L5-S1 prédominant à gauche responsable d'un conflit sur l'émergence de la racine S1 gauche sans modification depuis novembre 2015. L'IRM réalisée le 26 juillet 2016 par le Dr K._____, spécialiste en radiologie, a en outre révélé de discrètes altérations dégénératives marginales sur discopathie sans composante inflammatoire notable, une discrète surcharge facettaire surtout en L4-L5 et L5-S1 ; en revanche, les dimensions canalaires étaient dans la norme et il n'y avait pas d'anomalie des sacro-iliaques et des hanches.

Le 22 août 2016, l'assuré a subi une cure d'hernie discale L5-S1 gauche. Il a ensuite suivi des séances de physiothérapie.

Le 6 avril 2017, la Dre B._____ du SMR a admis une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis novembre 2015 et a requis des renseignements actualisés sur l'évolution de la situation. Le Dr J._____ a indiqué qu'il n'avait pas revu le patient depuis le 6 juillet 2016. Le Dr M._____, médecin associé à l'unité de chirurgie spinale du [...], a revu l'assuré pour un contrôle post opératoire le 26 octobre 2016 et a rapporté que le patient décrivait une nette amélioration des sciatalgies, qu'il n'avait plus de douleurs aux jambes, mais qu'il décrivait un reste de paresthésie dans les orteils du pied gauche et des douleurs dans les fesses. L'assuré était en outre suivi pour des cervicalgies de longue date.

La Dre B._____ a considéré le 11 août 2017 que la hernie discale L4-L5 avait régressé grâce au traitement conservateur, que la cure de la hernie L5-S1 avait abouti à la disparition de la compression de la racine nerveuse et que les cervicalgies, pour lesquelles un traitement d'infiltration facettaire avait été réalisé, étaient connues de longue date et déjà prises en compte dans l'examen clinique du 10 août 2015. Elle a

conclu à une aggravation temporaire de l'état de santé de l'assuré dès novembre 2015 ayant entraîné une incapacité de travail totale dans toute activité qui avait perduré jusqu'au 26 octobre 2016. Dès cette date, elle a retenu une amélioration de l'état de santé responsable de la récupération d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport d'examen clinique du 10 août 2015 restant valables.

c) Le 26 octobre 2017, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité compte tenu des conclusions de la Dre B._____. L'assuré s'y est opposé, le Dr J._____ indiquant que les dernières infiltrations n'avaient pas eu d'effet et qu'à partir de janvier 2017, l'assuré bénéficiait de dénervations au [...]. Dans un courrier du 24 janvier 2018, le Dr J._____ a toutefois précisé qu'il n'avait pas revu le patient depuis le 6 juillet 2016, qu'il était venu à sa consultation le 13 novembre 2017 pour lui décrire sa situation et exercer son droit de recours contre le projet de décision AI.

Le Dr N._____, chef de clinique du centre de la douleur du [...], a répondu au questionnaire de l'OAI le 16 avril 2018 en ce sens que l'assuré souffrait de lombosciatalgies gauches sur hernie discale L4-L5 et L5-S1 depuis 2015, pour lesquelles il bénéficiait d'infiltrations avec de la cortisone et de dénervation par radiofréquence. Il a précisé qu'il ne pouvait pas évaluer la capacité de travail de l'assuré, lequel répondait favorablement au traitement. Dans un précédent rapport du 24 janvier 2018, ce médecin précisait qu'initialement le patient avait subi plusieurs blocs de branches médiales des rameaux postérieurs facettaires et une péridurale en 2016 qui avaient permis un effet antalgique, cependant que transitoire, si bien qu'une cure de hernie discale avait eu lieu en août 2016. L'intervention avait eu initialement bon effet sur les sciatalgies, mais il persistait un engourdissement, des fourmillements et une hyposensibilité des trois premiers orteils. Par la suite, les douleurs irradiantes étaient réapparues et le patient avait à nouveau bénéficié de nouveaux blocs des branches médiales des rameaux postérieurs facettaires qui, au vu de la bonne réponse, avaient été complétées d'une

dénervation par radiofréquence des deux côtés. En l'état, l'assuré n'avait plus de douleurs ; il lui restait des paresthésies des trois premiers orteils et une légère parésie du releveur du gros orteil, mais qui continuaient de diminuer depuis l'été.

