

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 avril 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

N._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat
à Lausanne,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après: l'assuré), né le 3 mars 1963, sans formation professionnelle, ressortissant portugais arrivé en Suisse en 1986, au bénéfice d'un permis C, marié, père de trois enfants, a travaillé en tant qu'ouvrier spécialiste aux CFF dès le 1^{er} janvier 1991. Il s'occupait de l'entretien technique des véhicules ferroviaires roulant et de leur nettoyage.

Par déclaration d'accident LAA du 9 mars 1999, l'employeur a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), assureur accidents selon la LAA, un accident survenu le 28 février précédent. L'assuré s'était blessé à la jambe gauche en jouant au football, causant une entorse du genou gauche avec une fracture du plateau tibial externe. Il a été en incapacité totale de travail dès le 28 février 1999.

Le 30 novembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi de mesures professionnelles, subsidiairement d'une rente.

Au terme de l'instruction médicale, l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, le 2 juin 2009, octroyé une demi-rente d'invalidité du 7 décembre 2006 au 30 avril 2007. Par arrêt du 2 novembre 2010 (AI 331/09 - 425/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a partiellement admis le recours déposé contre cette décision et l'a réformée en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité était reconnu du 1^{er} avril 2007 au 31 janvier 2008, suivi d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} février 2008 au 31 mars 2008. Le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2006 était pour sa part confirmé.

B. Le 29 novembre 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il y invoquait une dégradation massive de l'état de son genou.

Par rapport du 6 juillet 2011, la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu en tant que diagnostic – sans effet sur la capacité de travail – d'état dépressif et anxieux. Le pronostic sur le plan psychiatrique était favorable.

L'intéressé a subi le 7 juin 2012 une intervention chirurgicale sous la forme d'une ré-ostéotomie de dérotation, extension et varisation du fémur distal gauche. L'assuré a bénéficié d'une évolution positive de son état de santé (rapport médical du Dr M._____ du 11 septembre 2012).

Dans le cadre de l'instruction diligentée par l'assurance-accident, le médecin d'arrondissement a été interpellé afin de faire le point sur la situation. Dans son rapport du 6 novembre 2012, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie, a relevé que l'assuré pouvait enfin tendre la jambe et que les douleurs s'étaient atténuées. La marche s'effectuait sans boiterie, avec aisance, l'intéressé conservant malgré tout une tendance à l'autolimitation. Le Dr D._____ a ensuite indiqué qu'il était souhaitable que l'assuré effectue un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR) afin de redémarrer des mesures professionnelles, sans pour autant solliciter le genou de manière excessive.

L'assuré a ainsi séjourné entre le 22 janvier et le 15 mars 2013 au sein de la CRR. À l'occasion d'un rapport de sortie rédigé le 18 mars 2013, les médecins X._____, spécialiste en médecine physique, réhabilitation ainsi qu'en chirurgie orthopédique et Q._____, médecin assistante, ont retenu les diagnostics principaux de thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies après ostéotomie du fémur distal gauche le 7 juin 2012 ainsi qu'une phase 1 de réadaptation professionnelle. Les médecins mentionnaient également des gonalgies externes gauche vraisemblablement secondaires à une irritation sur le matériel d'ostéotomie, une ostéotomie de dérotation, extension et varisation du fémur distal gauche le 7 juin 2012, des gonalgies gauches antéro internes, une fracture du plateau tibial externe du genou gauche, traitée

conservativement le 28 février 1999, une ostéotomie supra-condylienne fémorale gauche de varisation le 17 janvier 2007, une arthroscopie pour toilette articulaire les 8 mai 2010 et 18 novembre 2010, un trouble anxieux et dépressif mixte, un syndrome d'apnées du sommeil (appareillé depuis une année), une obésité, une hypercholestérolémie traitée, de l'urticaire cholinergique, une neuropathie du nerf cutané fémoral latéral gauche et finalement une métatarsalgie du pied droit (possible névrome de Morton du 2^{ème} espace). Concernant la capacité de travail de l'assuré, les Drs X._____ et Q._____ ont conclu à une incapacité totale du 22 janvier au 13 mars 2013 puis de manière définitive dans son activité habituelle d'employé d'entretien de machines. A l'appui de leurs conclusions, ils ont notamment exposé les éléments suivants :

« L'évolution subjective et objective ne montre pas d'évolution significative concernant le genou gauche, chez un patient avec une participation élevée aux différentes thérapies proposées, mais avec aussi un certain nombre d'autolimitations en lien avec les douleurs ressenties, c'est à dire les gonalgies du compartiment externe. Aucune incohérence n'a été relevée, mais des autolimitations et parfois un comportement douloureux lors des évaluations fonctionnelles, potentiellement influencé par le trouble de l'adaptation (cf. rapports et test fonctionnels).

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues: positions accroupies ou à genoux. Monter et descendre les escaliers de façon répétitive, et la marche sur terrains irréguliers. Egalement les positions debout et assises prolongées sont à éviter ainsi que le port de charges de plus de 10 kg.

La situation est stabilisée du point de vue médical. Une AMO du genou gauche sera cependant organisée par le Dr M._____, orthopédiste-traitant à une année de la dernière intervention, celle-ci ne contre indique cependant pas la poursuite du processus de réinsertion professionnelle. Un RDV avec le Dr M._____ est prévu le 02.04.2013 à 14:15

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable, avec les réserves suivantes: une certaine focalisation sur la douleur avec extension des plaintes aux ateliers professionnels. Le trouble de l'adaptation et des éléments contextuels défavorable pouvant jouer un rôle pour expliquer la différence entre les éléments objectifs et la perception du handicap fonctionnel par le patient.

Dans ce contexte, la situation du patient, qui présente un bon potentiel de réinsertion en dépit des éléments décrits ci-dessus, a

été présentée lors d'une réunion avec le représentant de l'AI, dans le but d'envisager une phase I de réorientation professionnelle qui a débuté le 18.02.2013. »

Ainsi, l'OAI a accordé différentes mesures de réadaptation à l'assuré, sous la forme tout d'abord d'une observation professionnelle puis de différentes mesures de reclassement professionnel (cf. notamment communication du 2 avril 2014), l'intéressé bénéficiant en outre de différentes formations (langues, permis de conduire professionnel). Alors qu'il effectuait ces différentes mesures, des indemnités journalières lui ont été servies.

Le 19 janvier 2016, l'assuré a entamé un stage en entreprise au sein de B._____ SA en tant que coursier. Il était prévu que l'assuré travaille les trois premières semaines à 50%, ce taux d'occupation augmentant progressivement à 100% durant le deuxième mois d'engagement. Ainsi, l'intéressé a occupé ce poste à plein temps dès le 22 février 2016. Ce stage a été prolongé à deux reprises, soit jusqu'au 30 septembre 2016 et débouché sur un engagement au sein de la société précitée en qualité d'employé au service externe à 60%, dès le 1^{er} octobre 2016.

Par projet du 21 février 2017, l'Office de l'assurance-invalidité a informé l'assuré de son intention de lui octroyer un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2016, sous déduction des indemnités journalières versées. Depuis la précédente décision, il a été admis que l'exercice de son activité habituelle n'était plus raisonnablement exigible. La capacité de travail dans une activité adaptée demeurait quant à elle entière depuis 2007, en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité sans port de charges lourdes de plus de 10-15kg, éviter les positions assise et debout prolongées, éviter l'accroupissement et la position à genoux, limiter le périmètre de marche et les déplacements en terrain irrégulier. L'office a mis en évidence un degré d'invalidité de 40% résultant de la comparaison entre le revenu sans invalidité (82'831 fr. 40) et celui avec invalidité

(49'920 fr.) pour un emploi à 100% que l'assuré obtiendrait en exerçant sa présente activité professionnelle à plein temps.

L'assuré s'est opposé à ce projet en date du 27 mars 2017, arguant que le tableau médical présentait d'autres atteintes que celle au genou, soit notamment une atteinte au dos ainsi qu'à la santé psychique. L'intéressé a notamment produit un rapport d'examen final réalisé le 17 mars 2017 par la Dre C._____, médecin praticienne et médecin d'arrondissement de l'assurance-accident.

