

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mars 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Métral, juge et Reinberg, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

J._____, à **Q.**_____, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissant suisse d'origine turque, J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 13 mai 1960, est marié et père de trois enfants adultes. Sans formation professionnelle, il a travaillé dès le 24 avril 1995 en tant qu'employé de production pour le compte de la société BB._____ SA pour un revenu brut de 6'791 fr. par mois perçu treize fois l'an à compter du 1^{er} janvier 2014. L'employeur a résilié les rapports de travail pour le 31 décembre 2015 en invoquant des motifs économiques.

Souffrant d'une dépression ainsi que de problèmes aux jambes et au dos, J._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 26 novembre 2015 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré.

Sollicité par l'office AI, le Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital H._____ a indiqué que la Dre R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, avait cessé d'y travailler à la fin de l'année 2015 (courrier du 22 janvier 2016 rédigé sous la plume du Dr S._____, chef de clinique adjoint). Il a toutefois transmis le rapport de consultation rédigé par la Dre R._____ le 9 décembre 2015. Celle-ci y relevait que le patient avait des difficultés à caractériser les douleurs ou donner une évaluation plus précise concernant leur intensité si ce n'est qu'elles se présentaient au niveau lombaire et irradiaient les deux cuisses. Elle a constaté une gonarthrose fémoro-tibiale médiale des deux côtés. Le scanner lombaire a révélé une hernie de Schmorl et une spondylarthrose antérieure étagée entre L3 et S1, mais sans canal lombaire étroit ni compression radiculaire. Un électromyogramme (EMG) a laissé apparaître une discrète atteinte du nerf médian droit dans le tunnel carpien et du nerf cubital gauche. La Dre R._____ ne voyait pas de syndrome lombo-vertébral accompagnant les

douleurs à la palpation lombaire basse, pas de syndrome irritatif ou déficitaire au niveau des membres inférieurs, une mobilisation des hanches légèrement douloureuse à gauche avec des rotations interne/externe discrètement limitées. La symptomatologie avait un caractère mécanique et les trouvailles radiologiques étaient minimales prouvant uniquement des lésions dégénératives discrètes tant au niveau du dos que des genoux. La radiographie du bassin ne montrait rien de particulier, alors que la hanche gauche était limitée dans la mobilisation.

Dans un rapport du 22 janvier 2016, le Dr K. _____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'état dépressif réactionnel à son licenciement le 30 juin 2015, de gonalgies bilatérales sur gonarthrose depuis octobre 2015 et de lombalgies sur discopathie L1-L2 depuis juin 2015 tandis que, sans effet sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien droit, une gastrite ainsi qu'une périarthrite de la hanche gauche depuis janvier 2015. Il a retenu une incapacité de travail totale depuis le 10 juin 2015. Sans tenir compte de l'état psychique, le Dr K. _____ a estimé qu'il faudrait une activité ne comportant pas de lourdes charges, de mouvements répétés de rotation de la colonne vertébrale, ni une activité mettant beaucoup à contribution les genoux. Un reconditionnement musculaire était prévu dans le cadre d'un programme de rééducation intensive et multidisciplinaire du rachis.

Le Dr K. _____ a joint à son rapport divers documents dont un rapport du 21 octobre 2015 établi par ses soins à l'intention du médecin-conseil de P. _____ Assurances, assureur perte de gain en cas de maladie de l'ancien employeur de l'assuré. Il y évoquait un état dépressif réactionnel au licenciement dont il avait fait l'objet. L'incapacité de travail émergeait principalement à l'état psychique du patient mais il existait des limitations fonctionnelles physiques dont il faudrait tenir compte en cas de reprise d'activité.

Le 29 mars 2016, la Dre M. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, a

posé le diagnostic - sans effet sur la capacité de travail - de syndrome du tunnel carpien droit et de neuropathie du nerf cubital bilatéral à prédominance gauche ainsi qu'une épicondylalgie à droite. Elle n'a décrit aucune limitation fonctionnelle ni retenu d'incapacité de travail. En annexe figurait notamment un rapport du 24 juin 2015, dans lequel le Dr T._____, spécialiste en neurologie, voyait une atteinte discrète (sans menace fonctionnelle) du nerf médian droit au niveau du canal carpien, une discrète atteinte du nerf cubital/ulnaire droit au coude sans atteinte distale associée et une atteinte modérée débutante du nerf ulnaire gauche au coude, sans atteinte plus distale associée. Il a qualifié la situation de complexe mais sans gravité.

Dans un rapport du 17 mai 2016, la Dre D._____, psychiatre, a posé le diagnostic incapacitant de trouble anxio-dépressif suite au licenciement dont l'assuré a fait l'objet (F 41.2). D'après elle, l'incapacité de travail était complète dans la profession de mécanicien depuis le 10 juin 2015.

Le 15 août 2016, l'office AI a versé à la cause le dossier constitué par P._____ Assurances qui contenait un rapport rédigé le 9 mai 2016 par le Dr C._____, spécialiste en cardiologie, à l'intention du Dr K._____. Il y rappelait que l'assuré avait été victime, en date du 4 avril 2016, d'un malaise lipothymique avec pâleur, diaphorèse froide et nausées, ce qui l'a conduit à poser les diagnostics de status après malaise présyncopal vraisemblablement vagal et de test d'effort maximal en charge, incomplet en fréquence, deux fois négatif pour une ischémie.

Mandaté par P._____ Assurances pour procéder à l'expertise psychiatrique de J._____, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport le 27 juin 2016. Il a examiné la répercussion des plaintes sur les activités quotidiennes et sur une éventuelle activité professionnelle, a procédé à un examen clinique et analysé les diagnostics possibles. A cet égard, il a exclu la présence de symptômes de la lignée psychotique (hallucinations visuelles ou auditives, idées délirantes, bizarreries, troubles du langage). Toutefois, compte tenu

de l'anamnèse, des tests et mesures psychométriques ainsi que de l'examen clinique effectué, l'expert a retenu l'existence d'une symptomatologie dépressive. En revanche, il a pu exclure la présence de troubles bipolaires ainsi que d'un trouble hyperactif avec déficit d'attention chez l'adulte. Il a exclu le diagnostic de somatisation dans la mesure où l'assuré n'avait pas de plaintes douloureuses persistantes depuis au moins deux ans, sans substrat organique. Par ailleurs, l'assuré ne présentait pas de comportements durables et stables nettement dysharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permettait d'exclure la présence d'un trouble de la personnalité. L'expert a encore exclu un trouble de l'adaptation dans la mesure où l'état de perturbation émotionnelle de l'assuré se situait dans le contexte d'une symptomatologie dépressive. Au terme de son évaluation, le Dr B. _____ a retenu le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - d'épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle (F 33.2). Il a expliqué qu'il s'agissait d'un trouble réactionnel à une surcharge professionnelle selon l'anamnèse, situation ayant culminé par un licenciement vécu comme étant abusif. Au jour de l'expertise, il objectivait un épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F 33.11). La symptomatologie anxieuse résiduelle s'inscrivait dans le contexte de cet épisode dépressif et ne constituait pas un trouble anxieux. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a posé le diagnostic de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z 56). Il n'a pas constaté de limitations fonctionnelles significatives ayant été présentes dans le passé selon l'anamnèse (ralentissement psychomoteur sévère, troubles de la concentration, etc.), en dehors d'une fragilité psychique en lien avec des symptômes anxieux et dépressifs résiduels encore présents et un ralentissement psychomoteur modéré. Sur le plan psychiatrique, l'expert a estimé que la capacité de travail était nulle jusqu'au 31 août 2016, puis qu'elle s'élevait à 50 % du 1^{er} au 30 septembre 2016 avant d'être entière sans diminution de rendement dès le 1^{er} octobre 2016 dans toute activité adaptée à son status somatique ; en cas de rechute dépressive sévère malgré un bon suivi du traitement antidépresseur, une hospitalisation devrait être

envisagée et les arrêts de travail continués. L'activité habituelle était adaptée sur le plan psychiatrique.