Dans ce contexte de douleurs lombaires résiduelles persistantes, postcure de hernie discale L5-S1 gauche, des cervico-brachialgies chroniques, troubles statiques et déconditionnement musculaire, une « probable » spondylarthrite ankylosante et compte tenu de la fragilité psychologique de l'assuré et de la complexité du cas, la Dre H._____, médecin auprès du SMR, a suggéré le 25 juin 2018 une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, rhumatologique et psychiatrique afin de pouvoir se positionner sur l'exigibilité éventuelle dans une activité adaptée.

d) L'expertise a été réalisée par les médecins spécialistes A._____, en médecine interne, E._____, en psychiatrie, et???._____, en rhumatologie, qui ont déposé leur rapport le 21 mars 2019. Il en résulte que, sur le plan psychiatrique, l'assuré ne connaissait pas de problématique d'ordre psychiatrique incapacitante, même en lien avec la symptomatologie douloureuse. Sur le plan de la médecine interne, il présentait un anévrisme du septum interauriculaire sans shunt ainsi qu'un léger surpoids, ces atteintes étant stables et non incapacitantes. Au niveau rhumatologique, l'assuré souffrait d'une décompensation inflammatoire de la spondylarthrite ankylosante avec une douleur fessalgique à gauche. Les experts ont ainsi retenus comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail une spondylarthrite ankylosante en poussée, non stabilisée, actuellement en décompensation. Les séquelles de lombosciatalgies S1 gauche post chirurgie de hernie discale L5-S1 ont été considérées comme sans incidence sur la capacité de travail. Compte tenu de la décompensation de la spondylarthrite, l'assuré était dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle, mais en cas de stabilisation, il pourrait reprendre un travail adapté en alternant les positions debout et assise et en portant des charges jusqu'à 5 kg ; une activité en position agenouillée ou accroupie devrait être évitée, de même

qu'une activité demandant une sécurité accrue, comme monter sur des échafaudages et des échelles, les activités avec des variations extrêmes de température et les activités avec posture forcée, comme se pencher en avant. Il est précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée a été de 100% jusqu'en novembre 2015, puis nulle jusqu'au 26 octobre 2016. Sans rapport ni suivi rhumatologique depuis 2015, il n'était pas possible de préciser une date d'aggravation avec la décompensation de la spondylarthrite, mais au jour de l'expertise la capacité de travail était nulle. Il fallait ensuite compter environ six mois pour arriver à une stabilisation éventuelle selon l'effet du traitement et permettre la reprise d'une activité adaptée à 100%.

Dans une lettre du 29 janvier 2019, le Dr C. _____ a constaté que l'IRM lombaire et sacrum faite le 26 juillet 2016 ne démontrait pas de sacro-iliite mais une protrusion discale médiane paramédiane gauche L5-S1, qui avait conduit à sa cure chirurgicale. Il a observé que le tableau clinique était relativement rassurant avec un léger syndrome lombovertébral et pas véritablement de syndrome radiculaire puisque la manœuvre de Lasègue pouvait être conduite jusqu'à 70°. Il n'y avait pas de déficit moteur ou sensitif, ni d'enthésite, ni de synovite. Il a relevé que les autres critères pour une spondylarthrite n'étaient pas remplis, de sorte qu'il demandait à sa consœur de déterminer si le patient souffrait véritablement d'une spondylarthrite ankylosante ou s'il souffrait d'un syndrome douloureux chronique dans le contexte d'un failed back surgery syndrome, comme le laisserait sous-entendre le rapport des anesthésistes.