Dans le rapport produit, la Dre C._____ a retenu les diagnostics de lésion arthrosique modérée du genou gauche, de status après fracture du plateau tibial externe du genou gauche traitée conservativement en 1999 ainsi que de status après multiples interventions du genou gauche avec en particulier une ré-ostéotomie du fémur distal gauche en 2012 et ablation du matériel d'ostéosynthèse en juin 2013. Elle estimait que la situation était stabilisée moyennant le maintien de la mobilité et la tonification musculaire de son genou par une activité quotidienne. La capacité de travail était complète dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles reconnues, à savoir le port de charge supérieur à dix kilos, toute activité en position agenouillée ou accroupie de manière répétitive, l'utilisation d'échelle ou d'escalier de manière répétitive, toute activité en pivot et rotation du genou gauche ainsi que la nécessité d'alterner les positions. Concernant l'activité actuellement exercée chez B._____ SA, elle devait être considérée comme adaptée.

Par décision du 27 avril 2017, l'assurance-accident a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 28% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 19'440 francs.

Afin de clarifier définitivement le droit aux prestations de l'assuré et au vu des éléments en sa possession, l'OAI a reconnu la nécessité d'une expertise médicale psychiatrique et rhumatologique.

L'office a ainsi mandaté le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie.

Dans son rapport du 7 janvier 2019, le Dr R._____, investiguant ainsi le volet psychiatrique, n'a retenu aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail de l'intéressé. Ce dernier présentait des ressources globalement préservées, avait été scolarisé, était intelligent, faisait preuve d'un sens de l'humour, pouvait donner un sens à sa vie, était capable de demander de l'aide et de s'occuper de sa famille. Du point de vue psychiatrique, l'assuré a toujours été capable de travailler à 100% et n'a d'ailleurs formulé aucune plainte du point de vue psychique.

Quant au Dr G._____, à l'occasion de son rapport d'expertise rhumatologique établi le 29 mai 2019, il relevait les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonalgies gauche sur gonarthrose fémoro-tibiale externe avec status post-entorse du genou gauche et fracture du plateau tibial externe le 28 février 1999 traitée conservativement, status post-ostéotomie supra-condylienne fémorale gauche de varisation le 17 janvier 2007, status post-arthroscopie pour toilette articulaire les 8 mai 2010 et 18 novembre 2010, status post-ostéotomie de dérotation extension et varisation du fémur distal gauche le 7 juin 2012 ainsi qu'avec un status post-AMO fémur distal le 24 juin 2013. Concernant les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr G._____ a mentionné des lombopygialgies droites récurrentes sur discopathie L5-S1 sans conflit discoradiculaire, un status post-fracture d'arrachement de la base de la MTP droite le 20 octobre 2005 post-chute, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé depuis 2012, une surcharge pondérale, une hypercholestérolémie, un status post-urticaire cholinergique et un status post-neuropathie du nerf cutané fémoral latéral gauche. Ces différents diagnostics permettaient l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kilos de manière répétitive, les positions agenouillées

et accroupies de manière répétitives, la montée ou la descente de plan incliné, l'activité en pivot et rotation du genou. Dans un tel cadre, sa capacité de travail était pleine. Le Dr G. _____ relevait uniquement une baisse de rendement de 10%, au plus, en raison de la surcharge pondérale présentée par l'intéressé.

Fort de ces éléments, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 février 2017 et alloué un quart de rente d'invalidité à l'assuré dès le 1^{er} octobre 2016, sous réserve des déductions des indemnités journalières déjà versées (décision du 11 octobre 2019).

Suite à la suppression de son poste au sein de B. _____ SA en raison d'une réorganisation interne, l'assuré a été engagé dès le 1^{er} novembre 2019 en qualité de coursier par T. _____ SA, à un taux d'activité de 60%.

C. a) Par acte du 14 novembre 2019, N. _____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Olivier Carré, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il soutenait en substance que le calcul du degré d'invalidité était erroné, dans la mesure où le revenu avec atteinte à la santé était largement surévalué. En effet, compte tenu de son taux d'activité limité à 60%, ce revenu devait être réduit à 29'952 fr. Il était également nécessaire de procéder à un abattement de 15%. Ainsi, un revenu avec invalidité corrigé de 25'459 fr. 20 mettait en évidence un degré d'invalidité de 70%, qui devait conduire à l'octroi d'une pleine rente d'invalidité.

b) Par réponse du 31 mars 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée. Dans la mesure où le recourant possédait une capacité de travail médicalement exigible de 100% et que son activité de coursier était réputée comme adaptée, le revenu avec atteinte à la santé devait effectivement être fixé à 49'920 fr.,

soit le revenu que toucherait le recourant dans son activité de coursier à 100%.

