**C O U R  D E S  A S S U R A N C E S  S O C I A L E S**

Arrêt du 10 juin 2025

Composition : Mme B R É L A Z  B R A I L L A R D, présidente
Mme Livet, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

* * * * *

Cause pendante entre :

**R._____**, à [...], recourant, représenté par Me Karim Armand Hichri, avocat à Lausanne,

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 et 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], divorcé, père de deux enfants nés en [...] et [...], titulaire d'un CFC de carrossier, a travaillé en tant que maître-artisan dès le 1er septembre 1985 pour W._____. Après plusieurs arrêts de travail délivrés dès juin 2004 en raison de douleurs dorsales, son employeur lui a proposé une occupation à 50 % avec limitation du port de charge dès décembre 2004, puis un poste administratif à 100 % de durée déterminée dès juillet 2005 (cf. questionnaire pour l'employeur remis le 26 juillet 2005), avant de mettre fin au contrat de travail pour le 31 juillet 2006.

Entre-temps, à l'initiative du service du personnel de W._____, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 15 juin 2005, en indiquant souffrir d'un problème dorso-lombaire.

Les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, et X._____, Chef de clinique au Service [...] du Centre hospitalier J._____ ont établi des rapports à l'attention de l'OAI les 12 juillet 2005, respectivement 20 juillet 2005. Ces médecins encourageant un reclassement professionnel vers un travail adapté aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, l'OAI a mis en œuvre des mesures professionnelles dès juillet 2006 auprès du Centre T._____, où une reconversion vers une activité de gestionnaire en commerce de détail a été proposée à l'assuré.

L'assuré a interrompu ces mesures en juin 2007, en alléguant une péjoration de son état de santé qui l'empêchait de travailler à un taux supérieur à 50 %. Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) retenant toutefois une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, selon son avis du 28 août 2007 tenant compte d'un rapport du Dr X._____ du 25 juin 2007, l'OAI a rendu une décision rejetant la demande de prestations le 20 mai 2008.

Cette décision a été annulée et la cause renvoyée à l'OAI par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 6 août 2009 (AI 302/08 - 203/2009) afin de compléter l'instruction, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise médicale, et d'examiner ensuite si de nouvelles mesures de réadaptation étaient nécessaires.

Un mandat d'expertise a ainsi été confié à la Dre N._____, spécialiste en rhumatologie, qui a elle-même sollicité le Dr V._____, spécialiste en neurologie, pour procéder à un examen de l'assuré. Dans son rapport du 15 mars 2010, la Dre N._____ a retenu le diagnostic – ayant une répercussion sur la capacité de travail – de trouble statique et spondylarthrosique modéré du rachis avec spondylolisthésis L5-S1 de degré I, assorti d'une protrusion discale sans myélopathie ni radiculopathie démontrée. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit : limitation des ports de charges sol-taille à 10 kg, au-dessus de la taille à 5 kg, au niveau horizontal à 15 kg, alternance des positions et éviter les porte-à-faux. L'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % dans son emploi auprès de W._____ depuis juin 2004, mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telle celle de gestionnaire de détail pour laquelle des mesures de réadaptation lui avaient été octroyées.

Contestant un nouveau projet de décision du 30 mars 2010 par lequel l'OAI prévoyait de rejeter sa demande, l'assuré a produit notamment un rapport établi le 13 septembre 2010 par le Dr X._____ concluant à une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant le profil de rendement du patient. De nouvelles mesures professionnelles ont été mises en œuvre dès décembre 2010 en tenant compte des limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr X._____, retenues par le SMR comme plus détaillées que celles décrites dans l'expertise (cf. avis SMR du 29 novembre 2010 et communication de l'OAI du 23 décembre 2010). L'assuré a ainsi repris en avril 2011 la formation pratique de gestionnaire de commerce de détail interrompue en 2007, organisée par le Centre T._____, au taux de 100 % (cf. communications de l'OAI des 25 mars, 6 juin, 20 septembre et 4 novembre 2011). Ces mesures ont abouti

par l'engagement de l'assuré en tant que conseiller de vente par Z._____ dès le 1er août 2013, au bénéfice d'un contrat de travail de durée indéterminée conclu le 11 février 2013.

Par décision du 12 février 2014, confirmant son projet du 18 décembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. Procédant à une comparaison des revenus, basée sur le salaire prévisible en cas de poursuite de l'activité auprès de W._____ et le salaire convenu avec Z._____, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 34 %, taux qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité, tandis que d'autres mesures n'étaient pas nécessaires dès lors que l'intéressé était réadapté professionnellement de manière appropriée.