Le 20 mai 2019, la Dre L. _____, médecin associée au service de rhumatologie du [...], a notamment relevé que, selon le dossier du [...], le diagnostic de spondylarthrite ankylosante avait été posé en 2009 en se basant sur la présence de HLA-B27 positif, une anamnèse de douleurs lombaires de type inflammatoire et sur une radiographie du bassin parlant pour une sacro-iliite, radiographie qu'elle n'avait toutefois pas à disposition. Dans l'intervalle, l'IRM de la colonne lombaire de juillet 2016 avait montré un problème mécanique, notamment une protrusion discale paramédiane gauche en L5-S1, qui avait motivé une intervention

chirurgicale. Les quelques coupes des sacro-iliaques ne montraient pas d'atteinte inflammatoire. La radiographie du bassin du jour était normale. Pour exclure avec certitude une spondylarthrite, la Dre L._____ a proposé à l'assuré de faire une IRM dédiée pour les sacroiliaques, qui a été effectuée le 15 mai, laquelle montrait l'absence de modifications inflammatoires. En conclusion, en dehors de HLA-B27 positif, il n'y avait en l'état pas d'arguments anamnestiques à l'examen clinique, au laboratoire, ni à l'imagerie pour une spondylarthrite, donc pas d'indication à un traitement immunosuppresseur.

Le 7 août 2019, la Dre H._____ du SMR a constaté que l'expert rhumatologue avait retenu l'atteinte inflammatoire (spondylarthrite ankylosante) sur la base des allégations de l'assuré, mais n'avait pas jugé nécessaire de compléter l'examen clinique par une nouvelle imagerie lombaire ni par des tests de laboratoire pour confirmer la présence d'un syndrome inflammatoire d'actualité. Quant à la capacité de travail, son évolution entre 2015 et la date de l'expertise n'était pas précisée. Dans le contexte où le diagnostic de spondylarthrite ankylosante n'était pas un diagnostic de certitude, et en l'absence d'un suivi spécifique rhumatologique régulier depuis 2015, un traitement adéquat et/ou un éventuel séjour hospitalier pour précision de diagnostic, puis en l'absence d'éléments cliniques pertinents et suffisants nouveaux, tant sur le plan clinique, radiologique et biologique pour justifier cette pathologie et ses phases de décompensations prolongées, vu en outre les appréciations récentes des confrères rhumatologues d'un service universitaire, le SMR s'est éloigné des conclusions de l'expert???._____, incomplètes, non argumentées et peu pertinentes pour justifier une incapacité de travail entière sur le plan purement rhumatologique. En définitive, elle a retenu une capacité de travail dans une activité adaptée de 100% depuis avril 2015, excepté une période d'aggravation temporaire de novembre 2015 au 26 octobre 2016. La Dre Sieg a renvoyé à l'avis du 11 août 2017 pour les limitations fonctionnelles.

e) Fondé sur ce qui précède, l'OAI a rendu le 6 septembre 2019 une décision de refus de rente.

C. **a)** Par acte du 7 octobre 2019, Y._____, assisté de Me Séverin Tissot-Daguette avocat auprès de Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Canton de Vaud et a conclu à sa réforme en ce sens qu'il a droit à des prestations de l'assurance invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

b) Le 12 décembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c) Le 10 mars 2020, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de documents médicaux à produire et a contesté les déterminations de l'intimé.

D. Le 29 octobre 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire dans le sens de l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

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

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité 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]). Si 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 rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, 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, si nécessaire, 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. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, 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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier

la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les

références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il y a lieu 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 (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009

du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant ne présente pas d'atteinte invalidante sur le plan psychiatrique, ni sur le plan de la médecine interne. La nature des atteintes rhumatologiques et leurs incidences sur la capacité de travail sont en revanche litigieuses. On rappelle que l'expert rhumatologue a posé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante en poussée, non stabilisée, alors en décompensation, avec pour effet une incapacité de travail totale jusqu'à stabilisation, soit pendant une période d'environ six mois, la capacité de travail étant

entière dans une activité adaptée une fois la stabilisation acquise. Il a retenu comme autre atteinte des séquelles de lombosciatiques S1 gauche post chirurgie de hernie discale L5-S1 sans incidence sur la capacité de travail.