Le médecin-conseil de P._____ Assurances ayant réexaminé la situation sur la base de l'expertise réalisée par le Dr B._____, l'assureur perte de gain a tenu compte d'une reprise possible du travail à 50 % dès le 1^{er} septembre 2016 puis à 100 % dès le 1^{er} octobre 2016 (courrier à l'assuré du 1^{er} juillet 2016).

Le 25 août 2016, l'assuré a subi une intervention chirurgicale au niveau du tunnel carpien gauche et du nerf cubital au coude gauche ayant entraîné une incapacité de travail complète du 25 août au 8 novembre 2016, prolongée jusqu'au 31 [sic] novembre 2016, puis jusqu'au 31 janvier 2017 et enfin du 29 juin au 30 août 2017 (cf. rapports de la Dre M._____ des 6 octobre 2016, 8 décembre 2016, 2 février 2017 et 29 janvier 2018).

Lors de la consultation pratiquée le 28 septembre 2016 par le Dr O._____, médecin traitant, celui-ci a constaté une arthrose étagée au niveau lombaire avec pincements discaux et une coxarthrose gauche évolutive (rapport du 3 octobre 2016).

Dans un rapport du 24 juillet 2017, le Dr W._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a considéré qu'il n'y avait plus de limitations fonctionnelles à la date de l'expertise psychiatrique en juin 2016 tandis que sur le plan somatique, il a admis les limitations fonctionnelles suivantes : pas de charges lourdes, pas de mouvements répétés de rotation de la colonne vertébrale ni de sollicitations des genoux. Au vu des pathologies présentées par l'assuré, la capacité de travail était nulle de juin 2015 à novembre 2016 avant d'être entière dès le 8 novembre 2016 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le Dr W._____ a précisé avoir tenu compte de l'ensemble des avis médicaux des somaticiens et de l'expertise psychiatrique au dossier.

Répondant aux questions du médecin-conseil de P. _____ Assurances, le Dr O. _____ a indiqué, le 29 mai 2017, qu'une reprise du travail n'était pas envisageable à ce jour en raison d'une prise en charge spécialisée au niveau du coude et des deux genoux. Il a réitéré son point de vue dans un courrier à l'office AI du 29 novembre 2017 ajoutant qu'il avait sollicité l'avis d'un rhumatologue.

Entretemps, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale le 29 juin 2017 au niveau de l'épitrôchlée (coude) gauche.

Dans un rapport du 29 janvier 2018 à l'office AI, la Dre M. _____ a relevé qu'il y avait une différence de force à gauche par rapport à droite mais la fonction n'était pas touchée, que cela soit de la main, du poignet ou du coude (le patient est droitier) si ce n'est une limite de 20 kilos pour soulever les poids et éviter les mouvements répétitifs avec le coude gauche afin d'éviter une récurrence. S'agissant de la capacité de travail, elle a estimé que l'assuré était en mesure de reprendre l'exercice d'une activité à 100 % dès le 1^{er} septembre 2017.

Dans un rapport du 2 février 2018 à l'intention du Dr O. _____, le Dr L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, a indiqué qu'il n'y avait pas d'explication à l'importance ni à la longévité des lombalgies de l'assuré. Cliniquement, il n'y avait pas de syndrome lombaire ni de troubles neurologiques objectivables des membres inférieurs et le CT scan ne montrait qu'une discopathie L1-L2 qui n'était certainement pas responsable de ses douleurs lombaires basses. Il n'avait pas non plus d'explication aux gonalgies. L'examen clinique des genoux était normal et le discret pincement fémoro-tibial ne permettait pas d'expliquer de telles douleurs. Il y avait des signes pour une neuropathie cubitale au coude droit, coude par ailleurs asymptomatique, et pour une probable tendinopathie épitrôchléenne au coude gauche. Il pourrait s'agir d'un syndrome douloureux chronique, d'un épisode dépressif, de trouble somatoforme ou toute autre pathologie psychiatrique. S'agissant de la capacité de travail, sur le plan rhumatologique, l'assuré pouvait travailler

en pleine capacité comme mécanicien de précision ou dans toute autre profession qui ne nécessitait pas d'efforts, le port de charges ou toute activité répétitive pour le dos.

Considérant que l'évaluation de la capacité de travail devait procéder d'une approche interdisciplinaire, le Dr W._____ a recommandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique, neurologique et rhumatologique (avis du 12 mars 2018).

Pour ce faire, l'office AI a confié à la Polyclinique N._____ le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire de J._____. Déposé le 21 janvier 2019, le rapport de synthèse se fondait sur un examen de médecine interne du 6 novembre 2018 (Dre Z._____, spécialiste en médecine interne générale), un examen psychiatrique du 13 novembre 2018 (Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), un examen rhumatologique du 29 novembre 2018 (Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie) ainsi qu'un examen neurologique du 6 décembre 2018 (Dr E._____, spécialiste en neurologie). Les signataires du rapport de synthèse (Drs A._____, Z._____ et X._____) en ont discuté les conclusions dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 18 décembre 2018. Sur la base de leur analyse, les experts ont posé les diagnostics suivants « *ayant on non une incidence sur la capacité de travail* » :

- Lombalgies chroniques non spécifiques d'étiologie indéterminée
M545
- Gonalgies chroniques bilatérales avec :
N255
 - gonarthrose fémorotibiale interne bilatérale
M179
 - status après arthroscopie du genou droit et gauche au début des années 2000 avec intervention sur les ménisques du genou gauche
- Syndrome du tunnel carpien discret à gauche
G560
 - Status après décompression chirurgicale des nerfs médians et ulnaires gauches en août 2016
 - Status après cure d'épitrochléite gauche en 2017

- Episode dépressif moyen sans syndrome somatique F
32.10
- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F 68.0
- Status après opération d'hallux valgus à gauche en 2014 M201

Les experts ont motivé en ces termes leur appréciation de la capacité de travail :

« Au plan physique, notre appréciation rejoint celle des rhumatologues qui ont précédemment examiné Monsieur J. _____, dont Dr G. _____ en 2017 et Dr L. _____ en 2018. Ils évoquaient déjà les discordances entre la symptomatologie décrite et les constatations objectives peu importantes, orientant vers une composante somatoforme, que nous ne validons toutefois pas en raison d'une dynamique de majoration qui exclut une pathologie psychosomatique considérée au sens strict.