**B.** Le 7 septembre 2020, à l'initiative de C._____, assurance perte de gain de Z._____, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI mentionnant une incapacité de travail totale depuis le 16 avril 2020 en raison d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'une spondylarthrite, ainsi que d'une arthrose au genou droit. Il a produit ensuite une attestation médicale établie le 2 octobre 2020 par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, dans laquelle ce médecin posait le diagnostic de spondylarthrite périphérique et expliquait qu'une nouvelle poussée de la spondylarthrite touchait presque toutes les articulations périphériques et entraînait une capacité de travail nulle depuis avril 2020. L'assuré a en outre joint des rapports d'IRM (imagerie par résonance magnétique) des 25 janvier 2010 (lombaire), 16 novembre 2016 (cheville droite), 17 novembre 2016 (rachis lombaire) et 29 avril 2020 (genou droit), ainsi que les rapports de consultation du Dr B._____, spécialiste en rhumatologie, des 18 septembre 2019, 8, 29 mai et 14 septembre 2020, posant les diagnostics de gonalgie droite sur probable décompensation arthrosique ainsi que de suspicion de spondylarthrite périphérique, et faisant état d'une atténuation des douleurs avec le traitement mis en place.

L'OAI est entré en matière sur cette demande et a obtenu une copie du dossier de C._____, ainsi qu'un questionnaire de l'employeur

rempli le 1er décembre 2020 par Z._____. Un extrait du compte individuel AVS de l'assuré a en outre été versé au dossier le 10 décembre 2020.

Répondant le 14 décembre 2020 à un questionnaire de l'OAI, le Dr B._____ a posé les diagnostics de spondylarthrite périphérique, de gonarthrose droite symptomatique et de rhizarthrose droite. La symptomatologie d'allure mécanique dégénérative et inflammatoire ne permettait pas la reprise de l'activité habituelle de vendeur. Les limitations fonctionnelles concernaient les activités manuelles et les gestes fins avec les mains, la marche prolongée, les montées et descentes fréquentes d'escaliers, ainsi que le port répété de charges de plus de 5 kg. Les douleurs aux mains ne permettaient pas d'envisager une capacité de travail dans une activité adaptée. Le rhumatologue a joint notamment un rapport d'échographie du poignet droit du 3 décembre 2020.

Le Dr F._____ a également fait état, le 31 décembre 2020, d'une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 16 avril 2020. Il a joint notamment des rapports de consultation du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de novembre, décembre 2016 et mars 2017, en lien avec une fracture sous-chondrale du talus droit, ainsi qu'un rapport d'IRM des mains en prieur du 18 décembre 2020 et un rapport de consultation du Dr B._____ du 2 décembre 2020, constatant que la maladie inflammatoire n'était pas bien contrôlée par le traitement actuel malgré une amélioration clinique, de sorte qu'un ajustement du dosage était proposé.

Dans ses rapports de consultation des 15 janvier, 15 février, 8 mars et 28 avril 2021, le Dr B._____ a relaté que l'IRM des mains ne montrait pas de signe inflammatoire et ne corrélait pas les douleurs ressenties par le patient. Le traitement anti-inflammatoire avait été stoppé en février faute d'être efficace sur les douleurs malgré l'ajustement des dosages. Le patient avait ensuite signalé une aggravation des douleurs aux mains et poignets mais une amélioration de ses ballonnements, évolution qui tendait à confirmer l'hypothèse d'une origine inflammatoire

justifiant de débuter une ergothérapie ainsi qu'un nouveau traitement médicamenteux.

A la demande de C._____, le Dr S._____, spécialiste en rhumatologie, a examiné l'assuré le 15 juin 2021 puis a déposé un rapport d'expertise le 29 juin 2021 au terme duquel il a posé les diagnostics de gonarthrose fémoro-tibiale interne marquée (grade 4) du genou droit et de rhizarthrose débutante bilatérale. Les plaintes de l'assuré étaient partiellement objectivées et les éléments radio-cliniques à disposition ne permettaient pas de retenir clairement le diagnostic de spondylarthrite ankylosante pour lequel il était traité. Les troubles dégénératifs étaient susceptibles de gêner partiellement l'activité habituelle, qui incluait la réparation de vélo. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : possibilité d'alterner les positions assise et debout, pas de port de charges lourdes, pas de mouvements contraignants pour le dos, diminution des activités nécessitant des mouvements répétés au niveau des poignets avec force de serrage.

Selon communication du 27 août 2021, l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place de mesures d'intervention précoce, tandis que la possibilité de mettre en œuvre des mesures de réadaptation étaient encore à l'examen.

Le 18 août 2021, le Dr F._____ a attesté que son patient présentait des douleurs inflammatoires au genou et au poignet droit, des douleurs moins importantes au niveau de l'épaule gauche et du poignet gauche, ainsi que des lâchages du genou droit en cours d'effort ou de marche, et que les limitations fonctionnelles ne permettaient pas la reprise de l'activité habituelle.

Dans un courrier adressé le 13 octobre 2021 à C._____, le Dr B._____ a exposé qu'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée était utopique. Les limitations fonctionnelles retenues par l'expert étaient insuffisantes s'agissant des genoux et celles concernant

l'utilisation des mains ne permettaient pas de retenir l'existence d'une activité adaptée. Tout au plus une capacité de travail de 30 % pouvait être retenue dans une activité « hypothétiquement adaptée » à l'état de santé de son patient.

Réinterrogé par l'OAI, le Dr B._____ a confirmé les diagnostics de spondylarthrite périphérique et de gonarthrose droite le 11 novembre 2021. La capacité de travail était toujours nulle dans toute activité à cause des douleurs aux mains. Le patient avait arrêté son traitement médicamenteux en raison de son inefficacité et une mésothérapie aux mains et poignets avait partiellement atténué les douleurs. Un nouveau traitement allait débuter.

A la demande de C._____, le Dr S._____ a pris position le 30 novembre 2021 sur le courrier du Dr B._____ du 13 octobre 2021. L'expert a maintenu ses conclusions en exposant que la plainte principale au niveau des mains et poignets était peu corrélée par l'examen clinique et les imageries. Il avait reconnu que l'arthrose documentée du genou droit pourrait gêner les positions d'agenouillement ou d'accroupissement dans son travail, éléments qui devaient être ajoutés dans le descriptif des limitations fonctionnelles. Cela étant, alors qu'il avait suggéré un essai de reprise à 50 % pour examiner les capacités d'adaptation de l'assuré, il estimait désormais qu'une réorientation dans une activité adaptée devait être envisagée. Aucun élément objectif ne permettait toutefois de considérer d'emblée qu'il n'existait pas d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans une attestation médicale du 20 janvier 2022, le Dr F._____ a posé les diagnostics différentiels de polyarthrite rhumatoïde et de spondylarthrite, autrement dit une pathologique rhumatismale chronique qui avait déjà obligé l'assuré à changer de métier et qui ne lui permettait plus d'exercer son métier actuel. Le Dr F._____ estimait qu'une nouvelle réorientation n'avait pas de sens compte tenu de l'âge de son patient. Il a joint notamment des rapports d'imageries des 25 février 2021 (IRM dorso-lombaire) et 4 février 2022 (radiographies du

thorax et des mains), un rapport du Dr G._____, spécialiste en neurologie, du 10 novembre 2021 confirmant l'existence d'une atteinte poly-neuropathique axono-myélinique modérée, ainsi que les rapports de consultation du Dr B._____ des 27 septembre 2021 et 10 janvier 2022, ce dernier mentionnant que le patient avait signalé des effets secondaires depuis l'introduction récente d'un nouveau traitement et que les résultats du dernier bilan biologique remettaient en question le diagnostic de spondylarthrite, les douleurs aux mains pouvant entrer dans le contexte d'une polyarthrite rhumatoïde.

Le 14 avril 2022, suivant l'avis de la permanence du SMR du 12 avril 2022, l'OAI a établi un projet de décision prévoyant de rejeter la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il n'y avait eu aucune modification de l'état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision du 12 février 2014.

Le Dr B._____ a réagi le 27 avril 2022, en exposant que le tableau clinique s'était modifié depuis février 2014 avec l'apparition d'une maladie inflammatoire caractérisée par une arthralgie des mains et une gonalgie droite sur gonarthrose, chez un patient connu pour des problèmes rachidiens. L'impossibilité d'accomplir des activités manuelles de manière régulière et répétitive était incompatible avec tout travail régulier.

Désormais représenté par Inclusion Handicap, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision les 19 mai et 8 juillet 2022. Il exposait que sa situation s'était aggravée depuis 2014, avec l'apparition d'une maladie inflammatoire touchant les mains et d'une gonalgie droite sur gonarthrose, atteintes attestées par le Dr B._____. L'expertise rhumatologique du 30 novembre 2021 écartait certes l'avis du rhumatologue traitant, mais confirmait que les troubles subjectifs étaient partiellement objectivés, ce qui faisait douter d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, voire de l'existence d'une activité adaptée sur le marché du travail. En conséquence, il fallait mettre en œuvre un stage d'observation ou une mesure de reclassement.

Procédant à une nouvelle analyse du dossier, le service de réadaptation de l'OAI a conclu, dans un rapport final du 11 novembre 2022, que la mise en place de mesures n'était pas envisageable dès lors que l'intéressé estimait ne pas pouvoir y participer pour des raisons médicales. Il fallait en conséquence interroger le nouveau rhumatologue récemment consulté par l'assuré.

Le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie, a complété un questionnaire médical de l'OAI le 3 février 2023. Précisant suivre l'assuré depuis mai 2022 à fréquence d'une consultation tous les trois mois, il a exposé que son patient présentait une capacité de travail nulle depuis avril 2019 et posait les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séropositive, de lombalgies chroniques et de gonalgies mixtes (polyarthrite et arthrose). Les atteintes entraînaient une gêne à la marche, une perte de force aux mains et une limitation de la mobilité du dos. La capacité de travail était nulle dans l'attente d'un effet durable du traitement de fond. Le Dr D._____ a joint notamment les pièces suivantes :

- Un bilan d'ergothérapie du 9 juin 2022, dont il ressort que l'assuré présentait une perte de force conséquente de la main dominante, avec une limitation des amplitudes et des douleurs, ce qui se reflétait sur l'endurance et la qualité de ses activités personnelles et professionnelles. En conséquence, un métier nécessitant la manipulation de petites pièces, les manipulations en force et demandant de l'endurance ou des répétitions n'était pas indiqué.

- Une attestation établie le 29 août 2022, par laquelle le Dr F._____ faisait part de son désaccord avec l'expertise rhumatologique. Son patient souffrait d'un rhumatisme inflammatoire en plus de l'arthrose, tandis que les constats de l'expert étaient intervenus à un moment calme grâce à un traitement alors efficace. Cependant, le patient présentait toujours des douleurs invalidantes, insomniantes

et répondant mal au traitement. Il en résultait une incapacité de travail totale dans sa profession.

- Le rapport de consultation du Dr D._____ du 9 septembre 2022, exposant que le diagnostic de spondylarthrite devait être écarté, mais qu'il fallait évoquer celui de polyarthrite rhumatoïde séropositive, non examiné par les experts.

Le Dr D._____ a répondu le 3 avril 2023 à des questions complémentaires du SMR, en exposant que la nouvelle médication introduite en décembre 2022 n'avait pas eu d'effet spectaculaire sur la symptomatologie algique, alors que l'examen clinique récent n'objectivait pas de grosse synovite et que les examens de laboratoire étaient plutôt satisfaisants. La capacité de travail dans l'activité habituelle était inchangée car le patient affirmait ne pas pouvoir exercer d'activité professionnelle. Les limitations fonctionnelles n'étaient pas modifiées par le changement de traitement de fond de la maladie inflammatoire. Les plaintes douloureuses paraissaient augmentées depuis 2021 mais l'examen clinique ne permettait pas de retenir une aggravation de la situation. Se ralliant à l'expertise, le rhumatologue a indiqué que l'assuré devait être en mesure d'exercer une activité adaptée au moins à temps partiel.

Dans son avis établi du 23 mai 2023, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique pour préciser la capacité de travail, son évolution ainsi que les limitations fonctionnelles. En vue de cette expertise, l'assuré a fourni les pièces médicales suivantes notamment, qui ont été transmises à l'expert :

- Le rapport de consultation du Dr D._____ du 17 mai 2022, expliquant qu'il avait proposé l'arrêt du traitement de fond et qu'il réévaluerait la situation après deux mois, dès lors que les signes d'atteinte inflammatoire étaient faibles et que les symptômes articulaires décrits par l'assuré étaient à prédominance mécanique

alors que les traitements de fond testés jusque-là n'avaient pas entraîné d’amélioration.

- Le rapport de consultation du Dr D._____ du 23 juin 2023, indiquant que l’assuré ne présentait pas de gros syndrome inflammatoire lors des précédents examens biologiques et qu’un nouveau traitement allait être testé.

- Un rapport d’IRM du rachis lombaire du 31 août 2022.

Mandaté par l’OAI pour procéder à cette expertise, le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, a examiné l’assuré le 3 octobre 2023 et a rendu son rapport le 26 octobre 2023. Posant les diagnostics dans sa spécialité de lombalgies chroniques anciennes sur arthrose postérieure L4-L5 (spondylolisthésis grade 1 non retrouvé), de gonarthrose fémoro-tibiale droite de grade IV et d’arthralgies des mains et des chevilles inexpliquées dans un contexte de présence de facteurs rhumatoïdes sans véritable synovite, il a relevé que l’absence d’efficacité de deux biothérapies aux modes d’action différents devait faire reconsidérer le diagnostic de rhumatisme inflammatoire. Les lésions dégénératives étaient définitives, tandis que le « possible, mais non certain, rhumatisme inflammatoire » était en rémission pour le moment. Dans l’activité exercée précédemment, en tenant compte d’une polyarthrite en rémission, une présence de 6h30 par jour était exigible, soit une capacité de travail de 75 %, depuis début 2021. Le temps de présence et le taux d’activité exigibles étaient les mêmes, depuis toujours, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes, qui tenaient essentiellement compte de la gonarthrose : marche prolongée et sur terrain instable, montée et descente d’escaliers ou de barreaux d’échelles, travaux à genoux ou en position accroupie. Ni l’atteinte des mains, en l’absence de poussée inflammatoire, ni les discrètes lésions lombaires, n’entraînaient de limitations fonctionnelles complémentaires. Celles-ci étaient respectées dans l’activité habituelle selon la description donnée par l’assuré.

Dans son avis du 6 novembre 2023, le SMR s'est rallié aux conclusions du Dr K._____ et a retenu que l'assuré avait présenté une capacité de travail nulle du 16 avril au 31 décembre 2020, soit le temps de procéder aux bilans et essais de traitement, puis de 75 % dans toute activité dès le 1er janvier 2021, l'activité habituelle étant une activité adaptée.

Dans un rapport final du 5 février 2024, le service de réadaptation de l'OAI a exposé que le degré d'invalidité était de 25 %, ce qui ouvrait le droit à des mesures professionnelles. Toutefois, compte tenu de son âge et hormis la reprise de l'activité habituelle, l'assuré pouvait uniquement être orienté vers une formation de courte durée dans le cadre d'une activité adaptée se pratiquant dans le domaine de l'industrie, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, mécanique, connecteurs électriques ou encore production pharmaceutique et d'instruments de mesures ou médicaux, ce qui permettrait de réduire le préjudice économique à 18,85 %. Recontacté, l'assuré avait répété qu'il ne pouvait envisager la reprise d'une activité professionnelle en raison de son état de santé.

L'OAI a rendu un projet de décision le 16 février 2024, annulant et remplaçant celui du 14 avril 2022. Il prévoyait de rejeter la demande de prestations au motif qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, le 16 avril 2021, l'assuré présentait une incapacité de travail de 25 % dans son activité habituelle ainsi que dans toute activité adaptée, entraînant un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assuré a fait part de ses objections le 4 avril 2024. Il remettait en question les conclusions de l'expertise du Dr K._____, en ce qu'il réfutait la présence de facteurs rhumatoïdes actifs et ne retenait pas de limitations fonctionnelles au niveau des mains, alors que ses médecins traitants avaient relevé des signes cliniques d'inflammation et que le bilan d'ergothérapie démontrait un manque de force au niveau des mains avec des répercussions sur la motricité fine. Par ailleurs, en raison de son âge au moment de l'expertise et de ses limitations fonctionnelles, il était peu

probable qu'un employeur soit disposé à l'engager et à le former compte tenu du temps restant avant d'atteindre l'âge de la retraite. Ces éléments justifiaient l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, l'assuré a ensuite produit notamment les pièces suivantes :

- Un rapport établi le 13 mai 2023 par le Dr F._____, listant ses points de désaccord avec les constats et conclusions du Dr K._____.

- Un rapport du Dr D._____ du 22 mai 2024. Précisant qu'il n'avait pas eu connaissance de la dernière expertise, le rhumatologue exposait que la médication avait été changée récemment, que le patient gardait toujours des ténosynovites des fléchisseurs de mains et des tuméfactions intermittentes des pieds. Il relevait que, malgré un traitement de fond adéquat, la polyarthrite n'était pas complètement contrôlée, ce qui justifiait au moins une invalidité de 50 %.

Ces pièces ont été soumises au SMR, qui a conclu le 1er juillet 2024 que les médecins traitants n'apportaient pas d'élément médical nouveau justifiant une aggravation ou un changement au niveau rhumatologique, respectivement que leurs remarques ne remettaient pas en cause les conclusions de l'expert quant aux répercussions des atteintes rhumatologiques sur la capacité de travail, de sorte que les conclusions de l'expertise du 3 octobre 2023 pouvaient être suivies.

Par décision du 2 juillet 2024, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a communiqué l'avis du SMR précité et indiqué que la contestation n'avait pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

**C.** Toujours représenté par Inclusion handicap, sous la plume de Me Karim Armand Hichri, R._____ a recouru contre la décision précitée

auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 5 septembre 2024, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée depuis le 1er mars 2021, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a fait valoir, en substance, que même en supposant qu'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée puisse être reconnue, ce qu'il contestait, il était douteux qu'un employeur soit disposé à l'engager compte tenu de ce taux d'activité, de ses limitations fonctionnelles, de son âge et du temps écoulé depuis l'arrêt de sa dernière activité.

Déférant le 26 septembre 2024 à la demande en ce sens incluse dans le recours, l'assistance judiciaire a été accordée au recourant avec effet au 5 septembre 2024, comprenant l'exonération d'avances, de frais judiciaires et de franchise mensuelle, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Armand Hichri.

Répondant le 24 octobre 2024, l'intimé a maintenu sa position s'agissant de la capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée et a exposé que la jurisprudence concernant les assurés proches de l'âge de la retraite n'avait pas d'incidence puisque l'activité habituelle était une activité adaptée. Cela étant, le préjudice économique devait être évalué en comparant le revenu de l'activité déployée avant la première demande de prestations auprès de W._____, indexé à 2021, au revenu versé par Z._____, également indexé à 2021, au taux d'activité de 75 %. Il en découlait un préjudice économique de 51,63 %, valable dès avril 2021. L'intimé a joint un rapport final complémentaire de son service de réadaptation du 21 octobre 2024.

Dans sa réplique du 8 novembre 2024, le recourant a approuvé le nouveau calcul du degré d'invalidité proposé par l'intimé, tout en relevant que la jurisprudence relative aux assurés approchant de l'âge de la retraite devait néanmoins être appliquée. En conséquence, il a déclaré maintenir son recours et a modifié ses conclusions en ce sens que, principalement, la décision devait être réformée en faveur de l'octroi

d’une rente entière d’invalidité depuis le 1er mars 2021, subsidiairement qu’elle devait être réformée pour octroyer une demi-rente d’invalidité depuis le 1er mars 2021, et plus subsidiairement que la décision devait être annulée et la cause renvoyée à l’intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

L’intimé a dupliqué le 28 novembre 2024. Confirmant entièrement sa réponse du 24 octobre 2024, il a rappelé que la dernière activité exercée était adaptée aux limitations fonctionnelles et son exercice exigible à 75 % dès le 1er janvier 2021, de sorte que le recourant pouvait faire valoir des compétences et une expérience devant faciliter son engagement par un employeur potentiel malgré son âge, dans un marché du travail équilibré.

**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 compte tenu des féries estivales (art. 38 al. 4 LPGA), 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 des prestations de l’assurance-invalidité en lien avec la nouvelle demande déposée en septembre 2020.

Dans son écriture du 24 octobre 2024, l'intimé a implicitement proposé de réformer sa décision en ce sens que le recourant a droit, dès le 1er avril 2021, à la rente correspondant à un préjudice économique de 51,63 %. Ce faisant, il a partiellement acquiescé aux conclusions du recourant. En droit des assurances sociales, dans lequel prévaut la maxime d'office (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), l'acquiescement est en principe inopérant, en ce sens qu'il ne dispense pas le juge de se prononcer sur le recours, de sorte qu'il y a lieu de rendre une décision sur le fond (cf. TF 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 2.1 ; 9C_149/2017 du 10 octobre 2017 consid. 1 et la référence citée). Au demeurant, le recourant a déclaré maintenir ses conclusions, tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

**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 1er 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 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Tel est le cas en l'espèce. En effet, la demande de prestations objet de la présente procédure a été déposée en septembre 2020 en relation avec une incapacité de travail ayant débuté en avril 2020, de sorte que le droit à la rente peut prendre naissance au plus tôt en avril 2021 en application de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, non modifié par la réforme législative. A cet égard, bien que le recourant allègue que les atteintes à la santé à l'origine de son incapacité de travail sont antérieures à avril 2020, il convient de relever que, selon le questionnaire rempli le 1er décembre

2021 par Z._____, seules deux absences pour maladie de deux et trois jours ont été documentées en août 2019 et janvier 2020. En conséquence, le délai d'attente d'une année n'a pas pu débuter avant avril 2020.

**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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de

modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). 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).

**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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**c)** Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s’écarter de l’avis exprimé par l’expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l’administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d’une expertise médicale, il incombe à l’assuré d’établir l’existence d’éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l’expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l’expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu’un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l’expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

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 ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

**5.** En l’espèce, l’intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 7 septembre 2020 et a constaté, à l’issue de l’instruction médicale, que le recourant avait subi une incapacité de travail de 100 % dans toute activité d’avril à décembre 2020 puis que, dès le 1er janvier 2021, il présentait une incapacité de travail de 25 % dans son activité de gestionnaire de commerce de détail, laquelle était une activité adaptée à son état de santé. Il s’est fondé en particulier sur le rapport d’expertise rhumatologique du Dr K._____ du 3 octobre 2023, auquel s’est rallié le SMR par avis du 6 novembre 2023.

Dans ses objections au projet de décision, le recourant a contesté les conclusions de l’expert K._____ en se fondant sur les rapports du Dr F._____ du 13 mai 2023 et du Dr D._____ du 22 mai 2024. Ces deux médecins exposaient que leur patient présentait, malgré les traitements, des signes d’inflammation (synovites et ténosynovites). A ce propos, l’expert a indiqué qu’au jour de l’examen, les articulations du recourant ne présentaient pas de tels symptômes, ni de syndrome inflammatoire biologique, raison pour laquelle il ne pouvait pas confirmer un diagnostic de rhumatisme inflammatoire. L’absence de signe clair d’inflammation avait déjà été relevé précédemment par le Dr S._____, mandaté par l’assurance perte de gain de l’employeur en 2021. Toutefois, le Dr K._____ n’a pas exclu qu’une telle atteinte existe, mais qu’elle soit en rémission depuis au moins six mois avant son examen en se référant aux rapports du Dr D._____. Le Dr K._____ a, par ailleurs, indiqué que l’atteinte aux mains n’entraînait pas de limitations fonctionnelles complémentaires dans l’activité déployée pour Z._____ en l’absence de poussée inflammatoire, de même que les lésions lombaires. Enfin, il a confirmé la présence de lombalgies chroniques anciennes en lien avec une problématique d’arthrose, auxquelles s’ajoutait une arthrose au niveau des genoux. Cela étant, les constatations de l’expert ne paraissent pas

contradictoires avec celles du Dr D._____. Le rhumatologue traitant a en effet indiqué, dans son rapport du 22 mai 2024, que les tuméfactions au niveau des pieds étaient intermittentes tandis que les ténosynovites des mains étaient confirmées par une échographie, sans préciser quand cet examen avait été effectué. Or le seul rapport d'échographie versé au dossier par les médecins traitants concerne le poignet droit et date de décembre 2020. Or dans son rapport du 23 juin 2023, produit par le recourant en vue de l'expertise, le Dr D._____ a indiqué que son patient ne présentait « pas de gros syndrome inflammatoire lors des examens biologiques précédents ». De même, dans son rapport de consultation du 9 septembre 2022, dont le Dr K._____ a aussi eu connaissance, le Dr D._____ indiquait qu'une poussée de douleurs lombaires – désormais au décours – avait motivé une nouvelle IRM lombaire, laquelle avait confirmé la présence de troubles dégénératifs sans grand changement depuis 2021 et l'absence de spondylarthrite, tandis que les mains ne présentaient pas de synovites franches, comme à la consultation précédente de mai 2022. Enfin, il convient de relever que, dans ses réponses du 3 avril 2023 aux questions complémentaires du SMR, le Dr D._____ a admis que les plaintes douloureuses paraissaient augmentées depuis 2021 sans que l'examen clinique ne permette de retenir une aggravation de la situation, que le traitement de fond de la maladie inflammatoire n'avait pas eu d'effet spectaculaire sur la symptomatologie algique et qu'une activité adaptée était possible au moins à temps partiel, conclusions qui ont précisément amené le SMR à préconiser la mise en œuvre de la nouvelle expertise.

Pour sa part, dans son rapport du 13 mai 2023, le Dr F._____ a essentiellement critiqué les ressources internes et externes décrites par l'expert, en leur opposant l'impact des douleurs sur la vie quotidienne de son patient, à savoir en particulier le fait qu'il ne peut plus porter des sacs de courses lourds, marcher sur de longues distances, cuisiner en utilisant des ustensiles lourds ou enjamber le rebord de sa baignoire. Les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte lombaire ont cependant été décrites de longue date et ont motivé une réadaptation professionnelle achevée en 2013. L'activité exercée par le recourant depuis lors était

adaptée à ce problème. De nouvelles limitations, liées à l'atteinte arthrosique des genoux, s'y sont ajoutées et ont été décrites par le Dr K._____. Il n'en demeure pas moins, comme l'a retenu ce dernier, que le recourant reste en mesure de vivre de manière autonome et de s'occuper de son père, moyennant une adaptation de son fonctionnement ou l'aide de ses proches, ce que le Dr F._____ ne conteste d'ailleurs pas. Pour le surplus, le médecin généraliste traitant n'a pas opposé d'argument d'ordre médical pour remettre en doute les limitations fonctionnelles et la capacité de travail retenues par l'expert.

En conséquence, il faut constater que les conclusions du Dr K._____ rejoignent celles du rhumatologue traitant et ne sont pas sérieusement mise en doute par les autres rapports médicaux au dossier. Au demeurant, au stade du recours, le recourant n'a plus émis de critique à l'égard des conclusions du Dr K._____. Ainsi, l'OAI était en droit de se fonder sur l'expertise du 26 octobre 2023 et de retenir qu'à l'issue du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le recourant présentait une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle celle exercée en dernier lieu pour Z._____.

**6.** Le recourant conteste, à titre principal, le caractère exigible de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle médico-théorique déterminée par l'expert K._____.

**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. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (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_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références citées).

Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

**b)** En l'occurrence, la capacité de travail résiduelle a été déterminée sur la base du rapport d'expertise rhumatologique du 26 octobre 2023. A cette date, le recourant était âgé de plus de 61 ans et se trouvait à 3 ans et 9 mois de la naissance de son droit à la rente de vieillesse. Le Tribunal fédéral a jugé que cet âge, respectivement une telle durée jusqu'à la naissance du droit à la rente de vieillesse, ne permettaient pas en soi de nier l'exigibilité de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle (cf. TF 9C_786/2020 du 1er septembre 2021 consid. 4.2 ; 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.3). Il s'agit en conséquence de procéder à un examen global de la situation, étant relevé que l'intimé ne peut être suivi lorsqu'il expose que cette question n'a pas d'incidence alors qu'il admet que l'invalidité du recourant doit être déterminée en se référant à son métier de carrossier et non à celui appris au cours de sa réadaptation professionnelle.

Le recourant a exercé son métier de carrossier durant une vingtaine d'année auprès du même employeur. Des problèmes dorsaux ont motivé un arrêt de travail en 2005 et le dépôt d'une première demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'inexigibilité de la profession de carrossier a été reconnue et le recourant a bénéficié de mesures professionnelles incluant une formation pratique de gestionnaire de commerce de détail auprès de Z._____ d'avril 2011 à août 2013. L'entreprise formatrice l'a ensuite engagé pour une durée indéterminée et

le recourant a conservé cet emploi jusqu'à un nouvel arrêt de travail de longue durée, dès avril 2020. Une incapacité de travail totale dans toute activité a été reconnue jusqu'à fin 2020. Depuis lors, il est constant que le recourant dispose d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'épargne du rachis et des genoux. Il s'agit de limitations relativement classiques, qui permettent l'exercice de toutes sortes d'activités légères. Le caractère adapté de l'activité exercée par le recourant auprès de Z._____ a été remise en question en raison des plaintes douloureuses du recourant au niveau des mains, dès lors qu'elle incluait des tâches nécessitant de la force et de la dextérité au niveau des mains (réparation de vélo). Dans son rapport d'expertise, le Dr K._____ n'a pas exclu que des limitations fonctionnelles au niveau des mains puissent apparaître en cas de poussée inflammatoire, mais il a néanmoins estimé que l'activité habituelle, telle que décrite par le recourant, était adaptée. Quoi qu'il en soit, il n'en demeure pas moins que le recourant dispose d'une expérience de gestionnaire de vente de plus de huit années et qu'il peut la mettre à profit dans des emplois n'incluant pas de tâches manuelles.

Dans ces circonstances, l'exigibilité d'une mise en valeur de la capacité de travail résiduelle du recourant ne peut être exclue.

**7.** Il convient d'examiner si le recourant subit un préjudice économique, en procédant à la comparaison des revenus conformément à l'art. 16 LPGA (cf. consid. 3b ci-dessus).

**a)** La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité puis en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1).

La survenance de l’invalidité doit en principe être déterminée eu égard à chaque catégorie de prestations séparément. Il peut se produire une succession de causes d’invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l’invalidité. D’autre part, une seule et même cause d’invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d’assurance. Le principe de l’unité du cas d’assurance n’est donc pas absolu et il cesse d’être applicable lorsque l’invalidité subit des interruptions notables ou lorsque l’évolution de l’état de santé ne permet plus d’admettre l’existence d’un lien de fait et de temps entre les différentes phases qui deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l’invalidité (TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 ; cf. également : Michel Valterio, Droit de l’assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l’assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, nn. 1234 et 11235).

**b)** Le revenu sans invalidité 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).

On ne tiendra compte d’une hypothétique évolution salariale en raison d’un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances telles qu’une éventuelle promotion ou d’un changement d’emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d’intention de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6 ; TF 9C_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 18 ad art. 16 LPGA).

**c)** 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). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

**8.** **a)** Dans la décision litigieuse, l'intimé a retenu que le degré d'invalidité était de 25 %, correspondant au taux d'empêchement dans l'activité exercée auprès de Z._____ dès lors qu'il s'agissait d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans sa réponse au recours, l'intimé a proposé un calcul différent, à savoir une comparaison entre le revenu obtenu dans l'activité précédente de maitre-artisan auprès de W._____, à 100 % et indexé à 2021, avec le revenu perçu avec l'emploi auprès de Z._____, à 75 % et indexé à 2021.

Cette nouvelle méthode de calcul de l'intimé, auquel le recourant s'est rallié à titre subsidiaire dans sa réplique du 8 novembre 2023, peut être suivie. En effet, la demande de prestations déposée en 2005 était motivée par des douleurs dorsales. Au cours de l'instruction de celle-ci, la Dre N._____ était arrivée à la conclusion, dans son rapport d'expertise du 15 mars 2010, que la capacité de travail était nulle dans le métier de carrossier en raison des lombalgies. L'experte avait également relevé des signes d'arthrose au niveau des genoux et des chevilles, qui n'étaient cependant pas incapacitants à cette époque (cf. p. 44 du rapport d'expertise du 15 mars 2010). Des mesures professionnelles avaient ensuite permis le reclassement du recourant vers le métier de gestionnaire de vente qu'il a ensuite exercé sans discontinuer jusqu'en avril 2020. La seconde demande de prestations, déposée en septembre

2020, était motivée principalement par des dorsalgies (spondylarthrite) et des gonalgies (arthrose du genou droit). Il n'y a donc pas un nouveau cas d'assurance, mais bien l'évolution d'atteintes à la santé qui existaient lors de la première demande. Il convient en conséquence de procéder à une nouvelle comparaison des revenus tenant compte pour le revenu sans invalidité, comme l'a proposé l'intimé au stade du recours, du métier d'origine, exercé en dernier lieu et durant une vingtaine d'années pour W._____.

**b)** Les paramètres du calcul de l'intimé, non contestés par le recourant, ne prêtent pas le flanc à la critique. Il convient ainsi de constater qu'au 1er avril 2021, date de la naissance du droit éventuel, présentait un degré d'invalidité de 52 % (chiffre arrondi ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), ce qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité.

On relèvera pour le surplus que le recourant n'a pas contesté le rejet des mesures professionnelles, idée qu'il a même expressément écartée lorsqu'il a été contacté par l'intimé avant d'établir son projet de décision (cf. rapport final du 5 février 2024). Au demeurant, dans la mesure où il présente une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'il a déjà bénéficié de mesures professionnelles lui permettant d'exercer une telle activité, aucune mesure de réadaptation supplémentaire ne paraît susceptible d'améliorer sa capacité de gain, eu égard également à son âge. Reste néanmoins la possibilité pour le recourant de solliciter une mesure d'aide au placement au sens entendu par l'art. 18 al. 1 LAI, en adressant une requête motivée à l'intimé.

**9.** **a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er avril 2021.

**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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'250 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**c)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 2 juillet 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que R._____ a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er avril 2021.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R._____ une indemnité de dépens de 2'250 fr. (deux mille deux cent cinquante francs).

La présidente : La greffière :

**Du**

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

- Me Karim Armand Hichri (pour R._____),
- 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 :