

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 septembre 2024

Composition : M. PARRONE, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Lionel Ducret, avocat à Vevey,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28, 28a, 29 al. 1 LAI ; 25, 26, 49, 87, 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], divorcé, père d'un enfant né en [...], titulaire d'un CFC de mécanicien, a exercé dans son métier jusqu'en 1997 puis a changé de domaines d'activité à plusieurs reprises. En dernier lieu, il a travaillé comme contremaître dans une entreprise de peinture jusqu'en novembre 2013. Il s'est inscrit au chômage puis, en arrêt de travail notamment en raison de douleurs lombaires, il a touché des indemnités de perte de gain jusqu'en septembre 2014 avant de s'annoncer auprès du Centre social régional (CSR).

L'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce le 7 janvier 2015, puis une demande de prestations le 8 avril 2015. Instruisant la demande, l'OAI a obtenu en particulier les pièces médicales suivantes :

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire du 18 juin 2014, signalant une légère sténose canalaire en L3-L4 sur protrusion discale, une sténose canalaire modérée en L4-L5 sur hernie discale et une sténose canalaire L5-S1 sur hernie discale ;
- un rapport de consultation établi le 11 juillet 2014 par le Prof. V._____, spécialiste en neurochirurgie, concluant à un tableau clinique « lombaire » plutôt que « radiculaire » dans un contexte de troubles dégénératifs pluri-étagés pour lequel une chirurgie décompressive paraissait contre-indiquée ;
- un questionnaire médical de l'OAI rempli le 13 mai 2015 par le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, posant les diagnostics de lombalgie sévère, hernie discale L4-L5 ainsi que sténose calaisienne L3-L4, et attestant d'une incapacité de travail de 100 % dans toute activité.

L'OAI a mandaté la Dre U._____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, pour procéder à une expertise rhumatologique. Dans son rapport du 5 juillet 2016, l'experte a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies avec discopathie L5-S1 médiane et paramédiane gauche et, sans répercussion sur la capacité de travail, de discopathies pluri-étagées de L3-L4 à L5-S1 avec arthrose articulaire postérieure en L4-L5 et L5-S1. Les limitations fonctionnelles étaient la station debout de 2 à 3 heures, la station assise prolongée, le maintien debout en porte-à-faux du tronc, les mouvements répétitifs en flexion-extension du rachis lombaire et les mouvements en rotation, la marche sur terrain instable, le travail en hauteur, le port de charge de 5 kg à 8 kg occasionnellement. En conséquence, les activités précédemment exercées de peintre en bâtiment et de mécanicien sur automobile n'étaient plus possibles. Dans une activité adaptée, dont celle de vendeur de voitures déjà exercée par le passé, la capacité de travail était de 100 % depuis fin février 2015.

Par décision du 30 mars 2017, confirmant son projet du 9 janvier 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle celle de vendeur de voitures qu'il avait déjà exercée. La comparaison des revenus, fondée sur les statistiques avec comme revenu sans invalidité le salaire de référence pour des tâches physiques ou manuelles simples tous domaines confondus et comme revenu sans invalidité le salaire de référence applicable aux personnes qualifiées dans le domaine du commerce de gros, commercialisation et réparation d'automobiles, révélait un degré d'invalidité de 3,77 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles.

B. L'assuré a déposé une seconde demande de prestations le 10 décembre 2021, en précisant que son atteinte lombaire s'était aggravée, nécessitant trois opérations en 2019, 2020 et 2021.

Invité par l'OAI à rendre plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, l'assuré a produit un rapport établi le 31 janvier 2022 par le Dr L._____, spécialiste en neurochirurgie, exposant que son patient présentait une situation complexe du point de vue spinal, ayant nécessité trois interventions en février 2019, mai 2020 et juin 2021. En conséquence, une activité professionnelle était possible à 30 % maximum dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité limitée à 3 heures par jour, sans mouvements de rotation ou de soulèvement de poids supérieurs à 10 kg et sans position assise ou debout de plus de 20 minutes.