Au plan psychiatrique, l'incapacité de travail vaut depuis l'arrêt de travail médicalement attesté par le médecin traitant, soit à partir du 10.06.2015. Cet arrêt de travail a été validé par la psychiatre experte pour l'assurance perte de gain maladie, Dr B. _____ en 2016. Nous pouvons rétrospectivement valider une incapacité de travail totale entre le 10.06.2015 et le 31.08.2016 comme retenu par Dr B. _____. La psychiatre estimait que l'état dépressif était en rémission partielle lorsqu'elle avait vu Monsieur J. _____, un an après le licenciement, ce qui fait qu'elle n'avait retenu plus qu'une incapacité de travail de 50 % entre le 01 et le 30.09.2016. Elle estimait après cette date, en théorie, une pleine capacité de travail à partir du 01.10.2016. Etant donné que les symptômes dépressifs sont encore persistants à l'heure actuelle, de degré moyen, sans évolution notable depuis fin 2016, nous ne confirmons pas le recouvrement d'une pleine capacité de travail à partir du 01.10.2016. Nous retenons qu'il y a la persistance de limitations de l'ordre de 40 % depuis le 01.10.2016 (ce qui tient compte de l'amélioration thymique décrite par le Dr B. _____ mais aussi de la persistance au long cours des symptômes dépressifs et intègre également les facteurs de pondération avec discordance clinique, facteurs contextuels extra-médicaux expliqués plus haut).

De manière rétrospective, il faut également tenir compte d'une incapacité de travail pour raisons physiques de 100 % pour les traitements de décompression du nerf médian au poignet gauche et pour la neurolyse et transposition antérieure du nerf cubital au coude gauche depuis le 25.08.2016 (date opératoire), persistant selon le chirurgien de la main jusqu'au 31.11.2016 (rapport médical adressé à P. _____ Assurances le 08.12.2016 par Dr M. _____). L'incapacité de travail s'est par la suite prolongée en raison de problèmes d'épitrôchléite gauche qui a nécessité une infiltration en janvier 2017, avec une incapacité de travail au total validée par le chirurgien de la main jusqu'au 30.01.2017. Cette incapacité de travail pour raisons somatiques s'est superposée à l'incapacité de travail pour raisons psychiques. Finalement, une cure d'épitrôchléite

gauche a dû être effectuée le 29.06.2017 motivant à nouveau une incapacité de travail totale entre le 29.06 et le 30.08.2017. En dehors de ces périodes d'incapacité de travail totale pour les suites du problème de la main gauche et du coude gauche, la capacité de travail exigible était de 60 %.

Pour raisons psychiatriques, nous retenons une capacité de travail de 60 % à partir d'octobre 2016. Pour raisons physiques, il n'y a pas d'incapacité de travail antérieure, hormis pour les chirurgies du membre supérieur gauche comme noté plus haut. »

Sollicité pour détermination, le SMR, sous la plume du Dr W._____, a déclaré faire siennes les conclusions du rapport d'expertise de la Policlinique N._____. Il a ainsi retenu une incapacité de travail totale du 10 juin 2015 au 30 août 2017, dite incapacité étant de 40 % en toutes activités à compter du 1^{er} septembre 2017. Quant à la capacité de travail, elle était de 60 % depuis le 1^{er} septembre 2017 tant dans une activité adaptée que dans l'activité habituelle auprès de BB._____ SA, les experts ayant considéré que cette profession respectait les limitations fonctionnelles décrites.

Il ressort du rapport final du service de réadaptation de l'office AI du 19 mars 2019 que, compte tenu de l'ensemble de la situation, il apparaissait que l'assuré n'était pas subjectivement et objectivement en état de suivre avec succès des mesures de formation professionnelle ni de bénéficier d'une aide au placement. Dès lors, selon l'approche théorique proposée, le revenu sans invalidité s'élevait à 88'283 fr. par année depuis le 1^{er} janvier 2014 (cf. rapport d'employeur complété le 5 janvier 2016). Vu que l'activité habituelle était considérée comme adaptée, le degré d'invalidité se confondait avec l'incapacité de travail étant donné la diminution de la capacité de travail retenue dans l'activité habituelle. Il en résultait un degré d'invalidité de 40 %. L'activité exercée avant l'atteinte à la santé restait exigible (cf. compte rendu de la permanence juriste établi le 14 mars 2019).

Par projet de décision du 26 mars 2019, l'office AI a informé J._____ qu'il comptait lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2016 au 30 novembre 2017 fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. A compter du 1^{er} septembre 2017, il a retenu que l'assuré disposait d'une

capacité de travail de 60 % dans toute activité professionnelle, y compris l'activité habituelle d'employé de production. Il en résultait un degré d'invalidité de 40 % - correspondant à l'incapacité de travail reconnue -, ce qui ouvrait droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2017, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

Représenté par Me Philippe Nordmann, avocat, l'assuré a fait valoir, en date du 8 juillet 2019, qu'il n'était plus en mesure d'exercer son activité de mécanicien, qui impliquait le port de pièces métalliques lourdes. Sur le plan psychiatrique, il a produit un certificat médical du 23 mai 2019 établi par la Dre V._____, médecin assistante auprès du cabinet du Dr F._____, et cosigné par I._____, psychologue. Ce document faisait état d'une prise en charge au sein du cabinet depuis le mois de juillet 2015 en raison d'un épisode dépressif sévère, puis pour un trouble dépressif récurrent. Il était précisé que l'état demeurerait fragile et qu'il existait un risque de péjoration.

Par deux décisions formelles du 16 décembre 2019, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 26 mars 2019.

B. Par acte du 30 janvier 2020, J._____, toujours représenté par Me Nordmann, a recouru contre ces décisions devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, à leur modification en ce sens que le droit à une rente entière lui est également reconnu au-delà du 30 novembre 2017. Après avoir précisé qu'il ne remettait pas en cause l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période comprise entre le 1^{er} juin 2016 et le 30 novembre 2017, il a fait valoir que, contrairement à ce qu'estimait l'office AI, son état de santé ne s'était pas amélioré mais qu'il s'était même péjoré (cf. attestation du Dr O._____ du 29 novembre 2017) si bien qu'il fallait admettre que sa capacité de gain ne s'était pas rétablie. S'agissant de l'exigibilité, l'assuré s'est référé à deux arrêts rendus par le Tribunal fédéral pour soutenir que, même si l'office AI n'avait jamais examiné la question de l'exigibilité d'une auto-réintégration, l'exercice

d'une activité lucrative n'était de toute façon plus possible, seule une activité occupationnelle étant à son avis susceptible d'entrer en ligne de compte.

Le 5 février 2020, l'assuré a produit des attestations d'incapacité totale de travail établies par le Dr O. _____ pour la période du juillet à décembre 2018, puis pour celle d'avril 2019 à mars 2020.

Dans sa réponse du 23 mars 2020, l'office AI a rappelé que, selon ses services (cf. proposition du juriste du 30 juillet 2019 et rapport final du service de réadaptation du 19 mars 2019), les limitations fonctionnelles retenues n'empêchaient pas l'exercice de l'activité habituelle d'employé de production, considérée comme adaptée. Quant aux deux arrêts cités par l'assuré, il a souligné qu'ils n'étaient pas directement applicables au cas d'espèce. En effet, si un changement d'activité n'était plus exigible compte tenu de l'âge, tel n'était en l'occurrence pas le cas dans la mesure où il s'agissait de reprendre l'exercice de l'activité habituelle. L'intéressé était ainsi à même de faire valoir ses compétences et une expérience de nature à faciliter son engagement par un employeur potentiel sur un marché du travail équilibré et cela malgré son âge. L'office AI a en conséquence proposé le rejet du recours.