A l'appui de sa réponse, l'office a produit un avis médical SMR du 2 mars 2020. Le Service médical relevait que les conclusions des experts et du médecin-conseil de l'assurance-accident s'imposaient, à savoir une capacité de travail totale tant dans une activité comme coursier que dans une autre activité respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré. Le fait que l'intéressé ait travaillé à 60% n'était pas lié à son état de santé.

c) Répliquant en date du 2 novembre 2020, l'assuré contestait disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'intéressé ayant connu passablement de difficultés à assumer sa fonction de coursier à 60%. Il indiquait également souffrir d'apnées du sommeil et qu'il avait recours à des antidouleurs et des anti-inflammatoires pouvant induire des somnolences. Ainsi, en présence d'atteintes dégénératives attestées depuis plusieurs années, les évaluations entreprises par l'intimée qui ont conduit à la décision entreprise étaient trop optimistes quant à son potentiel économique résiduel.

d) Par duplique du 23 novembre 2020, l'OAI a confirmé ses conclusions et préavisé au rejet du recours. L'office renvoyait aux conclusions de son service médical.

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 cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

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

c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

d) Selon la jurisprudence, l'obésité ne peut être constitutive d'invalidité que si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_49/2019 du 3 mai 2019 consid. 5.3 et la référence citée).

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 exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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).

5. a) En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par les Drs G._____ et R._____, selon lesquelles le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit l'interdiction de port de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kilos de manière répétitive, les positions agenouillées et accroupies de manière répétitive et la montée ou la descente de plan incliné et une activité en pivot et rotation du genou. En effet, ces médecins ont motivé leurs conclusions à satisfaction, de manière claire, dites conclusions apparaissant comme exemptes de contradictions. Elles résultent en outre d'un examen clinique approfondi et d'une étude minutieuse des pièces au dossier. On relève également que, malgré l'établissement de deux rapports distincts, les conclusions retenues de part et d'autre ont été discutées en commun par les deux spécialistes.

b) Le Dr R._____ n'a constaté chez le recourant aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension ni de troubles formels de la pensée. Le status psychiatrique de l'intéressé était en outre exempt de symptômes de lignée dépressive ou de signes plaidant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Le recourant

continuait au contraire à disposer de ressources suffisantes afin d'assumer une activité professionnelle, de mener une vie personnelle épanouie ou de se projeter dans un futur plus ou moins lointain. Il n'existait aucun élément au dossier pouvant mettre en doute, sur le plan psychiatrique, la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Il sied également de relever que les conclusions du Dr R._____ rejoignent celles de la psychiatre traitant, la Dre L._____ (rapport du 6 juillet 2011).

c) Quant aux constatations rhumatologiques, les examens du rachis, des genoux, des coudes, des poignets, des mains ou des épaules ne mettent pas en évidence d'altération sensible des mobilités. Ainsi, le Dr G._____ a conclu en un status rhumatologique globalement préservé qui ne grevait pas la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Ces constatations s'inscrivent dans la continuité de celles émises précédemment par les médecins de la CRR et par la Dre C._____, pour le compte de l'assurance-accident. Outre les conclusions diagnostiques qui suscitent un consensus large auprès des médecins consultés, on relève également une convergence concernant la capacité de travail du recourant. La Dre C._____, à l'instar du Dr G._____, retient une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles présentées. Quant aux médecins de la CRR, s'ils font mention d'une aggravation limitée à la durée du séjour en clinique du recourant et s'ils se sont abstenus de chiffrer précisément la capacité de travail résiduelle de l'intéressé, les Drs X._____ et Q._____ ont néanmoins conclu en un pronostic de réinsertion favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles du recourant et plaidaient pour une entame rapide des mesures de réinsertion. Aucune pièce au dossier ne permet d'appréhender différemment le tableau somatique présenté par le recourant, ce dernier n'a d'ailleurs produit aucune pièce médicale pouvant mettre en doute les conclusions retenues par le Dr G._____.

c) Sur le vu de ce qui précède, les conclusions prises par les Drs R._____ et G._____ peuvent être suivies en ce sens que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la question d'une éventuelle baisse de rendement étant examinée ci-après.