Suivant la recommandation émise lors de la permanence du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 28 février 2022, l'OAI est entré en matière sur la demande et a adressé un questionnaire médical au Dr L._____. Ce spécialiste a répondu le 18 février 2022 en se référant aux pièces jointes à son envoi. Il ressort de celles-ci que l'assuré a subi une laminectomie L3-L5 le 26 février 2019 (cf. compte-rendu opératoire du 26 février 2019), s'inscrivant dans le cadre d'une lipomatose et d'une claudication neurogène (cf. rapport de consultation post-opératoire Dr L._____ du 8 avril 2019). L'évolution clinique subjective s'était révélée bonne sur le plan des radiculopathies, mais le patient avait rapidement rapporté des lombalgies invalidantes persistantes malgré son assiduité au Programme Rachis. En conséquence, après un nouvel examen IRM réalisé le 20 janvier 2020, il a été décidé de procéder à une stabilisation et fusion par voie postérieure de L4-L5 et un complément de laminectomie en L2-L3 avec splénectomie (cf. rapports de consultation du Dr L._____ des 14 mai 2019, 13 et 20 janvier 2020). Ainsi, l'assuré a subi le 27 mai 2020 une intervention en stabilisation unilatérale avec cage intersomatique dans l'espace L4-L5 et L5-S1 (cf. protocole opératoire du 2 juin 2020). L'évolution post-opératoire a été bonne également, mais le patient a présenté des douleurs dans la fesse droite pour lesquelles il a subi une infiltration sacro-iliaque droite qui ne l'avait pas vraiment soulagé. Il s'était en outre plaint de douleurs au genou droit et avait été dirigé vers un spécialiste en orthopédie après avoir passé une IRM du genou droit montrant un début de gonarthrose interne (cf. rapports de

consultation du Dr L._____ des 3, 11 septembre et 30 octobre 2020). Le Dr L._____ a ensuite adressé l'assuré à une consultation spécialisée du rachis en vue de le faire admettre pour un stage réadaptatif intensif destiné à déterminer les véritables limitations fonctionnelles du patient, la situation au niveau lombaire étant stabilisée et les troubles liés à la méniscopathie du genou réduits (cf. demande de consultation adressée le 16 octobre 2020 par le Dr L._____ à la Consultation [...]). Le recourant s'étant plaint à nouveau, au cours des consultations suivantes, de lombalgies invalidantes malgré un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie, un scanner lombaire a été réalisé le 12 avril 2021. Cet examen a montré une insuffisance de fusion principalement en L5-S1 avec une chambre de mobilité autour des vis à ce niveau (cf. rapports de consultation du Dr L._____ des 30 novembre 2020, 4, 6 janvier, 3 février, 12 et 13 avril 2021). Une intervention visant l'ablation des vis en S1 et le positionnement d'une vis S2, le remplacement de la vis L5 et la mise en place de vis trans-pédiculaires L4-L5 et S1 du côté gauche a eu lieu le 16 juin 2021 (cf. protocole opératoire du 23 juin 2021). A la suite de cette intervention, l'assuré a signalé une amélioration certaine de la symptomatologie douloureuse avec néanmoins la persistance d'une douleur paravertébrale. Celle-ci était possiblement liée à la présence d'une vis localisée au niveau iliaque droit, mais il était renoncé à une nouvelle révision chirurgicale dans la mesure où la symptomatologie était décrite comme supportable par le patient (cf. rapports de consultation du Dr L._____ des 21 septembre et 23 décembre 2021).

Le Dr L._____ a encore joint à son envoi les rapports d'IRM de la colonne lombaire des 26 octobre 2018, 20 mai 2019, 20 janvier 2020 et 7 janvier 2021, de la région fessière droite du 5 avril 2019, du genou droit du 9 septembre 2020, de scanners de la colonne lombaire des 14 avril, 28 septembre et 23 décembre 2021.

Également contacté par l'OAI, le Dr S._____ a répondu le 25 février 2022 que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité, en raison des problématiques lombaires et au genou gauche. Il signalait également une obésité et une suspicion d'apnée du sommeil. Les

limitations fonctionnelles à prendre en compte étaient le port de charges lourdes. Le Dr S. _____ a joint, notamment, un rapport de consultation du Dr V. _____ du 6 avril 2017, des rapports d'IRM lombaire et de radiographies du 11 avril 2017, le rapport de consultation du Dr L. _____ du 30 avril 2019 et un rapport d'IRM du genou gauche du 24 janvier 2022.

Réinterrogé par l'OAI, le Dr L. _____ a indiqué le 6 avril 2022 qu'il n'avait pas revu le patient depuis le 31 janvier 2022 et qu'il avait attesté à cette date d'une incapacité de travail de 100 % du 1^{er} au 28 février 2022.

Le SMR n'adhérant pas à l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée par les médecins traitants (cf. avis SMR du 24 mai 2022), l'assuré a été convoqué le 20 décembre 2022 pour un examen clinique au SMR par le Dr Z. _____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réhabilitation. Dans son rapport du 16 janvier 2023, ce médecin a posé le diagnostic principal de lombalgies chroniques et mentionné, sans répercussion sur la capacité de travail, un status post drainage d'un abcès fessier gauche, un status post suture du ménisque interne gauche et une obésité de classe 2. Alors que l'atteinte au genou ne justifiait pas de limitations fonctionnelles durables, l'atteinte lombaire entraînait celles-ci : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges régulier au-delà de 5 kg, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre. L'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment depuis le 21 mai 2014. Dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 75 %, soit six heures par jour, une fois l'état de santé stabilisé à distance de la troisième intervention du rachis subie le 16 juin 2021. La situation s'était péjorée depuis l'expertise de la Dre U. _____ du 30 juin 2016, avec une raideur constatée du rachis lombaire et d'importants troubles dégénératifs mis en évidence par le scanner du 23 décembre 2021. Les trois interventions chirurgicales réalisées au niveau lombaire justifiaient une incapacité de travail totale

dans toute activité du 26 février 2019 au 31 janvier 2022. La suture du ménisque interne gauche effectuée en mai 2022 justifiait par ailleurs une incapacité de travail limitée dans le temps de six semaines, avec une possibilité de reprise en juillet 2022.

L'OAI a établi un rapport final et un calcul du degré d'invalidité le 10 mars 2023. Il était renoncé à un mandat de réadaptation car aucune mesure simple et adéquate n'était susceptible de réduire le préjudice compte tenu de l'âge, du parcours professionnel et de l'éloignement du travail depuis 2014. En l'absence d'activité professionnelle exercée au moment de la survenance de la longue maladie, le 21 mai 2014, le calcul du degré d'invalidité valable en 2022 devait être fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2020, en recourant au salaire moyen du domaine 41-43 « construction », niveau de qualification 1, au taux de 100 % pour le revenu sans invalidité, et au salaire moyen tous secteurs confondus, niveau de qualification 1, au taux de 75 % pour le revenu avec invalidité, soit un degré d'invalidité de 30,42 %. Une aide au placement ne se justifiait pas, car l'assuré était sans activité depuis 2014. Les activités adaptées étaient par ailleurs décrites comme « un 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, aide-administratif (réception, scannage et autres) ou vente simple (shop et autres) ».

Le 14 mars 2023, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision prévoyant le rejet de la demande de prestations, l'instruction médicale ayant montré une incapacité de travail et de gains totale dans toute activité lucrative du 26 février 2019 au 31 janvier 2022, puis la récupération d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2022. Compte tenu du dépôt tardif de la nouvelle demande, un éventuel droit à la rente n'aurait pu débuter qu'à compter du 1^{er} juin 2022. Or, à cette date, le degré d'invalidité était de 30,42 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente. Par ailleurs, des mesures

professionnelles ne se justifiaient pas car elles ne permettraient pas de diminuer de manière significative le préjudice économique.

Sous la plume de Me Lionel Ducret, l'assuré a contesté ce projet le 13 avril 2023 en relevant que ses limitations fonctionnelles, médicalement attestées, constituaient un frein à tout engagement dans un emploi, même en tenant compte d'un marché de l'emploi équilibré. Les exemples d'activités adaptées données n'étaient du reste pas compatibles avec ses limitations ou inaccessibles sans une formation adéquate. Son âge constituait également un élément défavorable pour une reprise d'activité. Ainsi, il fallait retenir l'absence de capacité de travail résiduelle ou, à tout le moins, opérer un abattement de 50 % sur les revenus statistiques, ce qui devait amener à retenir un préjudice économique de 100 % ou d'au moins 65 % et ouvrir le droit à une rente. L'assuré a complété ses objections le 15 mai 2023. S'appuyant sur les rapports des médecins traitants figurant au dossier, il a fait valoir que le SMR avait largement sous-estimé ses douleurs, ainsi que le risque d'une décompensation majeure de la situation à court terme, compte tenu de la complexité de l'atteinte et de son évolution défavorable. Il ne se justifiait donc pas, sur le plan médical, de retenir une capacité de travail supérieure à 30 %, voire 50 %. Il ajoutait qu'en sus d'un taux d'activité réduit, il fallait tenir compte du fait que son rendement serait inférieur à celui d'un employé en parfaite santé, ce qui devait également faire admettre un abattement supplémentaire sur le revenu avec invalidité. Il réclamait enfin que l'avis d'un ergothérapeute soit sollicité en vue de déterminer des exemples concrets d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles et a joint un rapport établi le 12 mai 2023 par le Dr L._____, exposant en particulier ce qui suit :

« J'ai revu à la consultation le patient mentionné. Il présente des lombalgies chroniques sans irradiation radiculaire, des troubles neurologiques et de la sensibilité dans les membres inférieurs, principalement dans le territoire L5. Les lombalgies sont supportables mais une mobilisation active du patient et en particulier le port de charges de >10 kg et la position debout de >30 minutes provoquent une symptomatologie douloureuse qui est incompatible avec l'activité professionnelle proposée par l'AI.

Nous avons effectué un nouveau bilan d'IRM et CT-scan qui a été effectué le 19 avril 2023. Il n'y a pas de complication au niveau du site opératoire, néanmoins signalons que le patient présente une rigidité de la colonne qui va de L3 jusqu'à S1. Ceci entraîne certainement une limitation fonctionnelle liée à la douleur mais aussi à la diminution de mobilité du rachis. »

Par décision du 8 juin 2023, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Dans un courrier séparé faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a exposé que les limitations fonctionnelles décrites par le Dr L. _____ étaient de moindre intensité que celles retenues dans la décision. S'agissant de la capacité de travail, il fallait s'en tenir aux conclusions bien motivées de l'examen clinique rhumatologique, dont la valeur probante n'était pas remise en question par le rapport succinct du médecin traitant. Enfin, le droit en vigueur depuis janvier 2022 ne permettait plus d'opérer des abattements sur les valeurs statistiques hormis lorsque le taux d'occupation était de 50 % ou moins.

C. Toujours représenté par Me Ducret, Q. _____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 10 juillet 2023, concluant implicitement à la réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée, subsidiairement une rente partielle pour un taux d'invalidité de 65 % au minimum et, plus subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Il a fait valoir que son invalidité n'avait pas été évaluée correctement et aurait dû faire l'objet d'une instruction complémentaire, en raison de contradictions importantes entre les conclusions de l'expertise rhumatologique et celles de son spécialiste traitant quant à sa capacité de travail. A cet égard, il s'est plaint d'une violation du droit d'être entendu, du fait que l'intimé n'avait pas donné suite à sa requête tendant à la mise en œuvre d'un examen complémentaire auprès d'un ergothérapeute sans motiver ce refus dans sa décision. Compte tenu de l'évolution défavorable qui se dessinait, il ne pouvait être retenu une capacité de travail supérieure à 30 % ou 50 %. Par ailleurs, l'importance de ses limitations fonctionnelles ne lui permettaient pas d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le

marché du travail entrant en considération. Les activités mentionnées par l'intimé n'étaient pas adaptées à son état de santé ou inaccessibles sans une formation minimale. Pour les mêmes raisons, il s'imposait d'opérer un abattement d'au minimum 50 % sur le revenu statistique. Enfin, le recourant a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise comprenant l'avis d'un ergothérapeute.

Dans sa réponse du 31 août 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours en exposant que le rapport d'examen du SMR du 16 janvier 2023 disposait d'une pleine valeur probante. En conséquence, une expertise complémentaire ne se justifiait pas. Les activités dans lesquelles le recourant pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur étaient décrites dans la fiche de calcul établie le 10 mars 2023 par une spécialiste en réinsertion professionnelle, à savoir un 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, aide-administratif (réception, scannage et autres) ou vente simple (shop et autres).

Le recourant a répliqué le 26 septembre 2023. Détaillant les compétences et l'expérience du Dr L._____, il estimait que la valeur probante des rapports établis par ce spécialiste ne pouvait pas être mise en doute au seul motif qu'il était son médecin traitant. En conséquence, la divergence importante entre les conclusions du Dr L._____ et celles du médecin du SMR nécessitait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il sollicitait par ailleurs l'audition en qualité de témoins d'B._____, son physiothérapeute depuis plus de quatre ans, ainsi que de sa fille H._____, qui avait vécu avec lui durant les périodes les plus difficiles et continuait à l'aider pour les tâches de la vie quotidienne. Il a également requis l'audition en qualité de témoins des Drs S._____ et L._____. Il a joint des extraits des pages consacrées au Dr L._____ sur le site internet de l'établissement où ce médecin exerce, dont un curriculum vitae incluant la liste de ses publications.

L'intimé a confirmé sa position par réplique du 16 octobre 2023.

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 de l'assurance-invalidité en lien avec la nouvelle demande de prestations déposée le 10 décembre 2021.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et

réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

En l'espèce, l'intimé a reconnu qu'à la date du dépôt de la nouvelle demande, en décembre 2021, le recourant présentait une incapacité totale de travail et de gains, mais qu'une amélioration de l'état de santé débutant le 1^{er} février 2022 avait entraîné l'extinction de ce droit théorique à compter du 1^{er} mai 2022, soit avant l'échéance du délai de l'art. 29 al. 1 LAI non modifié par la réforme. En d'autres termes, il a été constaté qu'un droit théorique à une rente entière d'invalidité était ouvert en décembre 2021 en raison d'une invalidité totale, ce qui doit être évalué selon le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En revanche, l'éventuelle modification de l'état de santé au 1^{er} février 2022 et ses conséquences sur le droit à la rente relèvent du droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

3. Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, du fait que l'intimé n'a pas donné suite à une réquisition de mesure d'instruction sans motiver son refus à cet égard.

a) Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2).

b) En l'occurrence, le moyen soulevé par le recourant se confond avec celui de violation du principe inquisitoire (art. 43 LPGA) et doit être examiné avec le fond du litige. Au demeurant, il faut relever que le recourant a pu faire valoir ses moyens dans le cadre d'un double échange d'écritures devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Ainsi, une éventuelle violation de son droit d'être entendu devrait en tous les cas être considérée comme réparée.

4. 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), l'évaluation du taux d'invalidité étant régie par l'art. 28a LAI.

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 le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2 ; TF 8C_689/2023 du 10 juin 2024 consid. 3.1). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 que, si le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b), la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1 ; TF 8C_689/2023 précité, consid. 3.1). En revanche, une

appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

d) L'art. 17 LPGA est également applicable par analogie en cas d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C_689/2023 précité, consid. 3.1).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, 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 ne soit à craindre.

5. 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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).

c) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 ; 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation

thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, la première demande de prestations déposée par le recourant en avril 2015 en raison d'une atteinte lombaire a été rejetée par décision du 9 janvier 2017. Il a alors été constaté que l'intéressé présentait certes une incapacité de travail totale dans l'activité de peintre en bâtiment exercée en dernier lieu, mais qu'une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, situation qui entraînait un degré d'invalidité de 3,77 % insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

L'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations du recourant sur la base du rapport établi le 31 janvier 2022 par le Dr L._____, neurochirurgien qui indiquait que l'atteinte lombaire dont souffrait son patient avait nécessité trois interventions chirurgicales entre 2019 et 2021. Puis, se fondant essentiellement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique établi le 16 janvier 2023 par un spécialiste du SMR, l'intimé a admis que l'état de santé du recourant s'était péjoré depuis la décision rejetant la première demande de prestation. Une capacité de travail nulle dans toute activité devait ainsi être admise en lien avec les trois interventions chirurgicales subies entre mai 2019 et juin 2021, ce qui ouvrait un droit théorique à une rente entière d'invalidité. La dernière intervention avait cependant permis au recourant de recouvrer une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2022. A cette date, le degré d'invalidité était de 30,42 %, taux insuffisant pour permettre le versement d'une rente.

b) Le Dr Z._____ a établi le 16 janvier 2023 un rapport d'examen au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, après avoir examiné le recourant en date du 20 décembre 2022. Il convient de relever que le spécialiste du SMR a eu accès à l'ensemble du dossier médical constitué par l'intimé, dont il a donné un résumé au début de son rapport. Il a posé une anamnèse complète fondée sur le dossier ainsi que les déclarations du recourant, comprenant la situation familiale, les activités professionnelles, les antécédents médicaux et les plaintes du recourant sur le plan ostéoarticulaire. A cet égard, il a noté le ressenti de l'intéressé par rapport au résultat des trois opérations subies au niveau lombaire ainsi que les gestes et postures qu'il se sentait capable de faire ou au contraire qui provoquaient des douleurs. Le Dr Z._____ a par ailleurs interrogé l'assuré sur ses habitudes, le déroulement de sa vie quotidienne et son contexte psychosocial. Il a ensuite procédé à un examen clinique complet, incluant un status général, un status neurologique et un status ostéoarticulaire, puis a étudié les rapports d'imageries figurant au dossier, avant de poser ses diagnostics. Dans ce contexte, il a pris soin d'examiner amplement la problématique du genou, qui était très peu documentée dans le dossier. Le spécialiste du SMR a ensuite donné une appréciation du cas détaillée et étayée, au terme de laquelle il a déterminé des limitations fonctionnelles et l'impact des atteintes retenues sur la capacité de travail.

Le rapport du Dr Z._____ répond ainsi aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître la valeur probante d'une expertise médicale.

c) Dans ses écritures, le recourant n'est pas revenu sur la problématique du genou et n'a produit aucun rapport médical susceptible de remettre en doute les conclusions du Dr Z._____ sur ce point. Il est ainsi constant que cette atteinte n'a pas de caractère invalidant durable hormis la période post-opératoire de six semaines évoquée par le Dr Z._____.

d) S'agissant de l'atteinte lombaire, le recourant a reproché au Dr Z. _____ de n'avoir pas tenu suffisamment compte de ses douleurs ainsi que d'un risque de décompensation majeur à court terme, éléments qui ne lui permettaient pas de travailler au taux d'activité retenu.

Comme relevé ci-avant, le rhumatologue du SMR a pris note des plaintes du recourant exprimées spontanément, puis l'a interrogé de manière plus ciblée sur le plan ostéoarticulaire. Les plaintes douloureuses de l'intéressé ont ensuite été résumées dans l'appréciation du cas et mises en parallèle avec son fonctionnement au quotidien, ainsi qu'avec les constatations cliniques et le traitement antalgique décrit par le recourant. Le Dr Z. _____ a par ailleurs déterminé les limitations fonctionnelles qui devaient être prises en compte et a posé un pronostic sur l'évolution de la situation, dans lequel il a rappelé en particulier que les troubles lombaires étaient dégénératifs, de sorte que le pronostic était « moyen ».

Cela étant, le recourant n'a pas précisé de quelle manière ses douleurs auraient été minimisées par le rhumatologue du SMR. Il n'a en particulier pas mentionné d'éléments de l'anamnèse que ce spécialiste aurait omis ou mal retranscrit, s'agissant en particulier du déroulement de son quotidien ou de ses loisirs. Il n'a pas non plus indiqué sur quels éléments médicaux il se fondait pour évoquer le risque d'une décompensation majeure, les rapports du Dr L. _____ des 31 janvier 2022 et 12 mai 2023 ne posant pas de tels pronostics. Les griefs du recourant à cet égard doivent ainsi être écartés.

e) Le recourant a contesté principalement le taux d'activité retenu par le Dr Z. _____ en se prévalant des conclusions du Dr L. _____ à cet égard, à savoir un taux d'activité de 30 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Il faut toutefois constater que le Dr L. _____ n'a pas motivé le taux de 30 % dans ses rapports des 31 janvier 2022 et 12 mai 2023. Le 31 janvier 2022, il a évoqué une situation favorable, sans complication, une fusion osseuse démontrée sur l'imagerie et sans déficit neurologique. Les

limitations fonctionnelles, liées aux lombalgies, concernaient les mouvements de rotation ou de soulèvement de poids supérieurs à 10 kg, ainsi que la position debout et assise limitée à 20 minutes. Le spécialiste traitant n'a toutefois pas indiqué pour quels motifs son patient ne pouvait pas œuvrer plus de 3 heures par jour dans une activité respectant ces limitations. Le rapport ne comprend par ailleurs aucun status ni description des difficultés rencontrées par le patient dans son quotidien. Il n'est pas non plus mentionné quel traitement antalgique était proposé. Dans son rapport du 12 mai 2023, le spécialiste traitant a indiqué que le recourant présentait des lombalgies chroniques sans irradiation radiculaire, des troubles neurologiques et de la sensibilité dans les membres inférieurs principalement dans le territoire L5. Il confirmait cependant que les douleurs lombaires étaient qualifiées de supportables par le patient en dehors d'une mobilisation active et qu'il n'y avait pas de complication au niveau du site opératoire. Précisant que son patient présentait une rigidité de la colonne allant de L3 à S1 entraînant « certainement » une limitation fonctionnelle liée à la douleur et la diminution de mobilité du rachis, le Dr L. _____ a mentionné uniquement le port de charges supérieures à 10 kg et la position debout de plus de 30 minutes. Pour le surplus, bien que revoyant le recourant plus de quinze mois après la précédente consultation, le spécialiste traitant n'a pas établi de status ni décrit les difficultés rencontrées par son patient dans son quotidien, limitant ses constatations médicales au résultat d'un bilan d'imageries. Il ne s'est pas non plus positionné sur le rapport du spécialiste du SMR, rendu quelques mois auparavant.

Or, le Dr Z. _____ a déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges régulier au-delà de 5 kg, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre. Ces limitations fonctionnelles sont plus détaillées et plus strictes que celles déterminées par le Dr L. _____. S'agissant du taux d'activité, le spécialiste du SMR a motivé la réduction du taux par le fait que le recourant présentait une raideur du

rachis lombaire et d'importants troubles dégénératifs, tout en relevant que les douleurs lombaires rapportées par le recourant étaient d'allure mécaniques et que ses ressources étaient conservées dans des activités légères. Il a également pris en compte le fait que le traitement antalgique pris par le recourant était léger, soit principalement (15 jours par mois) du paracétamol à dosage modéré et le recours occasionnel (une semaine par mois) à un opiacé léger.

Ainsi, il apparaît que les rapports du spécialiste traitant constituent tout au plus une appréciation différente d'un même état de fait et ne sont pas de nature à remettre sérieusement en doute les conclusions du Dr Z._____.

f) En conséquence, l'intimé était fondé à suivre les conclusions du Dr Z._____ et à retenir qu'en raison de l'atteinte lombaire, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée a été nulle du 26 février 2019 au 31 janvier 2022 puis qu'elle s'élève à 75 % dès cette date, sous réserve d'une période d'incapacité de six semaines entre mai et juin 2022 en raison de l'atteinte au genou.

7. Le recourant a fait valoir qu'il n'existe pas d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le rhumatologue du SMR.

a) 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 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. 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 (TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C_633/2016 du 28 décembre

2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. On ne peut parler d'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsque celle-ci 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 (TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2).

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 (TF 9C_98/2021 du 31 mai 2021 consid. 5.2 ; 9C_774/2017 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2). Néanmoins, l'examen de l'exigibilité s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive (TF 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3 ; 8C_95/2020 du 14 mai 2020 consid. 5.2.2).

b) En l'espèce, le recourant était âgé de 52 ans au moment où l'intimé a rendu sa décision, si bien que la jurisprudence relative aux assurés proche de l'âge de la retraite n'entre pas en ligne de compte (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3 ; TF 9C_195/2019 du 11 juin 2019 ; 9C_774/2017 consid. 5.3).

Par ailleurs, les limitations fonctionnelles d'épargne du dos déterminées par le Dr Z._____ peuvent être qualifiées de modérées, en ce qu'elles permettent l'accomplissement de toutes sortes de travaux légers.

Dans sa décision, l'intimé a inclus une description des activités possibles, à savoir un 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, aide administratif (réception scannage et autres), ou vente simple (shop et autres). Comme l'a rappelé le Tribunal fédéral en maintes occasions (cf. notamment TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les nombreuses références citées), il en existe encore bien d'autres, qui concernent de nombreux domaines. De telles activités ne requièrent pas de formation particulière, de sorte que l'on peut considérer qu'elles sont accessibles au recourant. Titulaire d'un CFC de mécanicien automobile, celui-ci a pu exercer dans son métier durant plusieurs années avant de changer de domaines à plusieurs reprises, œuvrant notamment plusieurs années dans la vente d'automobiles. Il faut donc retenir qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant est raisonnablement exigible.

Pour finir, dès lors que la jurisprudence admet qu'une description telle que celle donnée par l'intimé dans le cas d'espèce est suffisante pour retenir l'existence de possibilités de travail sur un marché équilibré (cf. TF 8C_772/2020 consid. 3.3 précité), il ne se justifie pas de solliciter l'avis d'un ergothérapeute.

8. Il reste à examiner le calcul du degré d'invalidité applicable au 31 janvier 2022, conformément au droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 (cf. consid. 2b ci-dessus).

a) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA, le Conseil fédéral fixant les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables. En vertu de l'art. 16 LPGA, 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).

Ces dispositions sont concrétisées par l'art. 25 RAI.

b) D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a), ainsi que des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b).

L'art. 25 al. 2 RAI énonce en outre que les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 8C_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.2).

En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. L'art. 25 al. 4 RAI précise que les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux.

c) Selon l'art. 26 al. 4 RAI, si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de

précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI, c'est-à-dire en principe sur la base l'ESS, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante.

D'après l'art. 26^{bis} al. 1 et 2 RAI, on procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité si, après la survenance de l'invalidité, l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou réalise un revenu mais qu'il n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui.

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder, pour fixer son revenu d'invalidé, 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).

d) Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opéré sur la valeur statistique.

Appelé à examiner la conformité de cette disposition réglementaire, le Tribunal fédéral a jugé, dans son arrêt 8C_823/2023 du 8 juillet 2024, que les instruments pour corriger le salaire statistique de l'ESS déterminant dans un cas concret étaient insuffisant pour tenir compte de la situation de la personne assurée. La jurisprudence appliquée jusqu'au 31 décembre 2021 devait en conséquence continuer à s'appliquer (cf. Communiqué de presse du Tribunal fédéral du 23 juillet 2024 et Lettre circulaire AI n° 445 publiée le 26 août 2024 par l'Office fédéral des assurances sociales). Cette jurisprudence commande de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses

perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, il convient de prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

9. **a)** En l'espèce, l'intimé a calculé le degré d'invalidité en recourant aux revenus statistiques pour les deux termes de la comparaison. Pour le revenu sans invalidité, il s'est référé au salaire moyen du domaine 41-43 « construction », niveau de qualification 1, au taux de 100 %. Pour le revenu avec invalidité, il a repris le salaire moyen tous secteurs confondus, niveau de qualification 1, au taux de 75 %. Appliquant l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, l'intimé n'a procédé à aucun abattement.

Le recourant n'a émis aucune critique à l'égard des revenus statistiques utilisés. Il a requis en revanche qu'un abattement de 50 % soit appliqué.

b) Le recours aux chiffres de l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité valable en 2022 ne prête pas le flanc à la critique. Dans la mesure où le recourant n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis 2013, les données salariales réelles ne sont plus exploitables (cf. notamment TF 9C_267/2012 du 26 novembre 2012 consid. 3.2 ; 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; Margit Moser-Szeless,

in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

Le choix du domaine 41-43 et du niveau de qualification 1 du tableau TA1_skill_level peut également être validé, nonobstant la formation et l'expérience du recourant dans le domaine du commerce et de la réparation automobile. En effet, il s'agit de la dernière activité exercée par le recourant et le montant sélectionné s'avère légèrement plus élevé que les revenus moyens applicables tant au domaine 45-47 (commerce ; réparation d'automobiles) que dans la branche spécifique 45-46 (commerce de gros ; commercialisation et réparation d'automobiles) au niveau de qualification 2.

Quant au revenu sans invalidité, il est fondé à juste titre sur le revenu moyen tous secteurs confondus, niveau de qualification 1 du tableau TA1_skill_level, dès lors que le recourant ne dispose pas de formation spécifique dans une activité adaptée.

c) S'agissant du calcul, l'utilisation des données de l'ESS 2020 est correct, l'ESS 2022 n'ayant pas encore été publiée au moment où la décision a été rendue. Une adaptation des chiffres de l'ESS 2020 à l'année 2022 doit toutefois être opérée et il convient de relever une erreur dans le choix de la durée moyenne du travail en Suisse dans le domaine 41-43, celle-ci étant de 41,2 heures en 2022 et non 41,3 heures. Les taux d'indexation ont également été mal appliqués (-0.70 % pour 2021 et 1.1 % pour 2022). Ces chiffres doivent être rectifiés, portant le revenu sans invalidité à 71'113 fr. 05 et le revenu avec invalidité à 49'554 fr. 98 au taux de 75 %.

d) L'intimé n'a admis aucun abattement, en application de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI. Cette disposition doit cependant être écartée, au profit de la jurisprudence développée sur la base du droit applicable jusqu'au 31 décembre 2021, conformément à l'arrêt TF 8C_823/2023 du 8 juillet 2024. Dans ce contexte, le taux de 50 % réclamé par le recourant n'est pas admissible, l'abattement servant à corriger le revenu pour tenir

compte d'éléments de la situation personnelle de l'assuré susceptible de réduire ses prétentions salariales, et non à corriger le taux d'activité ou la diminution de rendement déterminés au cours de l'évaluation médicale.

La jurisprudence considère 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). En l'occurrence, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr Z._____ dans le cas d'espèce sont soutenues par la réduction du taux d'activité. Il convient cependant de tenir compte du fait que ces limitations sont relativement contraignantes, ce qui peut justifier un abattement sur le salaire statistique.

Le critère du taux d'occupation réduit peut également être pris en compte pour déterminer l'étendue de l'abattement à opérer sur le salaire statistique d'invalide lorsque le travail à temps partiel se révèle

proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps. A cet égard, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence. Cela étant, le travail à temps partiel peut, selon les statistiques, être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs de sexe masculin (TF 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.1 et les références citées). Le taux d'activité de 75 % peut ainsi constituer un désavantage pour le recourant, qui doit être pris en compte.

Pour le surplus, il ne ressort pas d'autre élément susceptible d'influer négativement sur les perspectives salariales du recourant pour les activités adaptées existantes. En particulier, comme déjà relevé, ces activités ne requièrent pas de formation particulière tandis que le recourant dispose d'un CFC de mécanicien automobile et a pu exercer dans divers domaines d'activité par le passé. Dès lors, un abattement de 10 % suffit pour tenir compte de manière adéquate de la situation personnelle du recourant.

Avec ce correctif, le revenu avec invalidité s'établit à 44'599 fr. 48. Il en découle une perte de gain de 26'513 fr. 57, soit un degré d'invalidité de 37 % (chiffres arrondis ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

e) Ainsi, il faut retenir que le recourant a disposé d'un droit théorique à une rente entière dans le contexte des interventions chirurgicales subies entre février 2019 et juin 2021. La dernière intervention lui a cependant permis de retrouver, une fois son état de santé stabilisé, une capacité de travail résiduelle de 75 % dans une activité adaptée. L'amélioration de son état de santé a entraîné l'extinction de son droit théorique à la rente entière (cf. art. 17 al. 1 LPGA) dès le 1^{er} mai 2023 (cf. art. 88a al. 1 RAI). C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi d'une rente à l'échéance du délai d'attente de

l'art. 29 al. 1 LAI, le 1^{er} juin 2023, le recourant ne pouvant plus prétendre au versement d'une rente en raison du dépôt tardif de la demande de prestations.

Pour le surplus, le recourant n'a pas contesté le refus de mesures professionnelles. A cet égard, même si le taux d'invalidité calculé ci-dessus atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), il faut relever à nouveau que de nombreuses activités adaptées à ses limitations fonctionnelles ne nécessitent pas de formation particulière (activités légères visées par l'ESS, skill_level, niveau de compétence 1 ; cf. TF 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 8). Aucune mesure ne paraît ainsi susceptible d'améliorer sa capacité de gain.

10. Le recourant a requis l'assignation et l'audition de quatre témoins ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique incluant l'avis d'un ergothérapeute.

L'audition des médecins traitants du recourant en qualité de témoins paraît superflue, dès lors que leurs rapports écrits figurent au dossier. Le témoignage du physiothérapeute ne paraît pas pertinent, dès lors que le recourant a déclaré au Dr Z._____ qu'il n'avait plus de traitement de physiothérapie depuis plusieurs mois (cf. p. 6 du rapport d'examen clinique du 16 janvier 2023). Le même constat peut s'appliquer au témoignage de sa fille, citée pour témoigner du quotidien du recourant alors que ce dernier a pu en donner une description durant l'examen clinique du Dr Z._____.

Par ailleurs, comme démontré plus avant, les éléments médicaux au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. 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 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

11. a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 juin 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'Q._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Lionel Ducret (pour Q._____),
- 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 :