Par réplique du 18 juin 2020, l'assuré a répété que l'activité de mécanicien de précision n'était plus exigible dans la mesure où nombre des tâches qu'elle impliquait s'effectuaient en position constante debout et en utilisant les deux mains. En outre, les troubles rhumato-orthopédiques qu'il présentait (aux deux membres supérieurs, aux genoux et dans la région lombaire notamment) associés à une symptomatologie douloureuse entravaient la concentration requise pour un travail de mécanicien de précision. A cet égard, il s'est prévalu de l'appréciation du Dr O. _____ du 10 février 2020 selon laquelle il pourrait éventuellement, après une phase d'essai, travailler à 20 % dans une activité professionnelle en respectant certaines interruptions liées à ses douleurs. S'appuyant ensuite sur divers arrêts rendus par le Tribunal fédéral, il a

souligné qu'il incombait à l'office AI de prouver que, contrairement à la règle, la personne assurée était en mesure d'exploiter à nouveau, via une auto-réintégration, son potentiel médico-théorique. Compte tenu enfin des contradictions existant entre les experts et son médecin traitant, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa duplique du 9 juillet 2020, l'office AI a souligné que si la tâche du médecin consistait à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré ainsi qu'à indiquer les limitations fonctionnelles, il appartenait aux spécialistes en réadaptation de déterminer les activités pouvant effectivement être réalisées par l'assuré. Il a, au surplus, rappelé la jurisprudence constante selon laquelle il convenait d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles des médecins traitants, à moins que ceux-ci ne disposent d'éléments objectifs pertinents susceptibles de mettre en doute les conclusions de l'expertise. Il a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours.

S'exprimant par pli du 10 septembre 2020, l'assuré a plus particulièrement critiqué la détermination du revenu d'invalidité. A ce propos, il a fait valoir qu'il avait cessé son activité professionnelle depuis de nombreuses années, de sorte qu'il fallait prendre en compte les revenus statistiques provenant de l'ensemble du marché du travail et non le gain qu'il réaliserait auprès de son ancien employeur. De toute manière, il ressortait de nombreux documents médicaux au dossier que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'il aurait fallu passer par des mesures professionnelles en vue de l'exercice d'une nouvelle activité.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un

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

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

2. Le litige porte sur la réduction de la rente entière d'invalidité, dont le recourant bénéficiait depuis le 1^{er} juin 2016, à un quart de rente à partir du 1^{er} décembre 2017, singulièrement sur sa capacité résiduelle de travail dès le 30 août 2017, sur l'exigibilité d'une activité professionnelle et sur le point de savoir si l'activité habituelle est adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si l'impotence s'améliore ou si le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une

assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

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 un élément important 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 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 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/09 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 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 déjà cité et les références).

d) Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et

3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations

susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il

s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. a) En l'espèce, par décisions du 16 décembre 2019, l'office AI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} juin 2016 et le 30 novembre 2017, considérant que ce dernier avait présenté une incapacité de travail totale en toute activité entre le mois de juin 2015 et le mois de septembre 2017, puis lui a reconnu une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, y compris son activité habituelle d'employé de production, lui ouvrant le droit à un quart de rente à compter du 1^{er} décembre 2017 basé sur un degré d'invalidité de 40 %.

Pour rendre ces décisions, l'office AI s'est fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Policlinique N. _____ du 21 janvier 2019 et ses annexes (rapport d'expertise de médecine interne du 21 janvier 2019, rapport d'expertise rhumatologique du 10 décembre 2018, rapport d'expertise neurologique du 6 décembre 2018 et rapport d'expertise psychiatrique du 16 novembre 2018).

b) Le rapport d'expertise du 21 janvier 2019 et ses annexes répondent en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. Dans toutes les spécialités médicales, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets.

Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, psychosociale et professionnelle), elle a été établie en pleine connaissance du dossier et a notamment tenu compte des avis des médecins s'étant prononcés sur l'état de santé du recourant. En outre, les plaintes de ce dernier ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont décrit la vie quotidienne de l'intéressé, discuté les mesures thérapeutiques prescrites, évalué la cohérence et la plausibilité de même qu'ils ont examiné ses capacités, ressources et difficultés. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, les experts ayant fondé leurs conclusions sur une évaluation médicale interdisciplinaire. Les constatations expertales effectuées rejoignent pour l'essentiel les conclusions des médecins spécialistes consultés par le recourant et les rapports médicaux établis par les médecins traitants ne contiennent pas d'éléments suffisamment probants qui attesteraient d'une incapacité de travail totale. Au demeurant, ces rapports procèdent d'une approche subjective qui ne permet pas de remettre en cause les conclusions dûment motivées des experts.

c) aa) Sur le plan rhumatologique, le Dr A. _____ a essentiellement mis en évidence des lombalgies et des gonalgies chroniques. Dans ce contexte, il a souligné le caractère peu précis du discours douloureux formulé par l'assuré concernant notamment des gonalgies et des lombalgies bilatérales. Les douleurs de l'appareil locomoteur s'étaient exacerbées au moment du licenciement en juin 2015 et avaient été jugées invalidantes par l'intéressé à la suite de la perte de son emploi qu'il considérait comme injuste. Si la prise de Tramadol atténuait la symptomatologie douloureuse, elle ne permettait toutefois pas l'augmentation des activités physiques ni de reprendre une recherche d'emploi. Sans remettre en doute l'authenticité des plaintes, l'expert s'est néanmoins dit frappé entre les plaintes majeures (EVA 80 mm) et l'examen clinique relativement pauvre hormis les multiples douleurs. L'étude du dossier, l'examen clinique, les constatations radiologiques orientaient vers une symptomatologie douloureuse sans que l'on puisse mettre en évidence de maladie ostéo-articulaire spécifique. Déjà, le Dr L. _____, rhumatologue traitant, avait conclu à un examen articulaire des

genoux dans la norme, à une palpation épitrochléenne gauche douloureuse avec un Tinel positif au poignet droit, à une bonne mobilité de tous les segments du rachis lombaire avec une force musculaire conservée à tous les niveaux, à des douleurs à la pression des apophyses épineuses de L2 jusqu'au sacrum avec douleurs de la musculature des fesses. En guise de conclusion, ce spécialiste déclarait qu'il n'avait pas d'explications à l'importance ni à la longévité des lombalgies, qu'il n'avait pas constaté de syndrome lombaire ni de troubles neurologiques objectivables et que la radiologie n'expliquait pas davantage les douleurs. Il en allait de même en ce qui concernait les gonalgies associés à des troubles dégénératifs qui ne permettaient pas non plus d'expliquer de telles douleurs. Auparavant, la Dre R. _____ avait également souligné les difficultés du recourant à caractériser les douleurs ou à donner une évaluation plus précise concernant leur intensité si ce n'est qu'elles se présentaient au niveau lombaire et irradiaient les deux cuisses. De plus, les examens radiologiques n'avaient révélé que des résultats minimes prouvant uniquement des lésions dégénératives discrètes tant au niveau du dos que des genoux (cf. rapport du 9 décembre 2015).

A l'instar de son confrère L. _____, le Dr A. _____ a constaté que la symptomatologie douloureuse n'était pas explicable, du moins peu explicable médicalement. Les examens cliniques effectués n'ont pas montré de limitations fonctionnelles significatives au niveau du rachis dans son ensemble, au niveau des genoux et même des pieds. Les experts ont observé une bonne mobilité ostéo-articulaire globale, une absence d'amyotrophie ou de fasciculations musculaires visibles chez un assuré pleinement collaborant, décrivant des douleurs en particulier lombaires, mais sans manifester de réaction de retrait ou de lâchage. Les légers troubles dégénératifs tant lombaires qu'au niveau des genoux n'avaient pas de traduction clinique significative avec notamment l'absence de déformation aux genoux. Les diverses investigations spécialisées effectuées jusqu'au jour de l'expertise n'avaient pas mis en évidence de lésion ou de maladie spécifique de l'appareil locomoteur susceptible d'expliquer les plaintes. Les examens radiologiques ont révélé de discrets signes dégénératifs non spécifiques au niveau de la colonne lombaire de

même qu'ils ont montré de discrets signes d'arthrose au niveau des genoux, cependant sans signification pathologique certaine et pouvant tout à fait être compatibles avec une évolution naturelle et l'âge de l'expertisé. Les experts ont ainsi retenu des signes modérés de gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale, mais sans progression significative des images radiologiques entre les radiographies d'octobre 2015 et de septembre 2018, notamment sans aucun argument pour une gonarthrose rapidement progressive ou destructrice.