6. Le recourant conteste le calcul du degré d'invalidité effectué, le revenu avec atteinte à la santé devant être réduit à 29'952 fr. dans la mesure où il exerçait une activité à 60%. Il soutient également la nécessité de procéder à un abattement de 15% sur le revenu en question. Sa capacité de gain était ainsi péjorée à hauteur de 70%, ouvrant le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

a) Dans le cas d'espèce, le raisonnement du recourant ne saurait être suivi. En effet, comme le relève le SMR dans son avis médical du 2 mars 2020, le fait que le recourant était engagé à 60% n'était pas justifié par des raisons médicales. Comme confirmé précédemment, la capacité de travail du recourant est pleine dans une activité adaptée. L'activité de coursier exercée pour deux entreprises d'analyses médicales apparaît comme adaptée, comme le retiennent d'ailleurs la Dre C._____ et le SMR. L'engagement à 60% auprès de ces entreprises était ainsi essentiellement motivé pour des raisons économiques, aucun poste à 100% n'étant disponible au moment de l'engagement du recourant (expertise du Dr G._____ point 7.4, let. c, p. 18). Il ressort en outre des pièces du dossier que l'objectif du recourant était bel et bien d'obtenir à terme un poste à plein temps, comme prévu lors du premier stage au sein de l'entreprise B._____ SA, qui prévoyait une augmentation progressive du temps de travail, pour terminer à 100%. Le recourant a d'ailleurs travaillé à plein temps durant ce stage dès la fin du mois de février 2016. Le Dr G._____ a en outre relevé que l'avenir était perçu par le recourant comme positif en lien avec une activité professionnelle. Ce dernier nourrissait le désir de reprendre une activité à temps plein mais adaptée, comme celle effectuée en tant que coursier. Cette position est finalement corroborée par l'inscription à 100% du recourant auprès des organes de l'assurance-chômage, comme indiqué dans l'anamnèse du rapport

d'expertise du Dr G._____. Compte tenu de ce qui précède, l'office intimé a correctement retenu un revenu sans invalidité de 82'831 fr., ainsi qu'un revenu avec invalidité de 49'920 fr, correspondant à un plein temps dans l'activité de coursier du recourant, actuellement exercée. Par ailleurs, on ne saurait retenir un revenu sans invalidité annexé, comme le soutient le recourant, à l'année 2019. En effet les salaires doivent être annexés au moment de l'ouverture du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222) correctement arrêté au 1^{er} octobre 2016. Cette date correspond à l'engagement du recourant chez B.____ SA et à la fin des mesures professionnelles engagées en faveur du recourant.

b) Concernant ensuite l'abattement de 15% revendiqué par le recourant à titre de perte de rendement, il ne saurait être retenu en l'espèce.

Si le Dr G._____ a effectivement retenu que le recourant présentait une diminution de rendement au plus de 10% au vu de sa surcharge pondérale, on peut se rallier à la position de l'intimé qui n'en tient pas compte dans son évaluation du degré d'invalidité. En effet, et conformément à la jurisprudence pertinente en la matière (TF 9C_49/2019 du 3 mai 2019 consid. 5.3 et la référence citée), rien au dossier ne permet de conclure que l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou qu'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé, et que la capacité de gain du recourant en serait sensiblement altérée. L'expert n'a en effet pas conclu à une atteinte invalidante pour ce qui concerne la surcharge pondérale. Cela étant, même en tenant compte d'une capacité de travail 90% dans une activité adaptée, le droit à la rente ne serait pas modifié (degré d'invalidité de 45%).

c) Ainsi, la comparaison des revenus avec (49'920 fr.) et sans invalidité (82'831 fr.) met effectivement en lumière une perte de revenu de 32'911 fr., correspondant à un taux d'invalidité de 40%. L'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2016, correspondant au début de l'engagement du recourant auprès de B._____ SA soit à la fin du versement des indemnités journalières en raison des mesures

professionnelles mises en place depuis janvier 2010, peut ainsi être confirmé.

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et les décisions attaquées confirmées.

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 (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). Dans la mesure où l'assistance judiciaire a été refusée au recourant par décision du 15 janvier 2020, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (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 11 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'N._____.
- IV.** 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 Carré, 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 :