L'OAI s'est écarté des conclusions de l'expert rhumatologue en se fondant sur les considérations du médecin du SMR. Ce dernier a constaté que l'expert avait retenu la spondylarthrite ankylosante sur la base des allégations du recourant alors que l'examen neurologique était normal. Il a reproché à l'expert de ne pas avoir jugé nécessaire de compléter l'examen clinique par une nouvelle imagerie lombaire, dont la dernière image remontait au 24 novembre 2015, ni par des tests de laboratoire pour confirmer la présence d'un syndrome inflammatoire d'actualité. Il a estimé que l'examen était lacunaire sur ce plan. Le SMR a en outre observé que l'expert indiquait une capacité de travail nulle dans toute activité sans aucune précision sur l'évolution de celle-ci entre 2015 et la date de l'expertise. Il a souligné que le recourant n'était plus suivi sur le plan rhumatologique depuis 2015 et ne suivait aucun traitement antalgique. Il a rappelé que lors de l'examen clinique d'août 2015, les critères nécessaires pour retenir le diagnostic de spondylarthrite ankylosante n'étaient pas réunis et que les avis médicaux récents démontraient l'absence de critères suffisants. En définitive, le SMR s'est écarté des conclusions de cet expert en raison de l'incertitude relative au diagnostic de spondylarthrite ankylosante, compte tenu en outre de l'absence de suivi spécifique régulier depuis 2015, d'un traitement adéquat et/ou d'un éventuel séjour hospitalier en vue de préciser le diagnostic et de l'absence d'éléments cliniques pertinents et suffisants nouveaux sur le plan clinique, radiologique et biologique pour justifier cette pathologie et ses phases de décompensation prolongées, et au vu des appréciations récentes des confrères rhumatologues d'un service universitaire.

Pour sa part, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir suivi les conclusions de l'expert rhumatologue, écartées sur la seule base de l'avis du SMR d'août 2019 sans interpellation de l'expert, ni des

médecins traitants, quant aux éléments mis en avant par le SMR pour écarter les conclusions de l'expertise.

b) Il s'agit d'examiner la valeur probante de l'expertise rhumatologique et, à ce défaut, des pièces médicales au dossier et de l'avis du médecin du SMR.

Après avoir pris connaissance du dossier médical du recourant, le Dr???._____, spécialiste FMH en rhumatologie, a repris les plaintes exprimées par l'intéressé et procédé à un examen clinique qui présentait un status normal pour ce qui concerne le rachis cervical et dorsal, ainsi que les membres supérieurs. Pour ce qui est des membres inférieurs, il a relevé une sensibilité au niveau du pli inguinal de la hanche gauche, précisant que la palpation du trochanter n'était pas douloureuse, puis une limitation en abduction et en rotation interne des deux côtés; il en a déduit l'existence d'une fessalgie avec irritation de la sacro-iliaque à gauche.

S'agissant du rachis lombaire et bassin, le Dr???._____ a constaté que l'apparence était normale, hormis un léger relâchement abdominaux avec une certaine perte de la lordose physiologique ; puis, il y avait une limitation de la flexion, avec une distance mains-sol de 40 cm, le Schober étant à 10/12, et une limitation des rotations et latéroflexions ; il a relevé que la palpation était légèrement sensible au niveau des épineuses et des interépineuses L4-L5 et L5-S1, mais qu'il n'y avait pas de signe inflammatoire. Il a ajouté que l'examen neurologique ne montrait pas de signe de Lasègue, que le flapping était négatif et qu'il n'y avait pas de Babinski, ni de syndrome pyramidal ou extrapyramidal. Il a retenu le diagnostic de status post chirurgie L5-S1 en 2016.

Le Dr???._____ a indiqué que l'ensemble de l'examen rhumatologique montrait une poussée inflammatoire de spondylarthrite, décompensée, avec une fessalgie liée à une poussée de sacro-iliite, notamment à gauche, ajoutant que cette condition était non stabilisée en raison d'un traitement insuffisant. Par ailleurs, l'examen neurologique était normal.

Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante a été posé à l'issue de ces constatations, en ces termes :

« L'examen rhumatologique de ce jour retrouve une décompensation inflammatoire de la spondylarthrite ankylosante avec une douleur fessalgique à gauche. Le diagnostic de spondylarthrite est retenu selon les critères ASAS habituels et les critères d'Amor (avec une rachialgie inflammatoire, des raideurs matinales, un HLA B-27 positif et une sacro-iliite radiologique)... L'expertise actuelle rejoint les évaluations des différents rhumatologues qui ont vu la personne assurée. Actuellement, la spondylarthrite ankylosante est décompensée, selon les éléments anamnestiques de rachialgie, de raideur matinale et la présence d'une sacro-iliite, malgré l'absence d'arthrite ou d'enthésopathie. Le traitement anti-inflammatoire par Celebrex, Arcoxia ou autre n'est plus justifié en raison d'une intolérance. Dans tous les cas, les symptômes ne se sont pas amendés. L'examen clinique va dans le sens d'une décompensation d'une spondylarthrite, justifiant un traitement plus approprié, notamment par des anti-TNF. La personne assurée reprendra contact avec son rhumatologue ou le service de rhumatologie du [...].

Dans son expertise d'août 2015, le Dr S. _____ a noté une décompensation transitoire de la spondylarthrite en mars 2015, mais n'a pas retrouvé une inflammation ou une poussée inflammatoire au moment de son examen. Il a émis l'opinion d'une capacité de travail de 0% en tant que serveur et de 100% dans une activité adaptée. Pour ce qui était de l'activité de conciergerie, tout dépendait selon lui des limitations fonctionnelles, ce qui correspondait à une capacité de travail de 0% selon la personne assurée. Ceci est en accord avec la présente expertise. Actuellement, la personne assurée est dans l'incapacité de reprendre un travail de serveur ou de concierge.»

L'examen de la nature des atteintes est donc très sommaire et principalement basée sur les déclarations du recourant et sur le diagnostic qui avait été émis par les rhumatologues traitants. L'expert est en effet parti de la prémisse que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante avait été confirmé en 2009 et a posé ce diagnostic en constatant que certains symptômes persistaient, tout en observant que d'autres symptômes de cette atteinte n'étaient pas présents. On relève que l'expert en médecine interne, le Dr A. _____, a constaté que l'examen clinique ne retrouvait pas de complication organique de la spondylarthrite ankylosante de type cardiopulmonaire ou ophtalmologique, ni de signe en rapport avec une prostatite chronique et que, sur le plan dermatologique, il y avait des lésions au niveau des genoux, de type psoriasique, qui étaient de nature

squameuse et non prurigineuse. Le Dr???._____ ne s'est toutefois pas prononcé sur les éléments qui ne confirmaient pas ce diagnostic, en particulier il n'a pas évoqué l'IRM du 14 août 2015 qui révélait l'absence de signe de spondylarthrite ankylosante, ni sur l'absence de ce diagnostic dans les rapports médicaux établis par les spécialiste en anesthésiologie du centre de la douleur. En effet, en 2015 et 2016 déjà, le Dr V._____ du centre pluridisciplinaire de la douleur de la [...] posait le diagnostic de cervico-brachialgies gauches non déficitaires et ne faisait aucune mention d'une éventuelle spondylarthrite ankylosante. En 2018, le Dr N._____, chef de clinique du centre de la douleur du CHUV, indiquait que l'assuré souffrait de lombosciatalgies gauches sur hernie discale L4-L5 et L5-S1 pour lesquelles il avait bénéficié d'infiltrations ; il n'a toutefois jamais évoqué de spondylarthrite ankylosante concomitante. Seul le Dr Q._____, chef de clinique auprès du centre d'antalgie du [...], a fait mention de la spondylarthrite comme atteinte sans incidence sur la capacité de travail dans la réponse à un questionnaire de l'OAI du 2 juin 2016. Ce diagnostic n'était toutefois pas motivé.