Concernant les douleurs de l'avant-pied gauche, l'examen clinique local n'a pas montré d'œdème, de discoloration cutanée, d'acrocyanose, de gradient de température ou de signe de Gaenslen. Il y avait des douleurs de la face palmaire de la région de la tête du troisième métatarsien, mais sans réaction de retrait à la palpation. Contrairement à l'avis de la radiologue, le Dr A. _____ a estimé que l'IRM du pied gauche du 9 novembre 2018 permettait tout au plus d'évoquer un œdème de la spongieuse osseuse de la région métaphysaire et diaphysaire de la phalange proximale du troisième orteil droit, qui ne lui paraissait toutefois pas spécifique. En tous les cas, il n'y avait pas lieu de retenir une fracture de fatigue, compte tenu de l'absence d'interruption de corticale visible ni de déplacement osseux. Il n'y avait pas non plus d'épanchement articulaire ou d'épaississement synovial visible. Le Dr A. _____ a conclu que l'étude des documents radiologiques ne montrait pas de lésion ostéo-articulaire significative. Sous l'angle consensuel, les experts ont retenu que la description de l'IRM de l'avant-pied gauche ne permettait pas d'expliquer de manière prépondérante la symptomatologie douloureuse actuelle, ni les podalgies gauches en particulier. Après avoir écarté la notion de préfracture au motif qu'elle ne constituait pas un diagnostic médical, les experts ont relevé que l'œdème osseux décrit à l'IRM du pied gauche ne leur paraissait pas non plus spécifique en tant qu'il ne signifiait pas ipso facto la présence d'une pathologie ostéo-articulaire caractéristique. D'après eux, il s'agissait jusqu'à preuve du contraire d'une anomalie d'imagerie IRM dont la signification pathologique restait fortement débattue.

bb) Sur le plan neurologique, les experts ont attribué les paresthésies de la main droite dont se plaint le recourant au syndrome du tunnel carpien documenté à l'examen électro-physiologique pratiqué dans le cadre de l'expertise ; cet examen a mis en évidence une atteinte discrète du nerf médian droit, avec une latence distale motrice du nerf médian très discrètement prolongée. Il n'y avait cliniquement aucun déficit ni moteur ni sensitif. A gauche, l'assuré présentait un status après décompression du nerf médian et ulnaire en août 2016 avec une évolution favorable des paresthésies, fondant le diagnostic de syndrome du tunnel carpien discret à gauche. Si l'assuré évoquait une sensation de manque de force, il n'y avait toutefois objectivement aucun déficit moteur ni sensitif de ce côté-là également. L'électroneuromyogramme (ENMG) était également rassurant, dans la mesure où il n'avait mis en évidence que de minimes anomalies à caractère séquellaire. Quant à l'IRM lombaire du 1^{er} février 2017, le Dr E. _____ a retenu qu'elle révélait une ébauche de discopathie L5-S1, sans autre anomalie. En particulier, il n'y avait pas de hernie discale, de compression au niveau des foramens avec un canal lombaire de dimensions normales.

cc) Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu deux diagnostics dont celui d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10), caractérisé par la présence d'une humeur dépressive, associée à une diminution de l'intérêt et du plaisir, une augmentation de la fatigabilité, avec également une diminution de la concentration et de l'attention, des idées de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir et une perturbation du sommeil. Il n'y avait pas formellement de syndrome somatique associé à la dépression, en l'absence de ralentissement psychomoteur marqué, de dépression plus marquée le matin, de perte pondérale d'au moins 5 % du poids corporel avec une humeur encore modulable. L'anamnèse ne faisait pas état d'antécédents dépressifs constitués avant la décompensation de 2015 survenue à l'annonce du licenciement. Les experts ont écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr B. _____ en juin 2016 à défaut d'au moins deux épisodes dépressifs délimités dans le temps et séparés d'une phase de rémission symptomatique. Ils ont toutefois rejoint

ce spécialiste concernant l'intensité de la symptomatologie dépressive même si l'expert X. _____ a noté que l'expertise du Dr B. _____ ne contenait pas d'argumentation claire sur le fait qu'une symptomatologie dépressive moyenne était (ou non) de nature à entraîner des limitations fonctionnelles et une baisse de la capacité de travail. Les symptômes dépressifs ont été rapportés de manière particulièrement importante durant l'entretien avec l'expert psychiatre, mais également avec l'interniste, sans que les douleurs de l'appareil locomoteur ne soient au premier plan et ne représentent l'essentiel des symptômes, ce qui ne permettait pas de diagnostiquer un syndrome douloureux somatoforme persistant mais justifiait en revanche de retenir le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). A cet égard, les facteurs psychosociaux pouvant amener à une dynamique de majoration étaient constitués par une précarisation de la situation sociale de l'assuré, dans un contexte de colère et d'un sentiment d'injustice cristallisés contre son ancien employeur. Au surplus, la discussion du consilium de psychiatrie n'a pas mis en évidence de trouble du caractère pas plus qu'elle n'a permis de retenir les critères généraux d'un trouble de la personnalité. Seuls certains traits de rigidité psychique étaient à relever. Ils se manifestaient par un sentiment de préjudice toujours important contre l'ancien employeur. Ces éléments n'étaient toutefois pas suffisants pour constituer une atteinte psychiatrique incapacitante. Selon le Dr X. _____, ces traits de personnalité sous-tendaient la dynamique de revendication et d'injustice qui s'était développée depuis 2015 et qui verrouillait l'assuré dans ses plaintes physiques et psychiques.

d) Comme on vient de le relever, les experts ont clairement expliqué les raisons les ayant conduits à poser les diagnostics retenus. Ainsi, sur le plan somatique, ils ont jugé que la symptomatologie douloureuse ostéo-articulaire présentée par le recourant était constitutive de lombalgies chroniques non spécifiques d'étiologie indéterminée associées à des gonalgies chroniques bilatérales. A ces pathologies, s'ajoutaient un syndrome du tunnel carpien discret à gauche ainsi qu'un status après opération d'hallux valgus à gauche en mai 2014. Quant au

plan psychiatrique, ils ont souligné les justifications cliniques fondant les diagnostics retenus, tout en détaillant les motifs pour lesquels ils ne retenaient pas d'autres affections.

e) aa) Au plan ostéo-articulaire, les experts ont retenu des limitations fonctionnelles uniquement dans les activités professionnelles nécessitant des positions accroupies pour une durée supérieure à quelques minutes et de manière consécutive durant la journée de travail ainsi que pour les travaux à genoux. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles occasionnées par la gonarthrose actuellement pour la position assise ou debout avec piétinement occasionnel. Il n'y avait pas non plus de limitations fonctionnelles à retenir pour les lombalgies, en dehors d'une activité professionnelle qui nécessiterait le port de charges très lourdes, répété, au-delà de 10 kg ou des mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux. Le volet neurologique n'impliquait aucune limitation fonctionnelle. Les experts ont conclu que le recourant disposait de ressources dans la mesure où ils ne retenaient pas de maladie somatique grave significative.

bb) Au plan psychiatrique, les limitations concernant les diverses rubriques (pour le respect des règles et routines, la capacité adaptative, la flexibilité, la capacité de jugement et de prise de décision, l'endurance, la capacité de s'affirmer, le sens du contact envers les tiers, les relations proches, la capacité à s'inscrire dans des activités associatives ou des loisirs) devaient être qualifiées de modérée et s'expliquaient principalement par une fatigabilité inhérente à l'état dépressif ainsi qu'une diminution de la résistance au stress. Concrètement, les experts ont souligné que le recourant était toujours parvenu à intégrer les normes, les codes et les usages professionnels durant de nombreuses années en dépit de difficultés relationnelles apparues lors de son dernier emploi. Il disposait de bonnes compétences spécifiques sur le plan pratique. Si la rigidité mentale pouvait limiter les capacités adaptatives, elle ne correspondait toutefois pas à un réel trouble de la personnalité décompensé. Globalement, l'intéressé ne se montrait pas totalement effondré, le descriptif de sa vie quotidienne attestant qu'il

pouvait sortir de chez lui de manière autonome. Les capacités de déplacement n'étaient pas altérées. Le déconditionnement ayant suivi le licenciement pouvait expliquer la difficulté à s'inscrire dans des activités associatives. Si des tensions pouvaient par ailleurs marquer les relations interpersonnelles, il n'y avait cependant aucun facteur concret de déstabilisation.

cc) Les experts ont souligné diverses incohérences entre l'intensité des plaintes douloureuses et une clinique relativement pauvre, sans limitation fonctionnelle significative, ce qui pouvait être expliqué par la majoration des plaintes physiques pour des raisons psychologiques. Au plan psychique, le seul discours tenu par le recourant pouvait faire penser à un sujet sévèrement déprimé, incapable de faire une quelconque activité, avec une angoisse majeure, des troubles graves de la pensée et de la concentration. Or, ni l'expert en médecine interne ni l'expert psychiatre n'ont fait le constat d'un ralentissement sur le plan psychomoteur pas plus qu'ils n'ont relevé de trouble cognitif. Ils ne pouvaient donc pas valider une diminution sévère des aptitudes intellectuelles et cognitives. Les experts ont relevé encore d'autres incohérences cliniques, notamment le fait que le recourant aurait pris du poids, alors même qu'il aurait tendance « à très peu manger ».

f) A l'instar du Dr B._____, les experts ont retenu que la capacité de travail du recourant était nulle en toute profession d'un point de vue purement psychiatrique à compter du 10 juin 2015 jusqu'au 31 août 2016. Lors de son examen de juin 2016, ce spécialiste avait estimé que l'état dépressif du recourant était en rémission partielle, si bien qu'il n'avait plus retenu qu'une incapacité de travail de 50 % entre le 1^{er} et le 30 septembre 2016. Ils se sont cependant écartés de l'appréciation du Dr B._____ en retenant que les symptômes dépressifs étaient encore persistants après le 1^{er} octobre 2016, ce qui justifiait une réduction de la capacité de travail de 40 %. Cela étant, les experts ont également tenu compte d'une incapacité de travail totale d'un point de vue somatique en raison des traitements de décompression du nerf médian au poignet gauche et de la neurolyse avec transposition antérieure du nerf cubital au coude gauche depuis le 25 août 2016 (date de l'intervention chirurgicale

pratiquée par la Dre M. _____), dite incapacité ayant persisté selon cette spécialiste jusqu'au 31 (sic) novembre 2016 (cf. rapport du 8 décembre 2016). L'incapacité de travail s'est par la suite prolongée étant donné des problèmes d'épitrôchléite au coude gauche ayant nécessité une infiltration le 17 janvier 2017, d'où une incapacité de travail totale validée par la Dre M. _____ jusqu'au 31 janvier 2017 (cf. rapport de la Dre M. _____ du 2 février 2017). Les experts de la Policlinique N. _____ ont ainsi retenu que l'incapacité de travail pour raisons somatiques s'est superposée à l'incapacité de travail pour des raisons psychiques. Finalement, une cure d'épitrôchléite gauche pratiquée le 29 juin 2017 a motivé une nouvelle incapacité de travail totale entre le 29 juin et le 30 août 2017 (cf. rapport de la Dre M. _____ du 29 janvier 2018).

En résumé, dans l'activité habituelle de mécanicien, les experts ont retenu que la capacité de travail était nulle entre le 10 juin 2015 et le 30 janvier 2017, qu'elle était de 60 % entre le 1^{er} février et le 28 juin 2017, puis à nouveau nulle du 29 juin au 30 août 2017 avant d'être de 60 % à compter du 1^{er} septembre 2017.

g) Dans le cadre de l'expertise à la Policlinique N. _____, le recourant a fait l'objet d'examens spécialisés sur le plan de la médecine interne, de la rhumatologie, de la neurologie et de la psychiatrie.

aa) Concernant le volet de médecine interne, les experts ont résumé les principales pièces médicales au dossier et, au terme de leur examen, ils ont essentiellement mis en évidence des problèmes aux genoux, aux pieds et à la colonne lombaire. Ils ont également fait état de douleurs à la main gauche associées à une diminution de force dans la main en cas de port de charges lourdes.

bb) Sous l'angle rhumatologique, le Dr A. _____ a souligné l'absence d'une maladie ostéo-articulaire spécifique ou de l'appareil locomoteur hormis la gonarthrose fémoro-tibiale du compartiment interne bilatérale pour laquelle il n'y avait pas de traitement spécifique. A ce propos, il a indiqué que cette pathologie faisait partie de l'évolution

naturelle, qu'elle était primaire, restait d'étiologie indéterminée et que, somme toute, participait de la condition humaine. Il a expliqué que l'on ne pouvait guérir de l'arthrose, laquelle progressait inexorablement avec le temps à un rythme qu'il n'était cependant pas possible de déterminer. Quoi qu'il en soit, au jour de l'expertise, il n'y avait pas d'élément orientant vers une arthrose rapidement progressive ni une chondrocalcinose. Le Dr A._____ a précisé que le souhait de l'assuré d'obtenir un état sans douleur excédait les possibilités de la médecine, ajoutant que le traitement de la douleur était palliatif compte tenu de l'origine méconnue de celle-ci et de l'absence de maladie. S'agissant de l'exigibilité, seuls des travaux à genoux ou en position accroupie étaient prohibés.

cc) Du point de vue neurologique, le Dr E._____ a retenu que le recourant présentait un status après décompression chirurgicale des nerfs médian et cubital gauches en août 2016 avec une évolution favorable, ainsi que l'a montré l'examen électrophysiologique pratiqué par ses soins. Il présentait également des paresthésies de la main droite, en lien avec un syndrome du tunnel carpien discret. Il existait également la notion de malaises avec perte de connaissance en 2016, investigués par un électroencéphalogramme qui n'avait pas mis en évidence d'anomalie, ainsi que par une IRM cérébrale du 3 mai 2016 également décrite comme normale. Globalement, le bilan neurologique n'avait mis en évidence qu'une atteinte à la santé mineure sans aucune limitation fonctionnelle quelle que soit l'activité envisagée.

dd) De son côté, le Dr X._____ a expliqué pour quelles raisons le diagnostic de trouble dépressif récurrent devait être écarté au profit d'un épisode dépressif unique, l'intensité moyenne étant ressortie de l'examen complémentaire pratiqué le 13 novembre 2018 au moyen de l'échelle d'évaluation MADRS. Compte tenu d'un assuré se plaignant durant l'entretien quasi exclusivement de ses symptômes psychiques alors que l'expression des douleurs était presque inexistante, l'expert psychiatre a examiné la possibilité de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant qu'il a toutefois éliminé au profit de

celui de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Tout en soulignant l'importance des facteurs psychosociaux pouvant expliquer une telle dynamique de majoration, il s'est attaché à examiner les ressources du recourant. Dans ce contexte, il a relevé un parcours personnel relativement harmonieux avec des ressources intellectuelles dans les normes au vu de son parcours scolaire et professionnel. Au surplus, l'investigation psychiatrique n'a pas mis en évidence de trouble de la personnalité, de trouble de la pensée, de trouble perceptif ou de trouble du Moi dans le sens d'une pathologie psychotique. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a expliqué que la symptomatologie psychiatrique se manifesterait quelle que soit l'activité envisagée. Les facteurs de pondération (discordances cliniques, facteurs contextuels extra-médicaux) ne permettant pas de suivre le seul discours de l'assuré (allant dans le sens d'une incapacité de travail complète), il lui paraissait dès lors justifié de retenir une capacité de travail de 60 % compte tenu de la baisse de rendement inhérente à la symptomatologie thymique. Dite capacité valait depuis le début de la prise en charge psychiatrique, soit dès le mois d'octobre 2016.

ee) Les experts ont fondé leur appréciation de la capacité de travail sur une synthèse multidisciplinaire élaborée dans le cadre d'une discussion consensuelle en présence des Drs Z._____, A._____ et X._____. Fruit d'une analyse circonstanciée du cas, l'expertise comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte médical déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, elle rapporte les plaintes du recourant, s'attache à l'examen de sa vie quotidienne, décrit ses capacités, ressources et difficultés, tout en évaluant la cohérence et la plausibilité. Elle prend en considération l'ensemble du dossier médical et contient une appréciation claire de la situation médicale fondée sur des examens spécialisés et aboutit à des conclusions soigneusement motivées et exemptes de contradictions. Le rapport d'expertise de la Policlinique N._____ doit dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante.

h) Cela étant, le recourant critique la capacité de travail de 60 % retenue dans l'activité habituelle, se prévalant à cet égard d'un rapport

du 23 mai 2019 établi par la Dre V._____, et par I._____, respectivement médecin assistante et psychologue au sein du cabinet médical du Dr F._____, psychiatre. Ils y faisaient mention d'un trouble dépressif de degré moyen, en ajoutant que l'état de l'intéressé restait fragile et qu'il existait un risque accru de péjoration. Pour l'heure, ces informations ne leur permettaient pas d'évaluer de manière précise la capacité de travail, ce que l'office intimé a dûment relevé dans sa prise de position du 8 août 2019. Dès lors, le recourant se trompe en affirmant que, selon l'office AI, ce rapport médical ne permettrait pas d'évaluer sa capacité de travail. Il apparaît au contraire que ce sont les psychiatres traitants qui ont estimé ne pas être en mesure d'apprécier la capacité de travail, l'intimé n'ayant fait que reprendre les termes utilisés dans le certificat du 23 mai 2019. C'est au demeurant le lieu de relever que, comme démontré ci-avant, les experts de la Policlinique N._____ sont parvenus à se prononcer sur la question de la capacité de travail sur la base des documents au dossier et des examens effectués. Le grief du recourant est mal fondé.

i) Les rapports médicaux produits par le recourant ne sont pas davantage propres à remettre en cause l'analyse de la Policlinique N._____. Dans ce contexte, les certificats médicaux établis par le Dr O._____ les 29 novembre 2017 et 10 février 2020 ne permettent pas de soutenir la thèse d'une incapacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. Brefs et peu étayés, ils ne font en effet pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par les experts de la Policlinique N._____ ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. En effet, les examens médicaux pratiqués par le Dr O._____ ont mis en évidence des pathologies similaires à celles retenues par les experts, à savoir une lombalgie arthrosique, des coxalgies et gonalgies d'allure inflammatoire, une perte de force musculaire après une cure d'épitrôchléite gauche, des paresthésies de la main droite et une épicondylite droite. On relèvera en outre que le Dr O._____ ne s'est pas exprimé sur la teneur du rapport d'expertise de la Policlinique N._____ et n'a communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par les experts. Quant au certificat du 23 mai 2019 auquel le recourant se

réfère, il ne lui est d'aucun secours dès lors que les psychiatres traitants rejoignent les experts en retenant un trouble dépressif moyen, sans évoquer d'autres troubles, et qu'ils ne se prononcent pas, on l'a vu, sur la capacité de travail pas plus qu'ils ne se sont exprimés sur la teneur du rapport d'expertise.

j) Au final, l'expertise aboutit à une appréciation tout à fait nuancée de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, qui est motivée à satisfaction et dont il n'y a aucun motif de s'écarter.

7. Le recourant conteste le caractère adapté de l'activité habituelle exercée jusqu'en 2015.

Les Drs Z. _____ et A. _____ (cf. rapport du 21 janvier 2019, p. 11) ont expliqué que, dans son activité de mécanicien de précision auprès de BB. _____ SA, l'assuré travaillait au réglage des machines, au contrôle de production et à la préparation de l'outillage en fonction des commandes. D'après les experts, ces tâches ne paraissaient pas particulièrement lourdes et ne nécessitaient pas des positions à genoux ou accroupies. Ils ont ainsi conclu que l'intéressé était capable de reprendre une telle activité à 60 %. A l'instar des experts prénommés, d'autres médecins ont fait le constat que l'ancienne activité est adaptée (cf. notamment les rapports du 27 juin 2016 du Dr B. _____ et du 2 février 2018 du Dr L. _____).

De même, le service de réadaptation de l'office intimé a confirmé que les limitations fonctionnelles retenues (diminution de la résistance au stress et fatigabilité, pas de position accroupie ou à genoux, pas de ports répétés de charges supérieures à 10 kilos, pas de mouvements répétés de rotation de la colonne vertébrale ou en porte-à-faux) n'empêchaient pas l'exercice de l'activité habituelle (cf. rapport final du 19 mars 2019).

En vue de déterminer le caractère adapté de l'ancienne activité, il convient d'examiner si les limitations fonctionnelles retenues par les experts en permettent l'exercice. C'est donc en vain que le

recourant se prévaut d'une perte de force musculaire ainsi que de douleurs persistantes telles que ressortant du courrier du Dr O. _____ du 29 novembre 2017, que les experts n'ont pas retenues. Dans le questionnaire complété par ses soins le 5 janvier 2016, l'ancien employeur BB. _____ SA a indiqué que la position assise ainsi que le port de charges supérieures à 10 kilos était rare, ce qui représentait jusqu'à une demi-heure environ pour une journée de travail de 8 heures (soit 1 à 5 % du temps). Si le fait de rester debout et de soulever ou porter des charges légères (inférieures à 10 kilos) était susceptible de se produire souvent (soit entre 3 et 5 heures trois quarts environ ou de 34 à 66 % du temps d'une journée de travail de 8 heures), la marche était plus rare (d'une demi-heure jusqu'à environ 3 heures ou de 6 à 33 % d'une journée de travail).

On doit donc inférer de ces renseignements d'ordre médical et professionnel que l'activité susmentionnée, même exercée à raison d'un taux de 60 %, est adaptée aux limitations du recourant, dans la mesure où elle ne requiert pas le port d'objets lourds, ainsi que des tâches pénibles sollicitant fortement le dos ou les genoux.

8. Cela étant constaté, le recourant conteste le caractère exigible de l'activité habituelle, compte tenu notamment de son âge et de sa situation.

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des

circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références ; cf. également TF 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1).

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une

activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 et TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2).

c) En l'espèce, il convient de relever que l'incapacité de travail totale présentée par le recourant n'a duré que 18 mois, soit du 10 juin 2015 au 1^{er} décembre 2017, si bien que l'on n'est pas en présence d'une incapacité de travail due à une longue atteinte à la santé invalidante. Au demeurant, son absence du marché du travail pour une longue période est due à d'autres motifs que le handicap puisqu'il a été licencié par son dernier employeur pour des motifs économiques (restructuration). En outre, le recourant dispose, malgré les atteintes à la santé qu'il présente, d'une capacité de travail résiduelle dans son ancienne profession. Dans ce sens, le recourant ne saurait faire grief à l'office intimé, en se fondant sur l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 13 juin 2019 (8C_759/2018) de n'avoir pas prouvé qu'il était en mesure d'exploiter son potentiel médico-théorique via une auto-réintégration car, dans cette affaire, l'assuré ne pouvait plus travailler dans sa profession habituelle (charpentier) en raison d'une fracture du pied. Tel n'est pas le cas du recourant, même si sa

réintégration du marché du travail dans le domaine d'activité habituel peut s'avérer délicate en raison de la symptomatologie psychiatrique mise en évidence. A cet égard, les experts ont relevé que des difficultés relationnelles étaient apparues lors du dernier emploi occupé par le recourant et que des traits de personnalité caractérisés par la rigidité mentale pouvaient limiter ses capacités adaptatives. Il y avait par ailleurs une irritabilité dans les relations proches qui pouvaient être source de tensions ainsi qu'un déconditionnement.

Comme déjà relevé, le recourant bénéficie d'une capacité de travail résiduelle dans son ancienne profession d'employé de production-mécanicien, de sorte que cela n'exige pas de gros efforts d'adaptation et même aucun effort de reconversion. Au contraire, ayant débuté son activité auprès de son dernier employeur en 1985 - certes entrecoupée par des périodes de chômage -, il dispose d'une longue expérience en la matière. Le recourant ne souffre d'aucun trouble de la personnalité et dispose de ressources personnelles ; il est en effet à même de se positionner de façon adéquate vis-à-vis de la réalité et a toujours réussi à intégrer les normes, codes et usages professionnels durant de nombreuses années ; il dispose de bonnes compétences spécifiques sur le plan pratique ; les capacités de déplacement sont préservées. La capacité de jugement et de prise de décision, l'endurance, les capacités d'affirmation et le sens du contact sont globalement conservés même si les experts ont retenu que ces aptitudes pouvaient être légèrement à moyennement abaissés en raison de la symptomatologie dépressive. Il y a ainsi lieu de retenir que le recourant dispose de suffisamment de ressources pour reprendre une activité lucrative. Si les limitations fonctionnelles décrites par les experts peuvent de prime abord sembler conséquentes, elles sont peu contraignantes et représentent en fait les mesures classiques d'épargne du rachis (pas de port de charges répété supérieures à 10 kilos, pas de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et pas de travaux à genoux ou en position accroupie) tandis que celles sur le plan psychique ne consistent qu'en une baisse de rendement. Dans ces conditions, on ne saurait considérer que l'incidence des atteintes à la santé est importante sur les aptitudes du recourant. A cela s'ajoute

qu'il s'exprime dans un français maîtrisé avec de bonnes capacités intellectuelles et que son discours est cohérent et structuré. Arrivé en Suisse en 1978, il ressort du dossier qu'il a toujours fait preuve d'une bonne capacité d'adaptation, ayant assez rapidement trouvé un emploi stable et ayant obtenu la nationalité suisse en 2005.

Dans cette mesure, il ne pouvait être exclu qu'un potentiel employeur consente à l'engager et lui permette de se réinsérer dans le monde du travail, étant précisé qu'il aurait pu travailler durant huit années jusqu'à l'âge de la retraite. Il faut par conséquent conclure que le recourant bénéficie d'une capacité de travail résiduelle exploitable sur le marché du travail dans son ancien domaine d'activité, nonobstant son âge et sa situation.

On précisera encore qu'aucune prestation supplémentaire ne peut être reconnue au recourant sous l'angle du droit à d'éventuelles mesures de réadaptation au sens de l'arrêt publié aux ATF 145 V 209. Selon cette jurisprudence, en cas de réduction ou de suppression de la rente d'invalidité d'un assuré âgé de plus de 55 ans, il y a lieu en principe de mettre en œuvre des mesures de réadaptation également lorsque l'on statue sur la limitation ainsi que sur l'octroi de la rente. Certes, au moment de l'expertise, l'assuré était âgé de 58 ans. Cependant, il lui est reconnu une capacité de travail partielle dans son ancienne activité, de sorte qu'aucune mesure de reclassement ne se justifie.

9. A lire le recourant (cf. déterminations du 10 septembre 2020, p. 2), on comprend qu'il demande qu'une nouvelle comparaison des revenus soit effectuée en tenant compte du revenu sans invalidité tel que perçu auprès de son ancien employeur et d'un revenu d'invalidité tiré des statistiques salariales (Enquête suisse sur la structure des salaires [ci-après : l'ESS]).

a) A titre liminaire, il convient de rappeler que lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail

(application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2). En d'autres termes, la comparaison des revenus n'est pas utile lorsqu'il y a une simple diminution du taux de la capacité de travail dans la même activité avant et après l'atteinte à la santé, le taux d'incapacité de travail se confondant avec le degré d'invalidité. Ainsi, que l'on ait recours aux chiffres de l'ESS ou au revenu concret perçu par le recourant, le degré d'invalidité ne change pas puisqu'il correspond au taux d'incapacité de travail de 40 %. Le recours à l'ESS est en effet nécessaire en cas de changement d'activité - situation qui n'entre en l'occurrence pas en ligne de compte.

b) A cela s'ajoute que le recourant a été licencié pour des motifs économiques (cf. rapport d'employeur complété le 5 janvier 2016) et que les atteintes à la santé sont apparues pour l'essentiel après, respectivement en raison de son licenciement. Il s'ensuit que le salaire perçu auprès de son ancien employeur paraît représentatif de sa capacité de gain en tant que personne valide. Le fait d'évaluer la perte de gain sur la base du même salaire qui aurait pu être gagné moins de deux ans après la cessation de l'activité échappe à toute critique. Il n'y a pas lieu d'appliquer les chiffres de l'ESS pour évaluer les revenus avec et sans invalidité. En particulier, il n'est pas admissible dans le cas présent de calculer la perte de gain en se fondant sur deux barèmes différents, soit le salaire touché s'agissant du revenu sans invalidité et les données salariales s'agissant du revenu d'invalidité puisque le salaire après invalidité correspond à celui que le recourant obtenait comme employé de production avant la survenance de l'atteinte à la santé en fonction de l'étendue de la capacité de travail encore exigible.

10. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction apparaît inutile. La requête de mise en œuvre d'une expertise médicale formulée par le recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant

d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

11. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et les décisions attaquées confirmées.

12. a) 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 ; cf. art. 83 LPGA). 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 du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; 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.** Les décisions rendues le 16 décembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de J._____.

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 Philippe Nordmann, avocat (pour J. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :