

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juillet 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguët, juges
Greffière : Mme Girod

* * * * *

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, avocat à Belmont-sur-Lausanne,

et

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

Art. 16, 44 et 61 LPGA ; art. 28 al. 1, 28a al. 1 et 69 al. 1 et 1bis LAI.

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation professionnelle certifiante, a travaillé en qualité de monteur en pneumatiques et ouvrier de production à plein temps, avant d'être atteint dans sa santé en 2013 et de se retrouver en incapacité totale de travailler dès le 16 décembre 2015.

Le 14 juin 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche, d'un diabète insulino-requérant et d'une pancréatite.

Sur demande de l'OAI, un extrait du compte individuel AVS de l'assuré a été versé au dossier le 7 juillet 2016, dont il ressort que des revenus soumis à cotisation ont été déclarés du mois de mars 1989 au mois de décembre 2015.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a reçu le dossier de l'assureur perte de gain maladie I. _____ le 14 juillet 2016. Y figuraient notamment les renseignements médicaux recueillis auprès des médecins consultés par l'assuré (rapports des 4 février et 6 juin 2016 du Dr N. _____, généraliste et médecin traitant ; rapports d'imagerie par résonance magnétique des 1^{er} décembre 2015 et 8 avril 2016 adressés par le Centre [...] au médecin traitant ; rapport du 18 février 2016 du Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; rapport médical intermédiaire établi le 1^{er} février 2016 par le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale). Ces médecins ont notamment posé les diagnostics de périarthrite scapulo-humérale ou capsulite rétractile bilatérale (2013), épicondylite ou tendinopathie bilatérale, calcifiante à droite (2016), hypertension artérielle, diabète insulino-requérant, éthylisme chronique, pancréatite, bursite sous-acromiale et de remodellement dégénératif acromioclaviculaire actif associé à une irrégularité de la face inférieure de l'acromion, susceptible de favoriser un syndrome de conflit sous-acromial.

Le Dr N._____ s'est également prononcé sur la capacité de travail de son patient. Selon lui, la reprise par l'assuré de son activité professionnelle usuelle était peu probable en raison de ce « travail (...) très lourd ». Un recyclage dans une activité plus légère devait cependant être mis en œuvre après amélioration de la capsulite rétractile.

Le document « Questionnaire pour l'employeur : Réadaptation professionnelle/Rente » a été versé au dossier de l'assuré le 5 septembre 2016.

Poursuivant l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli divers renseignements médicaux, lesquels confirmaient les diagnostics liés aux atteintes aux épaules. Ces rapports faisaient état de nouvelles douleurs et fourmillements dans le bras droit, en dépit du traitement de la calcification, et mentionnaient les diagnostics supplémentaires de canal carpien bilatéral, canal cervical étroit et débord discal cervical (rapports du 31 août 2016 du Dr N._____ ; rapport du 11 juillet 2016 du Dr J._____ ; rapport du 20 septembre 2016 de la Dre Q._____, spécialiste en radiologie ; rapport du 6 mars 2017 du Dr O._____, médecin praticien traitant de l'assuré depuis le 1^{er} septembre 2016).

Dans leur avis médical du 11 avril 2017, les Dres K._____ et D._____, médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), ont constaté que la capacité de travail de l'assuré était définitivement nulle dans son activité habituelle depuis le 16 décembre 2015 du fait de la pathologie des deux épaules, mais que les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée devaient être précisées.

Le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, répondant le 5 juillet 2017 aux questions complémentaires de l'OAI, a posé les diagnostics incapacitants d'épaule gelée bilatérale ainsi que de canal cervical étroit et mentionné une « probable mise en place d'un stent cardiaque ». L'assuré était limité dans la fonction de l'utilisation des épaules, singulièrement en rotation

externe, abduction et flexion. Ce spécialiste a attesté une capacité de travail complète devant un ordinateur pour la gestion de stock ou dans d'autres activités ne nécessitant pas le port de charge ou la manipulation d'objets lourds.

Le 14 août 2017, le Centre [...] a confirmé qu'une activité adaptée impliquait l'épargne d'efforts avec les membres supérieurs et évoqué, en sus des diagnostics déjà posés, une cervicalgie et des « troubles dégénératifs avec sténose C6-C7 et C5-6 D [droit] ».

Le 27 avril 2017, l'assuré a subi un triple pontage coronarien en raison d'une maladie coronarienne de trois vaisseaux, soit une occlusion de l'interventriculaire antérieure proximale, une double sténose sévère de l'artère circonflexe et de sa première marginale ainsi qu'une occlusion de la coronaire droite proximale (cf. lettre de sortie du 9 mai 2017 établie par le Dr E._____, spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique ; rapport du 23 août 2018 du Dr O._____.). Après son opération, l'assuré a participé à un programme de réadaptation cardio-vasculaire, bien suivi et sans apparition de signes d'insuffisance cardiaque, d'arythmie ou d'angor (cf. rapport du 19 juin 2017 de la Dre B._____, spécialiste en cardiologie). En outre, selon un rapport du 19 juillet 2018 établi par le Dr L._____, spécialiste en cardiologie, l'assuré a passé un test d'effort incomplet, mais normal sur le plan électrocardiographique et rythmique, résultats permettant de n'envisager aucune investigation complémentaire.

A la demande du SMR, l'OAI a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire au Centre S._____. Cette expertise a été conduite par les Drs F._____, spécialiste en médecine interne générale, X._____, spécialiste en cardiologie, et T._____, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport d'évaluation consensuelle du 30 janvier 2019, les experts ont retenu les diagnostics influant sur les capacités fonctionnelles de capsulite rétractile bilatérale, névralgies cervico-brachiales droite et gauche avec un canal cervical étroit essentiellement en C5-C6, hernie discale C5-C6 médiane ainsi que sténose foraminale C5-C6 droite et C6-C7 gauche sans

myélopathie, douleur lombaire sans canal lombaire rétréci ainsi que de status post infarctus apical et après revascularisation coronarienne chirurgicale. Les limitations étaient d'ordre rhumatologique et cardiologique, alors que les troubles de la marche n'étaient pas secondaires à un canal rétréci, mais plutôt d'origine cardiaque, alliant dyspnée, fatigabilité, faiblesse dans les jambes ainsi que des douleurs thoraciques et sternales. Le rapport faisait état de limitations fonctionnelles prohibant le soulèvement à partir du sol, le porte-à-faux avant ou latéral, le piétinement, la marche prolongée ainsi que l'effort des épaules au-delà de 60° d'abduction et de 30° de rotation externe coudes au corps. Une activité en position assise avec changement de position était préconisée. Les experts ont confirmé que l'assuré, qui n'avait pas tendance à exagérer ses symptômes, présentait une incapacité de travail totale d'origine rhumatologique comme monteur de pneus. Dans une activité adaptée, la capacité de travail résiduelle était de 100% avec une diminution de rendement de 10 % entre décembre 2015 et avril 2017. A compter d'avril 2017, la capacité de travail était limitée par les problèmes cardiaques, avec diminution de rendement du point de vue rhumatologique, pour atteindre taux global résiduel de 70 %. Ils ont cependant précisé que des mesures de physiothérapie, éventuellement dans le cadre d'une réadmission ambulatoire ou stationnaire à la [...], seraient en mesure d'améliorer significativement la capacité fonctionnelle au plan cardiaque et d'avoir un impact sur la capacité de travail.

Etaient notamment annexés au rapport d'expertise pluridisciplinaire le rapport d'expertise rhumatologique établi par le Dr T._____, ainsi que les rapports des Drs F._____ et X._____.

Aux termes d'un avis médical SMR du 11 mars 2019, le Dr V._____ s'est rallié aux évaluations des experts, réitérant sa conclusion relative à l'incapacité totale de l'assuré de travailler dans son activité habituelle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 90 % entre décembre 2015 et mars 2017, nulle entre avril et mai 2017, puis de 70 % dès le mois de juin 2017, date à partir de laquelle l'atteinte cardiaque était invariable et les capacités fonctionnelles de l'assuré

s'étaient objectivement améliorées. Après avoir ajouté de nouvelles limitations fonctionnelle résultant des hypoglycémies dues au diabète, il en a arrêté la liste suivante :

« Pas de travaux en hauteur, pas de conduite automatique, pas d'utilisation de machines dangereuses. Pas de soulèvement à partir du sol, pas de porte-à-faux, pas de piétinement, pas de marche prolongée. Activité sédentaire principalement assis avec alternance de position sur demande. Pas d'effort des épaules au-delà de 60° d'abduction ou de 30°, de rotation externe coude au corps ».

Les 15 et 21 mars 2019, se fondant sur le rapport de l'employeur du 5 septembre 2016, le spécialiste en réadaptation de l'OAI a déterminé le revenu sans invalidité de l'assuré ainsi que le salaire statistique après invalidité selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), éditée par l'Office fédéral de la statistique. Après déduction de 10 % à titre de désavantage salarial dû aux limitations fonctionnelles de l'assuré, le salaire exigible pour l'année 2016 était de 54'110 fr. 75, ce qui correspondait à un préjudice économique de 11.72 %. Dès l'année 2017, le spécialiste a opéré une déduction de 15 % en raison des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation de l'assuré, portant le salaire exigible final à 39'907 fr. 02, ce qui correspondait à un préjudice économique de 35.15 %. Indexé sur la base des mêmes données, le salaire statistique exigible était de 40'066 fr. 64 pour l'année 2018, le préjudice économique demeurant de 35.15 %. Enfin, le spécialiste a précisé quelles activités concrètes l'assuré était en mesure d'exercer.

En date du 22 mars 2019, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Se fondant sur le rapport SMR du 11 mars 2019 et reprenant le calcul de la perte de gain arrêté par le Service de réadaptation, il a retenu que l'assuré pouvait mettre en œuvre sa capacité résiduelle de travail dans des activités non qualifiées adaptées à sa santé dans le domaine de la production et des services. L'OAI a également considéré qu'aucune mesure n'était susceptible de réduire le préjudice économique subi par l'assuré.

Le 28 mai 2019, l'assuré s'est opposé au projet précité et a conclu à l'octroi d'une rente. Il a en substance contesté l'évaluation de son

taux d'invalidité, objectant une persistance des symptômes liés à ses atteintes aux épaules et des réveils nocturnes du fait des douleurs éprouvées. Compte tenu de ses limitations, exercer une activité adaptée à 70 %, taux au demeurant non motivé, ne lui paraissait pas objectivement réaliste. Il a en toute hypothèse requis qu'un abattement de 25 % soit retenu sur le salaire statistique, du fait de sa nationalité étrangère, de ses difficultés à s'exprimer en français, de son âge, de l'absence de toute formation ou expérience professionnelle extérieure à celle de l'activité antérieurement exercée et de l'exercice d'un emploi à temps partiel dans le domaine de l'industrie.

L'assuré a ultérieurement transmis à l'OAI un rapport de contre-expertise établi le 13 juillet 2019 par le Dr P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Au terme d'un examen clinique, l'expert a fait état, en sus des diagnostics exposés dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire, d'un syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral, d'un possible canal carpien bilatéral, d'une neuropathie cubitale au coude droit et de gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire bilatéral. Dans le cadre de son appréciation, il a notamment mis en évidence que le développement d'une affection des épaules vers un TOS était assez classique chez les patients diabétiques. Ce diagnostic était tout à fait cohérent avec l'absence de compression radiculaire objectivable au niveau cervical et d'une symptomatologie pluri-radiculaire (plutôt plexuelle) au membre supérieur. Il en résultait une compression fonctionnelle du plexus brachial limitant également les capacités fonctionnelles des membres supérieurs. L'expert a au surplus relevé ce qui suit :

« [...] Ainsi, en ne considérant que les membres supérieurs, il convient de retenir les limitations suivantes dans une activité professionnelle : activité au-dessus du niveau des épaules, mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, et/ou maintien d'une position statique des membres supérieurs en légère flexion et/ou abduction d'épaule.

En ce qui concerne le rachis, au vu des troubles statiques et dégénératifs, ainsi que du syndrome cervico-dorso-lombo-vertébral, sont proscrites les positions statiques prolongées (assis, debout, position fixe devant un écran ou une place de travail, etc.), le port

de charges modérées à lourdes, les positions en porte-à-faux ou en torsion du tronc.

En ce qui concerne les genoux, de par le syndrome fémoro-patellaire et une possible méniscopathie associée ddc [des deux côtés], sont à éviter les agenouillements, accroupissements, montées/ descentes régulières de pentes et/ou d'escaliers, ainsi que les mouvements de torsion des genoux.

Enfin, sur le plan cardiologique, les capacités physiques restent encore quelques peu limitées en termes d'effort maximal et d'endurance.

L'on peut par ailleurs s'interroger sur l'état artériel des membres inférieurs, étant donné l'atteinte artérielle coronarienne, les facteurs de risques cardio-vasculaires et la symptomatologie de claudication intermittente (davantage que de claudication neurogène). Même si tous les pouls périphériques sont palpés, il n'est pas exclu que M. [...] souffre aussi d'une artériopathie des membres inférieurs qu'il vaudrait la peine d'investiguer et qui le limite potentiellement dans ses déplacements à pieds.

Compte tenu de toutes les limitations susmentionnées, auxquelles l'on peut encore ajouter un léger déficit de supination de l'avant-bras G [gauche] (dans la perspective d'une activité manuelle), ainsi que la nécessité de travailler dans une activité manuelle étant donné la non-maîtrise du français, l'on voit difficilement quel profil de poste lui conviendrait.

En effet, si l'on établit sa capacité de travail théorique, l'on peut dire que :

- Sur le plan rachidien, l'endurance est limitée de par le syndrome, cervico-dorso-lombo-vertébral, d'où nécessité de faire une pause de 5 minutes toutes les 30 minutes et de réduire la durée du travail dans la journée de 25 à 50% (prenons 25 % pour être optimiste) : la capacité résiduelle est de 62 %.

- A cela s'ajoute le besoin de respecter des pauses pour les membres supérieurs (épaules et TOS) ; disons env. 1 minute toutes les 10 minutes : la capacité résiduelle descend à 56 %.

- De par ses atteintes rachidiennes, des épaules et du TOS, il n'y a pas que l'endurance qui est limitée, mais également le rythme global de travail ; car M. [...] va et doit éviter les mouvements brusques du tronc, de la nuque, des épaules, afin de limiter une accentuation des contractures musculaires ainsi que la dépense énergétique musculaire (donc la fatigue, les crispations, les douleurs et l'accentuation des limitations fonctionnelles) ; l'on atteint ainsi au grand maximum une capacité de travail de 50%.

- À cela s'ajoute le fait qu'on ne peut exiger de M. [...] de trop se déplacer/bouger en termes de marche, utilisation des escaliers, accroupissements, agenouillements, élévation des membres supérieurs, positions inclinées fréquentes du tronc, port de charges.

Par conséquent, même si l'on essaie de faire émerger de ces limitations une exigibilité professionnelle - de maximum 50% - , celle-ci n'a de sens que si le profil de travail exigible correspond à quelque chose sur le marché du travail, ce que j'ai honnêtement de la peine à voir dans le cas présent. De fait, M. [...] a des capacités qui correspondent plutôt à une activité occupationnelle (atelier

protégé ou autre), dans laquelle il pourrait travailler à son rythme, faisant des pauses et/ou bougeant lorsqu'il en ressent le besoin. J'estime donc que l'exigibilité retenue par les experts du [...] est largement surévaluée et que la capacité de travail de M. [...] n'est guère supérieure à celle d'une activité occupationnelle (ou à faible pourcentage chez un employeur complaisant).

Rappel des limitations en relation avec les troubles constatés

- Port de charges < 2-3 kg avec chacun des membres supérieurs
- Activité au-dessus du niveau des épaules
- Activité impliquant des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs (ex : travail à la chaîne ou à la caisse, etc.)
- Activité impliquant une flexion et/ou abduction prolongée des épaules, même de faible amplitude
- Maintien d'une position statique, assise ou debout
- Position en porte-à-faux ou torsion du tronc
- Positions accroupies, agenouillées
- Montées/ descente régulières de pentes ou d'escaliers
- Travail au-delà de la demi-journée (manque d'endurance musculaire)
- Mouvements de prono-supination répétitifs avec l'avant-bras gauche ».

Dans un nouvel avis SMR daté du 16 janvier 2020, le Dr V._____ s'est prononcé sur les deux rapports d'expertise au dossier. Il a accordé une valeur prépondérante aux conclusions des premiers experts et maintenu celles de son rapport du 11 mars 2019, relevant notamment ce qui suit :

« 1- Le Dr [...] annonce, certes, de nouveaux diagnostics (TOS, syndrome fémoropatellaire) mais l'état de santé décrit dans son rapport n'est pas significativement différent de celui examiné lors de l'expertise de 2018. Le profil des limitations fonctionnelles n'est pas modifié.

1.1 Le Dr [...] range diverses douleurs aux membres supérieurs sous le diagnostic de TOS (« Thoracique Outlet Syndrome »). Celles-ci évoluent depuis 2017, elles ont été prises en compte lors de l'expertise et ont suscité des LF [limitations fonctionnelles] visant à épargner ces membres.

1.2 L'apparition des gonalgies n'est pas datée [...]. Toutefois, des restrictions du périmètre de marche étaient déjà connues lors de l'expertise. Ainsi, les limitations d'épargne des genoux ne modifient pas significativement le profil de l'activité adaptée retenue à l'issue de l'expertise de Novembre 2018 : « Activité sédentaire principalement assise sans marche prolongée etc... ».

2- Le Dr [...] forme une appréciation différente de la CT [capacité de travail].

2.1 Le Dr [...] est amené à former son appréciation sur des éléments d'ordre cardiologique qui ne relèvent pas de son domaine de compétence. Face à la complexité du cas et à l'intrication des

plaintes, l'appréciation consensuelle formée par 3 médecins différents, dont un cardiologue, nous semble avoir une valeur supérieure à la sienne.

2.2. L'appréciation de la CT exigible par le Dr [...] procède d'une addition stricte des différentes atteintes. Ainsi, le Dr [...] estime qu'une pause spécifique pour les membres supérieurs doit s'ajouter à celle déjà retenue pour le rachis [...] comme si, lors d'une pause, l'ensemble des articulations ne bénéficiaient pas de ce repos. Usuellement, il existe une pondération de la part des experts, d'autant plus que l'activité est adaptée et épargne déjà lesdites articulations.

2.3 Les indicateurs standards permettant l'appréciation de la CT ne sont que partiellement remplis. Ainsi, le module Cohérence/Comportement n'est pas suffisamment renseigné contrairement à l'expertise [...].

2.4 Son appréciation prend en compte des considérations relatives à l'état du marché du travail et aux facteurs socio-éducatifs étrangères au cadre de l'AI [...] ».

Le 19 février 2020, l'OAI a rendu une décision de refus de rente au contenu identique à celui du projet du 22 mars 2019. Dans une prise de position du même jour faisant partie intégrante de cette décision, l'OAI a exposé que la contestation de l'assuré n'avait pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, l'expertise privée fournie par l'assuré devant être écartée. Concernant le taux d'abattement, l'OAI a apporté les précisions suivantes :

« Après un nouvel examen, nous pourrions tenir compte du critère de l'âge sans toutefois dépasser une réduction totale de 15%. S'agissant de la nationalité, il est à relever que vous êtes en possession d'un permis d'établissement de type C. Et comme pour l'âge, il est à relever que si nous en tenions compte, elle ne changerait pas le taux d'évaluation global. Concernant le taux d'occupation, nous en avons déjà tenu compte. S'agissant de la maîtrise du français et du fait qu'il n'existe aucune expérience professionnelle ni formation professionnelle en dehors de l'expérience acquise dans le domaine du montage/démontage de pneu, ceux-ci ne doivent pas être pris en considération, car ces critères sont étrangers à l'état de santé.

En conclusion, nous maintenons nos calculs des préjudices économiques, à savoir un abattement de 10 % pour l'année 2016 et de 15 % pour l'année 2017/2018 ».

B. Par acte du 6 mars 2020, M. _____ a recouru à l'encontre de cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de son dossier pour instruction complémentaire relative à sa capacité de gain. En substance, le recourant a contesté la capacité de travail

résiduelle retenue par l'intimé. Au surplus, le recourant a indiqué souhaiter des conseils juridiques et réserver son droit de compléter son recours une fois ceux-ci obtenus.

L'intimé a conclu au rejet du recours par réponse du 29 mai 2020.

Dans une décision du 2 juillet 2020, l'assistance judiciaire a été accordée au recourant avec effet au 6 mars 2020, comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me François Gillard.

Désormais représenté par son conseil, le recourant a complété son écriture le 19 octobre 2020, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois d'avril 2018, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction puis nouvelle décision d'octroi de rente. Il a en substance remis en cause la valeur probante des rapports d'expertise sur lesquels l'intimé avait fondé la décision litigieuse, estimant notamment qu'ils écartaient sans motivation suffisante certaines limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr P. _____ et procédaient d'une appréciation erronée de son état de santé actuel ainsi que de sa capacité de travail. En outre, il a contesté le caractère adapté des activités professionnelles retenues par l'intimé, étant précisé que la diminution de rendement, arrêtée à 15 % par l'intimé selon lui, ne pouvait être inférieure à 30 % au regard des diagnostics retenus. Compte tenu des divergences entre les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire et celles du rapport de contre-expertise privée, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail et les limitations fonctionnelles existantes.

C. Par courrier du 12 janvier 2021, le Juge instructeur a avisé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire comprenant des volets rhumatologique, cardiologique et de médecine interne. Le mandat d'expertise a été confié au Centre Y. _____, lequel a

transmis, par courrier du 2 mars 2021, les noms des experts mandatés, tout en précisant qu'un volet neurologique paraissait également nécessaire.

Le 26 novembre 2021, la Dre W._____, spécialiste en médecine interne, a remis le rapport d'expertise, dont elle avait discuté les conclusions dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire avec la médecin responsable, également spécialiste en médecine interne. Etaient joints les rapports d'expertises du Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie, du Dr G._____, spécialiste en neurologie, ainsi que du Dr R._____, spécialiste en cardiologie.

Au terme du bilan neurologique effectué le 7 octobre 2021, le Dr G._____ a exclu le diagnostic de syndrome de déficit thoracique neurogène posé par le Dr P._____. L'expert neurologue a indiqué que les plaintes du recourant étaient plausibles et cohérentes avec les éléments objectifs. Les pathologies neurologiques existantes n'empêchaient toutefois pas le recourant d'exercer une activité adaptée de nature similaire à celle retenue par les experts du [...].

Dans son rapport d'expertise rhumatologique du 7 octobre 2021, le Dr Z._____ a notamment mis en évidence un syndrome douloureux chronique. La douleur, ni démontrable ni réfutable médicalement, n'était pas mesurable et ne constituait pas une maladie, mais un symptôme. Il a mis en évidence un contraste entre les limitations fonctionnelles sévères rapportées par le recourant et l'absence de raideur ainsi que d'amyotrophie. Bien qu'il ne puisse s'expliquer ce contraste sur le plan somatique, cela ne remettait pas en doute l'authenticité des plaintes majeures exprimées. Du point de vue médico-théorique, l'expert a attesté une capacité de travail complète pour toute activité physique légère ne nécessitant pas des mouvements au-dessus du plan sagittal ou à plus de 90° d'abduction d'élévation antérieure des épaules.

Selon le rapport d'expertise cardiologique du 26 octobre 2021, le Dr R._____ a relevé que la dyspnée présentée par l'assuré le limitait

beaucoup dans sa capacité fonctionnelle et sa tolérance à l'effort, ce qui contre-indiquait tout travail physique, même minime. Evoquant un potentiel de récupération influant sur le type de travail exigible, il a estimé nécessaire de procéder à des examens complémentaires, afin de rechercher une éventuelle progression de la coronaropathie sous-jacente.

Dans le cadre du rapport de synthèse du 26 novembre 2021, les experts ont retenu les diagnostics principaux de cardiopathie ischémique et hypertensive (I25.2), diabète de type 2 insulino-requérant (E10.7), facteurs de risque cardiovasculaire autre que le diabète, omalgies bilatérales chroniques (M79.6), gonalgies bilatérales avec gonarthrose radiologique à droite (M79.6/M 17.9), cervicalgies et lombalgies avec troubles dégénératifs radiologiques (M54.2/M54.5), Dupuytren des quatrièmes rayons des deux côtés (M72.0), syndrome de dépendance à l'alcool avec signes de pancréatite chronique avec calcification du Wirsung, actuellement abstinent (F10), status après ulcère bulbaire en 1984, status après fracture du radius-cubitus gauche vers 1985, status après appendicectomie pour péritonite et cure de hernie de la ligne blanche vers 1984. A l'inverse, les experts ont écarté les diagnostics d'artériopathie des membres inférieurs, de TOS et de syndrome radiculaire aux membres supérieurs ou inférieurs, évoqués dans le rapport de contre-expertise du Dr P._____.

Les experts ont conclu à une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité de monteur de pneus ainsi que dans toute activité physiquement lourde, en raison des atteintes à la santé cardiaque dont souffrait le recourant. Compte tenu de l'intrication de l'ensemble des atteintes à la santé, les experts ont émis des doutes quant à la possibilité concrète du recourant de reprendre une activité physique lourde, indépendamment de l'éventuelle mise en évidence, par test d'imagerie fonctionnelle recommandé par le cardiologue expert, d'une composante ischémique potentiellement améliorable. Les limitations fonctionnelles concernaient les travaux en hauteur, la conduite professionnelle de véhicules, l'utilisation de machines dangereuses, le travail en hauteur sur des échelles ou des échafaudages, les activités physiques lourdes avec

port de charges, les soulèvements à partir du sol, les mouvements en porte-à-faux, les piétinements, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, les efforts des épaules ou de 90° d'abduction ainsi que d'élévation antérieure des épaules ou de travail au-dessus du plan sagittal. D'autres limitations impliquaient aussi les activités physiques soutenues avec stress de rendement, rendant notamment impossible la mesure de la glycémie ou la correction des hypoglycémies. Ils se sont ralliés aux conclusions du premier rapport d'expertise pluridisciplinaire, qui décrivait des limitations fonctionnelles similaires. Une activité sédentaire, permettant la prise de repas à horaires réguliers ainsi que les autocontrôles glycémiques et corrections d'hypoglycémies, était compatible avec l'ensemble des diagnostics incapacitants. Confirmant les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 janvier 2019, les experts ont attesté une capacité de travail résiduelle entière du recourant dans une telle activité adaptée. L'intrication des problèmes physiques, des douleurs globales et du déconditionnement physique engendrait une diminution de rendement de 10 %, essentiellement en lien avec les problèmes de l'épaule, entre décembre 2015 et avril 2017, puis de 30 % dès le mois de juin 2017, incluant des temps de pause pour changer de position répartis régulièrement sur la journée et la semaine de travail. Les experts ont également fait état de l'existence de facteurs non médicaux semblant être de mauvais pronostics quant à une réinsertion réelle dans le monde économique libre. Ils ne pouvaient toutefois exclure l'exercice de toute activité légère théorique adaptée. Au plan des mesures thérapeutiques, il n'existait pas de traitement spécifique rhumatologique lié à la capsulite rétractile, mais une activité physique régulière était à encourager pour la cardiopathie ischémique. Il n'existait pas davantage de traitement spécifique pour le syndrome du tunnel carpien ou la polyneuropathie périphérique des membres inférieurs.

Les rapports d'expertise ont été communiqués aux parties par courrier du 30 novembre 2021.

Par pli du 13 décembre 2021, l'intimé a constaté la valeur probante du rapport précité, dont les conclusions rejoignaient celles de

l'expertise qu'il avait mandatée dans le cadre de l'instruction de la demande. Par conséquent, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Se déterminant le 3 février 2022, le recourant a fait part de son étonnement quant à la capacité de travail résiduelle entière retenue par les experts, qu'il a au demeurant contestée compte tenu de l'ensemble des diagnostics posés. Il a requis un complément d'expertise, afin que soit clarifiée sa capacité de travail exigible compte tenu de la recommandation des experts relative aux temps de pauses, demandant notamment si l'activité adaptée était à temps partiel et impliquait une diminution de rendement supplémentaire. Il a de surcroît allégué que c'était à tort que les experts n'avaient pas investigué le diagnostic d'éventuelle ischémie résiduelle, lequel influait sur ses limitations fonctionnelles, sa capacité résiduelle de travail et son rendement. De même, la qualification précise de l'activité adaptée exigible, des horaires de travail et du rendement y relatifs, n'avait pas été explicitée. Compte tenu des limitations fonctionnelles, de l'exercice d'une activité adaptée à temps partiel comportant des temps de pause supplémentaires et un rendement inférieur à ceux d'autres travailleurs, l'application des salaires statistiques n'était pas adaptée à sa situation. Il convenait par conséquent de procéder à une détermination plus fine du revenu exigible après atteinte à la santé.

Appréciant les preuves de manière anticipée, le Juge instructeur a rejeté la demande de complément d'expertise présentée par le recourant, sous réserve de l'avis contraire de la Cour ; un jugement serait rendu dès que la charge du tribunal le permettrait.

Le 22 février 2022, le conseil du recourant a produit la liste des opérations accomplies dans le cadre de son mandat d'office.

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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail et de son degré d'invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 19 février 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire (art. 29 al. 1 LAI).

c) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

4. a) Pour 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

En présence d'une expertise médicale judiciaire, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions du rapport,

la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. a) Il ressort de l'ensemble des documents médicaux produits en cours de procédure que le recourant présente des atteintes somatiques, singulièrement rhumatologiques et neurologiques aux membres supérieurs (omalgies, capsulites rétractiles, épaules gelées ou périarthrites scapulo-humérale d'une part, épicondylites ou tendinopathies d'autre part) et inférieurs. Il est constant que ces atteintes engendrent une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité antérieure ainsi que dans toute activité physiquement lourde.

Se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire confiée aux Drs F._____, X._____ et T._____ ainsi que sur l'avis SMR du Dr V._____ du 11 mars 2019, l'intimé a retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle de 90 % entre décembre 2015 et avril 2017 puis de 70 % dès le mois de juin 2017, dans une activité sédentaire légère adaptée à son état de santé. Le service de réadaptation de l'intimé a ainsi estimé exigible les activités adaptées de nature suivante (REA - Calcul du salaire exigible du 15 mars 2019, p. 1) :

« travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres) ».

Le recourant a opposé à ces conclusions une contre-expertise privée, selon laquelle sa capacité de travail résiduelle n'est guère supérieure à celle d'une activité occupationnelle ou à concurrence de 50 % auprès d'un employeur complaisant. Cette divergence se fonde essentiellement sur l'estimation par l'expert privé des limitations fonctionnelles de l'assuré résultant de nouveaux diagnostics relatifs à la symptomatologie douloureuse ainsi que de l'atteinte cardiaque.

b)

aa) Afin de clarifier les diagnostics ainsi que les limitations fonctionnelles en résultant sur la capacité de travail du recourant, la juridiction de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Dans le cadre de cette dernière, le recourant a été examiné par les Drs W._____, G._____, Z._____ et R._____.

Ces médecins ont posé les diagnostics incapacitants de cardiopathie ischémique et hypertensive (I25.2), omalgies bilatérales chroniques (M79.6), gonalgies bilatérales avec gonarthrose radiologique à droite (M79.6/M17.9), cervicalgies et lombalgies avec troubles dégénératifs radiologiques (M54.2/M54.5) ainsi que de diabète de type 2 insulinorequérant (E10.7), lequel impliquait les sous-diagnostics incapacitants de néphropathie (également d'origine hypertensive probable ; N08.3), polyneuropathie sensitive et ataxique des membres inférieurs (H36.0) et de syndrome du tunnel carpien bilatéral léger à modéré en partie au moins d'origine diabétique possible (G56.0) (rapport de synthèse du 26 novembre 2021, partie A/5, p. 18).

En revanche, les experts ont exclu les complications potentielles évoquées par le Dr P._____, lesquelles n'ont pas été documentées. Ainsi, les experts ont écarté l'existence d'une artériopathie des membres inférieurs en se référant à des investigations postérieures au rapport d'expertise privée, notamment sous forme d'un examen angiologique, figurant au dossier. De même, l'expertise neurologique, comprenant un examen électrophysiologique, a permis d'écarter les

diagnostics de TOS et de syndrome radiculaire aux membres supérieurs ou inférieurs, lequel aurait expliqué des limitations significatives en lien avec les cervicalgies et les lombalgies. Partant, le Dr G._____ a également rejeté le syndrome fémoro-patellaire évoqué par le Dr P._____ (cf. rapport de synthèse du 26 novembre 2021, parties A/5.2, B/1.3 et B/4.2, p. 21, 25 et 27).

Après avoir posé le tableau clinique, les experts ont déterminé les limitations fonctionnelles en résultant. Les risques d'hypoglycémies résultant du diabète insulinorequérant contre-indiquaient les travaux avec risques de chute, la conduite professionnelle de véhicules, l'utilisation de machines dangereuses et les travaux en hauteur sur échelle ou échafaudages. Les atteintes ostéoarticulaires empêchaient l'exercice de l'activité antérieure, alors que les activités physiques légères, ne nécessitant pas d'effort des épaules, de mouvement au-dessus du plan sagittal ou à plus de 90° d'abduction ainsi que d'élévation antérieure des épaules restaient exigibles. Au plan cardiologique, les experts ont retenu des limitations quant à une activité professionnelle lourde et même moyenne en termes de port de charge, recommandant une activité sédentaire. Cette recommandation tenait également compte des atteintes aux épaules, des cervicalgies, des lombalgies et de la gonarthrose. De même, les limitations étaient compatibles avec la polyneuropathie des membres inférieurs, laquelle limitait uniquement les déplacements prolongés ou sur terrain irrégulier. Enfin, une activité de manutention légère, sans mouvement extrêmement fin et répétitif des doigts, restait exigible en dépit du syndrome du tunnel carpien. Compte tenu de l'intrication des diagnostics, les mouvements en porte-à-faux, les piétinements et les activités physiques soutenues avec stress de rendement étaient également prohibées (rapport de synthèse du 26 novembre 2021, parties B/1.1, B/1.3, B/2 et B/4, p. 24 à 26).

Au terme du rapport de synthèse, les experts ont retenu qu'une activité sédentaire était compatible avec l'ensemble des atteintes à la santé. Si la capacité de travail médico-théorique était entière, il y avait néanmoins lieu de retenir une diminution de rendement au regard de

l'intrication des diverses pathologies, de l'existence de douleurs globales ainsi que d'un déconditionnement physique présent depuis cinq ans au moins. Entre décembre 2015 et avril 2017, les experts ont estimé à 10 % cette baisse de rendement, en lien avec les atteintes des épaules. Dès juin 2017, la baisse de rendement globale était de 30 % (cf. rapport de synthèse du 26 novembre 2021, partie B/4, p. 26 s.).

Dans ce contexte, les tests de fonction cardiaque étaient suffisamment stables au cours des dernières années pour que les experts puissent se prononcer sur une limitation définitive relative aux activités physiques lourdes. En dépit de la validité de la suggestion du cardiologue expert tendant à rechercher, par un test d'imagerie fonctionnelle, une composante ischémique potentiellement réversible, les experts ont en tout état de cause émis des doutes quant à la possibilité de reprise d'une activité physique lourde en raison de l'intrication des atteintes à la santé (rapport de synthèse du 26 novembre 2021, partie B/1.1, p. 24).

bb) Compte tenu de ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise judiciaire, dont l'appréciation est précise, détaillée et les conclusions sont motivées, cohérentes avec les éléments du dossier et convaincantes. En effet, les experts judiciaires ont procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Ils ont rendu compte des plaintes du recourant, qu'ils ont soigneusement listées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Les diagnostics ont été posés à l'issue d'examens cliniques complets, parfois complétés par des examens paracliniques mis en œuvre par les experts. Dans leur analyse du cas, ces spécialistes ont distingué les éléments subjectifs de leurs observations cliniques pour évaluer la capacité de travail. Ainsi, ils ont notamment relevé ne pas pouvoir valider l'appréciation subjective que le recourant donnait dans le sens d'une incapacité de travail complète dans une activité adaptée. Ils ont également pris un soin particulier à exposer les motifs pour lesquels ils s'écartaient ou se ralliaient aux diagnostics posés dans les différentes pièces médicales produites, en particulier le rapport

de contre-expertise privée. Le rapport d'expertise judiciaire remplit ainsi les réquisits jurisprudentiels topiques (cf. consid. 4b ci-dessus).

c)

aa) Le recourant soutient que les experts ont statué prématurément, en particulier sans avoir mis en œuvre l'examen cardiologique complémentaire évoqué par l'expert cardiologue.

Cependant, et comme développé ci-dessus, les experts ont déterminé la capacité de travail actuelle du recourant. Leur appréciation ne tient ainsi pas compte de l'éventuelle amélioration évoquée par l'expert cardiologue, si bien que le recourant ne peut s'estimer lésé par ces conclusions. De plus, si la mise en œuvre d'un tel examen conserve sa pertinence comme piste de traitement de l'atteinte cardiaque du recourant, elle aurait tout au plus permis d'envisager une activité moins sédentaire comme étant adaptée à ses limitations fonctionnelles. Or, les experts ont en tout état de cause écarté la possibilité pour le recourant de reprendre une telle activité du fait de l'intrication des diagnostics posés. Leurs conclusions sont motivées, convaincantes et l'expertise a été mise en œuvre dans les règles de l'art. Dans ces conditions, ordonner un examen complémentaire est dépourvu d'utilité pour trancher le présent litige.

bb) Le recourant fait en outre valoir la nécessité d'un complément d'expertise, en lien avec différents griefs relatifs à la diminution de rendement de 30 % retenue par les experts, à l'existence de limitations fonctionnelles supplémentaires compte tenu des pathologies existantes et à la détermination concrète de l'activité adaptée à son état de santé.

Concernant la diminution de rendement, la Cour de céans relève que les déterminations des experts ne contiennent aucune ambiguïté. En effet, les limitations fonctionnelles du recourant influent tant sur la qualification de l'activité adaptée que sur celle du rendement encore exigible. La capacité de travail du recourant peut effectivement

être arrêtée à 70% dans une activité adaptée dès le mois de juin 2017, comme cela résulte de la décision entreprise et des conclusions du rapport d'expertise. C'est en vain que le recourant allègue que ce taux est insuffisamment motivé, les conclusions des experts sur ce point reposant sur une appréciation circonstanciée de l'ensemble des éléments médicaux pertinents.

De même, la Cour de céans estime que la lecture du rapport d'expertise permet de comprendre que les temps de pause préconisés par les experts ont été intégrés dans la diminution de rendement recommandée.

Il convient de relever que, contrairement à ce que soutient le recourant, il n'appartenait pas aux experts de définir les activités raisonnablement exigibles de manière concrète. En effet, conformément à la jurisprudence topique (cf. notamment TFA I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1 et les références citées), les renseignements médicaux constituent uniquement un élément important pour apprécier la nature de telles activités. Il revient en revanche au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque. Or, dans le cas d'espèce, les activités raisonnablement exigibles avec invalidité ont été déterminées par le service compétent de l'intimé après évaluation de l'ensemble des renseignements médicaux figurant au dossier du recourant, singulièrement des conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire, dont les experts judiciaires ont confirmé la teneur. Les activités adaptées exigibles ont ainsi été établies à satisfaction de droit par l'intimé.

Quant aux limitations fonctionnelles, celles-ci ont également été adéquatement déterminées par les experts, lesquels ont discuté l'ensemble des diagnostics figurant au dossier du recourant ou posés lors

de leurs examens cliniques. La critique du recourant s'avère ainsi infondée.

cc) Au regard des considérations qui précèdent, il n'est pas nécessaire de donner suite à la réquisition du recourant tendant à un complément d'expertise au plan cardiologique ou à une détermination des experts judiciaires sur l'éventuelle prise en compte des temps de pause recommandés dans la diminution de rendement de 30 % retenue lors de l'exercice de l'activité adaptée exigible, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit dans le cadre de l'expertise judiciaire mise en œuvre et librement appréciés par la présente juridiction.

d) Compte tenu de ce qui précède, le recourant dispose objectivement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sédentaire adaptée, dans un contexte de travail à épargne physique complète, avec les diminutions de rendement retenues par les experts. Cela équivaut aux capacités de travail arrêtées par l'intimé dans la décision entreprise, soit 90 % en 2016 et 70 % dès juin 2017.

6. Le recourant conteste encore l'évaluation du taux d'invalidité.

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la

personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans dans l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

aa) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

bb) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

cc) La jurisprudence considère cependant que, dans l'ESS, le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives

dans les secteurs de la production et des services recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. En conséquence, il s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, de sorte que ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les intéressés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides (cf. TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3). Par ailleurs, est seule déterminante la question de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui. Il n'y a pas lieu d'examiner si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3).

dd) La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 ad art. 7).

c) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2).

7. a) En l'espèce, l'intimé a correctement déterminé le revenu sans invalidité, en se référant au revenu cotisant obtenu par l'assuré en 2015 conformément au rapport de l'employeur, indexé à 2016, 2017 et 2018, ce que le recourant ne conteste pas. L'intéressé critique cependant le mode de calcul du revenu avec invalidité retenu par l'intimé, alléguant que le recours aux salaires statistiques est inadapté dans son cas.

Or, selon la jurisprudence topique (cf. consid. 6b/cc ci-dessus), l'ESS vise précisément à trouver application lorsque des assurés se trouvent dans la situation du recourant. De même, les limitations fonctionnelles retenues dans le cadre de l'activité sédentaire adaptée, ne sont pas si contraignantes qu'elles rendraient impossible l'exercice d'activités existant sur le marché général du travail entrant en considération. Au surplus, bien que le recourant conteste l'application des salaires statistiques, il n'indique pas la méthode dont l'utilisation serait plus opportune aux fins de la détermination du revenu avec invalidité dans son cas. C'est donc à bon droit que l'intimé a fait application des salaires statistiques dans le cas d'espèce.

b) Le recourant semble en outre contester le taux de 15 % retenu par l'intimé à titre de déduction sur le revenu d'invalidité exigible, sans pour autant conclure à ce que celle-ci soit portée à 25 % comme il l'a fait dans le cadre de ses observations à l'encontre du projet de décision.

En l'espèce, le recourant présente des limitations fonctionnelles, tout de même importantes, susceptibles de restreindre sa disponibilité et, partant, de constituer un désavantage par rapport à des

travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels. L'intimé a tenu compte, en sus des limitations précitées, des effets que peuvent avoir les facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte, tel le parcours professionnel du recourant jusqu'à ce jour, sa mauvaise connaissance de la langue française, son absence prolongée du marché du travail et son âge (54 ans au moment de la décision litigieuse), sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité légère (cf. TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.2 et 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.4). Son appréciation globale menant à un abattement de 10 % pour l'année 2016 puis de 15 % dès le mois de juin 2017 compte tenu de l'aggravation de l'état de santé du recourant ne paraît pas excessive et est convaincante.

Pour le surplus, les calculs opérés par l'intimé ne prêtent pas flanc à la critique et le recourant ne soulève pas d'argument à cet égard.

c) Compte tenu de ce qui précède, le degré d'invalidité, correctement établi par l'intimé à 11.72 % en 2016, respectivement à 35.15 % en 2017 et 2018, est insuffisant pour ouvrir au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

8. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à cette dernière, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc

provisoirement supportés par l'Etat et Me Gillard peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 22 février 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'730 fr., débours par 5 % et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

e) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me François Gillard, conseil du recourant, est arrêtée à 1'730 fr. (mille sept cent trente francs), débours et TVA compris.

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

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me François Gillard (pour M. _____),
- 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).

La greffière :