Le Dr???._____ n'a pas eu connaissance des doutes émis par le Dr C._____ dans sa lettre du 29 janvier 2019. Ces doutes se fondaient sur des éléments objectifs, dont certains étaient connus de l'expert mais non discutés par ce dernier. Le Dr C._____ a constaté que l'IRM lombaire et sacrum faite le 26 juillet 2016 ne démontrait pas de sacro-iliite mais une protrusion discale médiane paramédiane gauche L5-S1, qui avait conduit à sa cure chirurgicale. On observe à cet égard que, bien que figurant dans le dossier AI, le Dr???._____ n'a apparemment pas vu l'imagerie en cause, dès lors qu'elle n'est pas listée dans le résumé du dossier médical de l'assuré dans le rapport d'expertise. Le Dr C._____ a observé que le tableau clinique était relativement rassurant avec un léger syndrome lombo-vertébral et pas véritablement de syndrome radiculaire puisque la manœuvre de Lasègue pouvait être conduite jusqu'à 70°. Il n'y avait pas de déficit moteur ou sensitif, ni d'enthésite, ni de synovite. Il a relevé que les autres critères pour une spondylarthrite n'étaient pas remplis et s'interrogeait sur le point de savoir si le recourant souffrait véritablement d'une spondylarthrite ankylosante ou s'il souffrait d'un

syndrome douloureux chronique dans le contexte d'un failed back surgery syndrome, comme le laisserait sous-entendre le rapport des anesthésistes.

L'expert???._____ n'a pas non plus eu connaissance du résultat des investigations conduites et rapportées le 20 mai 2019 par la Dre L._____, médecin associée au service de rhumatologie du [...]. Cette médecin a notamment relevé que, selon le dossier du [...], le diagnostic de spondylarthrite ankylosante avait été posé en 2009 en se basant sur la présence de HLA-B27 positif, une anamnèse de douleurs lombaires de type inflammatoire et sur une radiographie du bassin parlant pour une sacro-iliite. On relève que ce sont les mêmes critères qui ont forgé l'avis de l'expert pour retenir l'atteinte inflammatoire. La Dre L._____ a cependant relevé que l'IRM de la colonne lombaire de juillet 2016 avait montré un problème mécanique, notamment une protrusion discale paramédiane gauche en L5-S1, qui avait motivé une intervention chirurgicale. Elle a constaté que les quelques coupes des sacro-iliaques ne montraient pas d'atteinte inflammatoire et que la radiographie du bassin du jour était normale. Pour exclure avec certitude une spondylarthrite, la Dre L._____ a demandé à l'assuré de faire une IRM dédiée pour les sacro-iliaques, qui a été effectuée le 15 mai 2019, laquelle montrait l'absence de modifications inflammatoires. Elle en a conclu qu'en dehors de HLA-B27 positif, il n'y avait en l'état pas d'arguments anamnestiques à l'examen clinique, au laboratoire, ni à l'imagerie pour une spondylarthrite, donc pas d'indication à un traitement immunosuppresseur.

L'examen du Dr???._____ ne semble ainsi pas être fondé sur une connaissance complète de la situation, ou, en tous les cas, ne justifie pas suffisamment ses conclusions mises en doute par les avis médicaux de ses confrères rhumatologues peu après l'expertise.

c) C'est dans ces circonstances que la Dre H._____ du SMR a regretté que l'expert n'ait pas procédé à davantage d'investigations pour confirmer la présence d'un syndrome inflammatoire d'actualité et a qualifié ses constatations d'incomplètes.

Le rapport de la Dre H. _____ du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_542/2011 ; cf. arrêt I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

En l'espèce, le rapport de synthèse établi par le SMR repose notamment sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins a personnellement procédé en 2015, ainsi que sur une appréciation fondée sur une analyse des documents médicaux versés au dossier, dont l'expertise pluridisciplinaire et les avis médicaux récents des médecins de l'assuré. Le résultat de cette appréciation est ainsi corroboré par des pièces médicales. Quand bien même la Dre H. _____ est spécialiste en médecine interne et non pas en rhumatologie, elle se fonde sur des avis de rhumatologues spécialistes, par ailleurs consultés par le recourant lui-même. On peut ainsi suivre les conclusions de la Dre H. _____ lorsqu'elle constate que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est incertain, de l'avis même des rhumatologues consultés par l'assuré qui, objectivement et après investigations complémentaires, ne trouvent pas d'argument pour retenir ce diagnostic.

d) Le recourant estime que l'intimé aurait dû interpeller l'expert ou procéder à une nouvelle expertise. La première suggestion aurait été intéressante mais n'est pas indispensable pour se prononcer sur la capacité de travail. En effet, ces divergences de diagnostics sont en réalité sans incidence, dans la mesure où ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant, mais l'impact de l'atteinte sur la capacité de travail. Quel que soit le diagnostic exact, il s'avère qu'aucun médecin n'a retenu d'incapacité totale de travail de longue durée en relation avec cette atteinte.

Le Dr???._____ a noté qu'après une stabilisation de la spondylarthrite qui intervenait généralement dans les trois à six mois, la capacité de travail dans une activité adaptée serait entièrement retrouvée ; or le recourant a consulté le Dr C._____ peu après son entretien avec le Dr???._____, suivant le conseil de ce dernier, et le rhumatologue traitant a constaté après une brève anamnèse, un examen clinique et un examen de l'IRM lombaire et sacrum réalisée le 26 juillet 2016 que le tableau clinique était relativement rassurant avec un léger syndrome lombo-vertébral et pas véritablement de syndrome radiculaire puisque la manœuvre de Lasègue pouvait être conduite jusqu'à 70°. Il n'avait pas prévu de suivi, mais avait recommandé à son patient de reprendre régulièrement des AINS et le suivi thérapeutique qu'il avait eu pendant plusieurs années dans le cadre du service RMR du [...] ainsi qu'auprès des médecins antalgistes anesthésistes du [...]. La Dre L._____ a également confirmé l'absence d'élément inflammatoire qui avait conduit le Dr???._____ à retenir une incapacité de travail temporaire en raison d'une décompensation de la spondylarthrite. A la lecture des rapports médicaux des Dr C._____ et L._____, on ne décèle pas d'aggravation durable de l'état de santé du recourant, dont on peut exiger qu'il suive les traitements prescrits qui ont eu un effet favorable par le passé. On rappelle que l'assuré a été suivi au centre d'antalgie d'avril 2016 au 11 janvier 2018 et par son rhumatologue et le service de rhumatologie du [...] jusqu'en 2015 et qu'il n'a pas consulté depuis lors. En 2015, il avait déjà connu une péjoration temporaire de son

état en raison de l'absence de traitement, état qui avait toutefois évolué favorablement dès la reprise du traitement.

S'agissant toujours de la capacité de travail, l'expert et les médecins s'accordent à dire qu'elle est inexistante dans l'activité habituelle, que ce soit celle de serveur ou celle de concierge, mais qu'elle est entière dans une activité adaptée. Ils ont observé des limitations fonctionnelles dans le cadre d'un même contexte tout en considérant que le recourant présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant ces dernières. Ainsi, les conclusions de la Dre H._____, trouvant appui dans les avis médicaux au dossier, peuvent être suivies lorsqu'elle retient une incapacité de travail totale de mars à début avril 2015, le temps d'avoir une réponse au traitement anti-inflammatoire après ce qui avait été diagnostiqué par le Dr S._____ comme une décompensation de la spondylarthrite ankylosante survenue en mars 2015, et où elle admet une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès début avril 2015, excepté une période d'aggravation temporaire de novembre 2015, à la suite de l'aggravation de la hernie discale ayant conduit à l'intervention chirurgicale, au 26 octobre 2016 (date du contrôle post-opératoire par le Dr Laudato). D'ailleurs, le recourant n'a pas produit de nouveaux avis médicaux permettant de mettre en doute ce qui précède.

e) Enfin, quand bien même les limitations fonctionnelles sont légèrement plus étendues que lors de la précédente décision de mai 2010, le revenu de référence d'invalidé avait été calculé sur la base de données statistiques (ESS), prenant en compte le salaire pour des activités simples et répétitives dans le secteur de la production et des services, revenu qui devrait également servir de référence dans la situation actuelle, de sorte que le degré d'invalidité ne subit pas de changement et ne conduit pas à l'allocation d'une rente.

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (cf. art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.

IV. 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 des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Tissot-Daguette, pour le recourant,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances-sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :