

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 septembre 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, est ferblantier-installateur sanitaire de formation, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) depuis août 1979. Il a déployé cette activité dans le cadre de son entreprise individuelle, inscrite au Registre vaudois du commerce, depuis le 15 novembre 2000.

Etant donné les suites d'un accident de ski survenu le 22 février 2003, il a requis des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par demande formelle datée du 3 février 2004.

L'OAI a recueilli le dossier constitué par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), ainsi que des rapports des médecins traitants de l'assuré, les Dr D._____ et G._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il est apparu que l'accident de ski du 22 février 2003 avait entraîné une fracture per et sous-trochantérienne du fémur gauche, réduite et ostéosynthésée par un clou Gamma, sous suite d'incapacité de travail (cf. notamment : rapport du Dr D._____ du 24 février 2004 à l'attention de l'OAI et rapport d'examen du Dr R._____, médecin d'arrondissement de la CNA, de la même date). Le 19 janvier 2005, le Dr G._____ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche (cf. rapport du Dr G._____ du 21 mai 2005 à l'attention de l'OAI).

L'assuré a par ailleurs été victime de plusieurs autres accidents. Le 29 décembre 2004, il a chuté sur le verglas et a souffert d'une torsion de son genou droit, laquelle a connu une évolution favorable (cf. note d'entretien téléphonique entre l'assuré et la CNA du 11 janvier 2005).

Le 27 octobre 2005, à la suite d'une chute sur un toit, il a présenté une contusion avec déchirure partielle de la coiffe des rotateurs

de l'épaule droite (cf. notamment : rapport d'examen du Dr S._____, médecin d'arrondissement de la CNA, du 9 février 2006 et rapport du Dr G._____, du 20 août 2006 à l'attention de l'OAI).

Le 12 mai 2006, l'assuré s'est blessé au genou droit en trébuchant dans le transport d'une pièce d'environ 20 kg. Une déchirure en anse de seau luxée du ménisque interne du genou droit a été diagnostiquée, suite à laquelle une arthroscopie a été pratiquée le 9 juin 2006 (cf. protocole opératoire de cette date et rapport du Dr G._____, du 20 août 2006 à l'attention de l'OAI).

Consécutivement à ces divers accidents, l'assuré s'est vu reconnaître les incapacités de travail suivantes (cf. décomptes d'indemnités journalières versés au dossier de la CNA) :

Fémur gauche :

- 100 % du 22 février 2003 au 31 août 2003 ;
- 50 % du 1^{er} septembre 2003 au 4 janvier 2004 ;
- 25 % du 5 janvier 2004 au 12 janvier 2004 ;
- 50 % du 13 janvier 2004 au 18 janvier 2005 ;
- 100 % du 19 janvier 2005 au 16 mai 2005 ;
- 50 % du 17 mai 2005 au 3 juillet 2005 ;
- 25 % du 4 juillet 2005 au 1^{er} août 2005 ;
- 0 % dès le 2 août 2005.

Epaule droite :

- 100 % du 27 octobre 2005 au 14 février 2006 ;
- 50 % du 15 février 2006 au 28 février 2006 ;
- 20 % du 1^{er} mars 2006 au 14 mai 2006.

Genou droit :

- 100 % du 15 mai 2006 au 6 août 2006 ;
- 50 % du 7 août 2006 au 27 août 2006 ;
- 0 % dès le 28 août 2006.

A partir d'octobre 2007, l'assuré a fait l'objet d'une prise en charge par le Dr I._____, chef de clinique adjoint au sein du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier F._____, en raison d'une claudication neurogène sur un canal lombaire étroit L4-L5. Il a bénéficié d'une laminectomie le 10 octobre 2007, laquelle a justifié les incapacités de travail ci-après (cf. rapports du Dr I._____ des 22 janvier 2008 et 22 avril 2008 ; avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité [SMR] du 3 novembre 2008) :

- 100 % du 9 octobre 2007 au 14 janvier 2008 ;
- 50 % du 15 janvier 2008 au 30 avril 2008 ;
- 0 % dès le 1^{er} mai 2008.

Dans l'intervalle, l'assuré a régulièrement fourni les bilans comptables de son entreprise à l'OAI. Disposant de la comptabilité des années 2000 à 2008, ce dernier a mandaté son Service des enquêtes à réitérées reprises pour procéder à la détermination du préjudice économique subi dans l'activité habituelle. Après différents rapports d'enquête (cf. rapports des 3 novembre 2004, 11 janvier 2006, 8 février 2007 et 25 juin 2008), ledit service a communiqué son analyse finale le 22 juin 2009, mettant en évidence les revenus avec et sans invalidité dégagés par l'assuré. Le revenu sans invalidité se montait à 119'511 fr. sur la base de la moyenne des résultats nets des années 2001 et 2002. Le revenu d'invalidité était le suivant entre 2004 et 2008, compte tenu des résultats nets de ces années :

- 2004 : 51'460 fr.
- 2005 : 57'124 fr.
- 2006 : 76'574 fr.
- 2007 : 96'481 fr.
- 2008 : 83'004 fr.

Le degré d'invalidité de l'assuré pouvait en conséquence être chiffré ainsi :

- 2004 : 56,94 %
- 2005 : 52,20 %
- 2006 : 35,93 %.
- 2007 : 19,27 %
- 2008 : 30,55 %.

Par décision du 30 novembre 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 57 %, pour la période limitée du 1^{er} février 2004 au 31 mars 2006. Cette décision est entrée en force.

B. B. _____ a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 11 décembre 2013, suite à laquelle ce dernier lui a adressé une décision de refus d'entrer en matière le 5 juin 2014. L'assuré n'a pas contesté cette décision.

C. Par une troisième demande de prestations adressée à l'OAI le 29 juillet 2015, B._____ a une nouvelle fois requis des prestations de l'assurance-invalidité. Il a fourni de nouveaux documents médicaux, à savoir des rapports du Dr J._____, spécialiste en neurochirurgie, du 19 février 2014 et des Services de neurologie et de neurochirurgie du Centre hospitalier F._____, respectivement datés des 12 août 2014 et 3 juin 2015. Ces pièces ont fait état d'une claudication radiculaire chronique dans le contexte de lombosciatalgies gauches L5 résiduelles. L'assuré avait subi une hémi-laminectomie L5 gauche et foraminale le 29 mai 2015. Il avait été hospitalisé au Centre hospitalier F._____ jusqu'au 1^{er} juin 2015. Le service de neurochirurgie de ce centre relevait en outre, au titre d'antécédents, un infarctus du myocarde inféro-latéral avec extension inféro-septale, une maladie coronarienne bi-tronculaire avec occlusion totale chronique de la circonflexe moyenne et de la coronaire droite, une athéromatose coronarienne modérée diffuse et une insuffisance cardiaque (cf. en particulier : rapport du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier F._____ du 3 juin 2015).

Après être entré en matière sur cette nouvelle demande, l'OAI, respectivement le SMR, s'est renseigné sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré auprès du Centre hospitalier F._____ le 14 janvier 2016. Le Dr L._____, chef de clinique adjoint du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier F._____, a indiqué le 4 février 2016 que l'assuré présentait toujours des douleurs L5. Des restrictions s'imposaient pour la station debout et la marche prolongées, ainsi que le port de lourdes charges. La capacité de travail s'élevait à 50 % dans l'activité habituelle depuis le 13 juillet 2015 et pouvait être « très variable » dans une activité adaptée.

Par avis du 3 mars 2016, le SMR, sous la plume du Dr T._____, a confirmé que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle dès le 13 juillet 2015. Il a estimé dite capacité médico-théorique à hauteur de 100 % dans une activité adaptée, sédentaire et légère, depuis la même date.

L'assuré a adressé à l'OAI un tirage de ses bilans comptables pour les années 2009 à 2016, ainsi que les déclarations fiscales des années 2015 et 2016. L'OAI a dès lors mandaté son Service des enquêtes en vue de fixer le préjudice économique de l'assuré. L'enquête a eu lieu au sein de l'entreprise de ce dernier le 24 octobre 2017. Le rapport correspondant, rédigé le 31 octobre 2017, fait notamment état de ce qui suit :

« [...] **4.5 Activité de l'assuré avant son atteinte à la santé :**

Exerçait principalement en tant que ferblantier-couvreur et dans une faible mesure aux tâches de nettoyages à haute pression de toitures et la destruction de nids de guêpes.

Selon ses déclarations, celui-ci évitait les trop gros chantiers car n'avait jamais voulu avoir la contrainte de personnel fixe, et selon les mandats, avait recours à des collègues indépendants de la branche, avec lesquels ils réalisaient les chantiers qu'il avait pu décrocher avec, si nécessaire, le recours à des temporaires (mais le moins souvent possible). Pour notre assuré, l'engagement de personnel est particulièrement risqué car nécessite de disposer de liquidités pour payer et occuper du personnel sur un volume assuré tout au long de l'année, orientation que l'assuré n'a jamais privilégiée, préférant se charger lui-même de tous les travaux et ayant également le souci du travail parfaitement réalisé.

Monsieur B. _____ se considérant comme un artisan, un travailleur manuel, il ne s'est jamais initié à l'informatique pour ses activités (excepté des modèles Word, utilisés pour la facturation), ne se servant d'aucun outil informatique pour démarcher ou communiquer. Engager du personnel aurait impliqué augmenter la charge administrative, charge que celui-ci n'avait aucune envie d'augmenter.

Si l'on se réfère aux données économiques antérieures, on observe que notre assuré recourait effectivement à de la sous-traitance et parfois du personnel temporaire. On relèvera qu'au fil du temps (d'abord entre 2003 et 2008, puis dès 2013), la proportion des sous-traitants (personnel indépendant et qualifié) est devenue prépondérante, et n'a cessé d'augmenter au fil de la survenue des problèmes de santé et par voie de conséquence [des] difficultés croissantes rencontrées par notre assuré de pouvoir assumer des travaux sur les toits, qui ont été délégués de plus en plus.

4.6 Modification de son activité ou dans l'organisation de l'entreprise suite à l'atteinte à la santé (modification des produits, travaux refusés, sous-traitance, changement des heures d'ouvertures, etc.). Date des modifications :

Compte tenu des multiples pathologies présentées, celui-ci mentionne n'avoir progressivement plus été en mesure d'effectuer des travaux sur les toits avec suffisamment de sécurité et que cette activité lui est actuellement impossible (monter sur des échelles, effectuer des travaux en hauteur, manipulation de charges, tuiles, éléments de ferblanterie) eu égard aux positions et aux risques et à la douleur. La problématique cardiaque a également diminué sa

résistance à l'effort et on peut considérer que dès l'intervention de 2015, la poursuite ou le maintien d'une activité de couvreur pouvait être considéré comme définitivement proscrite.

En effet, depuis la dernière intervention, les douleurs au niveau du MI [réd. : membre inférieur] ne s'étant pas résorbées, l'assuré n'est plus en mesure d'accomplir des travaux physiques, qui plus est dans un environnement (toits), où il est nécessaire d'être vigilant et de disposer d'aptitudes physiques (mobilité et force, travaux sur échelles, ou encordé), dans un environnement le plus souvent en pente, avec risques de glissades et manipulation de charges dans des positions pas ergonomiques.

Ainsi, Monsieur B. _____ explique que les seuls travaux qu'il réalise encore consistent soit en du suivi et de l'organisation de petits chantiers de rénovation qu'il sous-traite à deux indépendants collègues ferblantiers couvreurs de longue date, en qui il a entière confiance, et de consignes dans la réalisation de certaines pièces spéciales de ferblanterie notamment. L'assuré indique n'avoir plus aucune capacité exploitable dans la fabrication ou la pose liée à son activité. Il indique également que disposant également d'une qualification d'installateur sanitaire, l'exercice de telles tâches lui seraient également impossibles à réaliser en raison des postures le plus souvent inadaptées pour le dos et les efforts à effectuer (visser et dévisser, tuyauterie, robinetterie, manipulation de charges, mais ce pan d'activité a toujours été relativement peu important par rapport à son chiffre d'affaires).

En résumé, les tâches et donc les revenus qu'il réalise sont le fait des marges qu'il touche pour le suivi de certains chantiers commandés par ses clients, mais quasi exclusivement réalisés par ses collègues. La différence représente la marge qu'il réalise comme « apporteur » de travail. S'agissant des travaux d'atelier, la taille et le poids de certaines pièces, les contraintes physiques liées aux tâches de découpage, pliage ou assemblage, sont peu adaptées à l'affection présentée. Celui-ci déclare qu'il lui est arrivé de donner des consignes à des ouvriers pour la fabrication et la découpe de pièces spéciales à l'atelier, mais que n'effectuant pas lui-même le travail, la rentabilité effective est minime.

[...]

6. Données concernant le revenu de l'assuré

6.1 Tableau des comptes d'exploitation

[...]

Nous avons reporté l'ensemble des comptes à disposition au dossier soit de 2001 à 2016. [...]

De ceux-ci on observe les variations en terme de chiffre d'affaires, de masse salariale et de sous-traitance, et on peut assez aisément observer que plus le chiffre d'affaires diminue, plus le recours à de la MO [réd. : main-d'œuvre] extérieure (sous-traitance, temporaires) devient, en proportion importante, ce qui confirme au vu des volumes d'affaires que les tâches et heures précédemment réalisées à la production ont dû être le fait de MO extérieure, réduisant drastiquement la marge et donc le revenu. On observe également l'imputation d'IJ [réd : indemnités journalières] dans la comptabilité qui a pour conséquence d'augmenter artificiellement le bénéfice et ne pas refléter le résultat réel du fruit du travail. [...]

Sur le vu des données économiques, on observe que si en 2014 la baisse du chiffre d'affaires est d'environ 40 %, dès 2015, le chiffre d'affaires a connu une diminution de plus de 75 % par rapport aux

années avant atteinte, et que la part en proportion du chiffre d'affaires de la masse salariale extérieure a explosé (de 15-20 % du CA [réd. : chiffre d'affaires] avant atteinte), à plus de 55 % d'un CA divisé par 4, ce qui démontre un volume de travail de notre assuré extrêmement diminué (par comparaison, un volume d'activité de l'ordre de 10-20 %). Dès 2015, l'entreprise clôture sur une perte et on peut considérer que dès cette date, l'activité n'est économiquement plus viable.

[...]

7. Comparaison des champs d'activités

[...]

Si l'on reprend la pondération retenue en 2004, en fonction des capacités résiduelles et du volume d'activité déployé, la capacité de notre assuré ne dépasse pas 15 %.

En effet, sur la base des limitations fonctionnelles présentées, la diminution du volume d'activité est le fait des affections présentées. Le fait de ne pas pouvoir effectuer les travaux sur les toits, contraint celui-ci à sous-traiter ses chantiers, et implique la disponibilité de ses collègues indépendants, ce qui limite leur proportion et donc la part d'activités administratives qui leur sont également dévolues. Même à considérer une capacité résiduelle dans certains travaux d'atelier, le rendement effectif et le revenu que l'assuré pourrait en retirer est diminué du fait qu'il ne peut en assumer ni la pose, ni la fabrication complète.

Après analyse, on est porté à conclure que la poursuite de l'activité, selon les modalités déployées et les limitations fonctionnelles, n'est pas réalisable.

[...]

9. Conclusion, mesures de réadaptation

Monsieur B._____ a exercé depuis 1979, l'activité de ferblantier couvreur en tant que salarié ou dans l'entreprise paternelle, et reprend, dès 2000, cette activité en tant qu'indépendant.

Il a présenté depuis 2003, de multiples problématiques de santé (maladie et accidents), qui ont entraîné la reconnaissance par notre assurance d'un droit à une rente limitée.

S'agissant de sa capacité de travail dans son activité habituelle, en nous fondant sur les données économiques et les limitations fonctionnelles à disposition, on doit considérer qu'eu égard à l'organisation de celui-ci avant et consécutivement à ses problèmes de santé, on ne peut confirmer une capacité résiduelle de 50 %. En effet, l'assuré n'a jamais eu de personnel engagé en fixe, et la jurisprudence a confirmé qu'une appréciation des capacités résiduelles et de la réorganisation des tâches dans une entreprise en fonction d'augmentation de la main d'œuvre ne pouvait être appréciée que si les modifications étaient effectives, ce qui n'est pas le cas en l'état, l'assuré n'ayant pas été en mesure de développer son CA par l'engagement de personnel de manière à pouvoir se dégager un plus grandes part de tâches adaptées à ses limitations.

[...] »

Questionné par l'OAI, le Prof. P._____, en charge de la Division de médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier F._____, a indiqué, le 1^{er} décembre 2017, ne pas avoir revu l'assuré

depuis juin 2016. Les diagnostics posés étaient ceux de lombosciatique chronique gauche et de status post cure de canal lombaire étroit avec persistance d'une inflammation périradiculaire S1 gauche. La capacité de travail dans l'activité habituelle était « très réduite du fait de la lombosciatique, proche de 0 % ». Il était difficile d'estimer la capacité de travail dans une activité adaptée en l'absence d'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF), mais « a priori un 50 % [pouvait] être tenté ». L'assuré rencontrait des douleurs en cas de travail physique (marche, port de charges, porte-à-faux du tronc) et de positions statiques prolongées.

Par avis du 10 janvier 2018, le Dr T._____ du SMR a maintenu sa précédente appréciation quant à l'exigibilité à 100 % d'une activité adaptée sédentaire légère. Il a en revanche admis que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle.

Le médecin généraliste traitant de l'assuré, le Dr K._____, a signalé le 18 avril 2018 qu'à son avis, son patient était doté d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et de 20 % dans une activité adaptée. Il rencontrait des limitations au port de lourdes charges et aux positions contraintes.

Fondé sur l'avis du SMR du 10 janvier 2018 susmentionné, le Service de réinsertion de l'OAI a considéré le 27 août 2018 que l'assuré pouvait mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, par exemple dans le domaine industriel léger, et a retenu un revenu d'invalidé fondé sur les statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Le degré d'invalidité de l'assuré se montait, après comparaison des revenus, à 52,34 % compte tenu d'un abattement de 15 %. Des mesures professionnelles n'entraient pas en ligne de compte et ne pouvaient réduire le préjudice économique, vu l'âge de l'assuré, sa faible capacité d'adaptation et sa méconnaissance de l'informatique (cf. rapport et fiche d'évaluation du 27 août 2018).

Par projet de décision du 11 octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de lui allouer une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 52,34 %, dès le 1^{er} janvier 2016.

Malgré la contestation de l'assuré, formulée le 26 octobre 2018, par laquelle il a remis en question le début du droit à la rente et son degré d'invalidité, l'OAI a maintenu sa position aux termes d'un courrier du 9 mai 2019. Il a par ailleurs établi des décisions les 14 mai et 24 juin 2019 octroyant à l'assuré une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2016.

D. B. _____ a recouru contre la décision du 14 mai 2019 par pli du 3 juin 2019 adressé à l'OAI, contestant l'exigibilité et le degré d'invalidité mis en évidence dans son cas.

Le 5 juin 2019, l'OAI a transmis cette correspondance à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.

L'OAI a répondu au recours le 18 septembre 2019 et en a proposé le rejet, en se référant aux évaluations de son Service des enquêtes et de son Service de réinsertion.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré

ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile le 3 juin 2019 auprès de l'intimé, qui l'a dûment transmis au tribunal compétent. Cet acte de recours respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en

principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85^{bis} RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si un recours n'est déposé que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

c) En l'espèce, l'intimé a rendu deux décisions. La première, datée du 14 mai 2019, fixe le montant de la demi-rente d'invalidité allouée dès le 1^{er} juin 2019. La seconde, datée du 24 juin 2019, fixe les

arrangements de rente, soit une demi-rente du 1^{er} janvier 2016 au 31 mai 2019. Le présent litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, singulièrement sur le taux de sa capacité résiduelle de travail et sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé. Le recours introduit le 3 juin 2019 ne porte que sur la décision rendue le 14 mai 2019 par l'intimé. Cela étant, il concerne de fait également la décision du 24 juin 2019 puisque cette dernière retient un taux d'invalidité identique à la première.

3. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Cette disposition est applicable par analogie en cas de nouvelle demande de prestation, comme c'est le cas en l'espèce (ATF 133 V 108 consid. 5.2).

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

c) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable

sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a).

5. a) En l'espèce, les éléments rapportés par le recourant et consignés par l'enquêteur économique de l'intimé dans le rapport du 31 octobre 2017 ont permis au SMR, par avis du 10 janvier 2018, de considérer qu'il n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de ferblantier, couvreur et installateur sanitaire. Cette conclusion, qui n'est d'ailleurs pas remise en question à ce stade, a été également retenue par les médecins traitants du recourant sollicités par l'intimé. En particulier, le Prof. P. _____ et le Dr K. _____ ont tous deux indiqué que leur patient n'était plus capable d'exercer son métier, dont les exigences apparaissaient clairement incompatibles avec son état de santé. Le recourant devait en effet éviter le port de lourdes charges, les marches et positions statiques ou en porte-à-faux (cf. réponses du Prof P. _____ du 1^{er} décembre 2017 et du Dr K. _____ du 18 avril 2018). On peut donc retenir, avec l'intimé, que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle.

b) S'agissant de l'exercice d'une activité adaptée, laquelle respecterait les restrictions fonctionnelles susmentionnées, les avis médicaux divergent substantiellement quant au taux à laquelle cette activité pourrait être déployée. Le Prof. P. _____ a pour sa part envisagé un taux d'activité de 50 %, indiquant que ce taux pouvait « être tenté »,

tandis que le Dr K._____ a évoqué un taux de 20 % sans plus ample justification. Quant au SMR, le Dr T._____ a considéré que les limitations fonctionnelles énoncées, notamment par le Prof. P._____, ainsi que dans le rapport d'enquête économique, autorisaient une capacité de travail de 100 % (cf. réponses du Prof. P._____ du 1^{er} décembre 2017 et du Dr K._____ du 18 avril 2018 ; avis du SMR du 10 janvier 2018 ; rapport d'enquête économique du 31 octobre 2017, points 4.6 et 7).

c) En l'état de ce dossier, on ne voit toutefois aucune pièce médicale susceptible de corroborer l'appréciation du SMR sur la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée. Dite appréciation ressort bien plutôt d'une conjecture du médecin du SMR, laquelle n'a pas été vérifiée par exemple par un examen clinique du recourant. L'intimé n'a donc pas réussi à établir, à ce stade de la procédure, que le recourant est effectivement doté d'une capacité de travail supérieure au taux de 50 % projeté par le Dr P._____, respectivement entière, dans une activité adaptée.

Dans un tel contexte, il s'agirait de compléter l'instruction médicale à tout le moins sur le plan orthopédique, voire également sur le plan cardiologique, au moyen d'une expertise selon l'art. 44 LPGA. La cause devrait donc être renvoyée à l'intimé à cette fin avant qu'il ne statue à nouveau (cf. art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 93 consid. 6.4 ; 137 V 210 consid. 4). Cela étant, un tel renvoi à l'administration apparaît particulièrement peu opportun in casu compte tenu des considérations qui suivent (cf. consid. 6 à 9 ci-après).

6. 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 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). 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_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

b) 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).

c) 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).

7. a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et 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).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la

manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb).

Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

8. En l'occurrence, ainsi qu'il a été observé sous considérant 5c, un renvoi à l'administration devrait être prononcé, afin que soit clarifiée la capacité de travail résiduelle du recourant par le biais d'une expertise au sens de l'art. 44 LPG. Vu la jurisprudence rappelée sous considérant 6c, l'exigibilité ne pourrait donc être définitivement constatée qu'à la date de réception future du rapport correspondant. Or, le recourant, né en [...] 1958, est d'ores et déjà âgé de plus de 60 ans, ce qui justifierait d'examiner son cas sous l'angle de la jurisprudence fédérale rendue en

lien les assurés proches de l'âge de la retraite. L'évaluation globale de son cas conduirait très vraisemblablement à douter du caractère réaliste de la mise en œuvre d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Le recourant est en effet actif en tant que ferblantier-installateur sanitaire depuis plus de 40 ans, ayant obtenu son diplôme en 1979, et indépendant en cette qualité depuis près de 20 ans. Il a par ailleurs toujours évolué dans le même milieu, constitué d'une clientèle fidèle acquise durant ces nombreuses années, et effectué son travail en entreprise individuelle. Il n'a finalement collaboré qu'avec quelques autres indépendants, en parallèle ou en sous-traitance, en recourant le moins possible à de la main-d'œuvre extérieure. Il a également limité au maximum les tâches administratives sans avoir dégagé de connaissances spécifiques à cet égard (cf. rapport d'enquête du 31 octobre 2017, point 4.5). Sa faculté d'adaptation à un nouvel emploi, ainsi que son attractivité à l'égard d'un employeur potentiel (tout particulièrement au vu de sa longue carrière d'indépendant), semblent donc largement sujettes à caution, ce qui justifierait vraisemblablement la reconnaissance du droit à une rente d'invalidité.

9. En l'état de ce dossier, on peut toutefois retenir que – dans le meilleur des cas – le recourant apparaît en mesure de mettre à profit une capacité résiduelle de travail de 50 % selon l'appréciation de son médecin spécialiste traitant (cf. réponses du Prof. P. _____ du 1^{er} décembre 2017). Il s'agit donc de procéder, sur cette base, à une comparaison des revenus conforme à l'art. 16 LPGa.

a) Le revenu sans invalidité a été arrêté à 119'511 fr. sans indexation (en raison de la conjoncture et de l'évolution du secteur du second œuvre) par l'enquêteur de l'intimé (cf. rapport d'enquête du 31 octobre 2017, point 9 in fine). Il n'a pas été contesté par le recourant. Résultant de l'analyse complète des pièces comptables mises à disposition, ce montant ne prête pas flanc à la critique et peut être pris en compte au titre de revenu hypothétique sans invalidité déterminant.

b) S'agissant du revenu d'invalidé, il convient de se référer aux salaires statistiques ressortant de l'ESS 2014, en l'absence d'activité adaptée exercée par le recourant, en procédant à une actualisation à l'année de référence 2015. Le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2014, de 5'312 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1), soit 66'453 fr. par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). Etant donné l'indexation de 0,3 % en 2015 (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1993-2018 »), on aboutit à un revenu de 66'633 fr. pour une activité exercée à 100 % et donc de 33'316 fr. à 50 %. Ce dernier montant constitue le revenu d'invalidé déterminant, sans qu'il soit nécessaire de procéder à un abattement supplémentaire, la capacité de travail résiduelle partielle prenant déjà en considération les limitations liées à l'état de santé du recourant.

c) Vu ces éléments, le degré d'invalidité du recourant s'élève à 72,1 % ($[(119'511 - 33'316) \times 100] / 33'316$), arrondi à 72 %, lequel ouvre le droit à une rente entière d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

On observe que le résultat ne serait pas différent en procédant à une évaluation de l'invalidité dans l'exercice de l'activité habituelle, que ce soit par le biais de la méthode ordinaire de comparaison des revenus ou de la méthode extraordinaire. Le Service des enquêtes de l'intimé a en effet relevé la perte réalisée dès 2015 par l'entreprise individuelle du recourant (considérée comme non viable depuis lors) et évoqué une capacité résiduelle maximale de 15 % suite à la comparaison des champs d'activités basée sur les limitations fonctionnelles.

10. a) Selon l'art. 29 al. 1 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

b) En l'espèce, la troisième demande de prestations du recourant a été déposée le 29 juillet 2015, de sorte que le délai de l'art. 29 al. 1 LAI est arrivé à échéance en janvier 2016. Il n'y a pas lieu de tenir compte de la demande formulée par le recourant le 11 décembre 2013, dans la mesure où celle-ci s'est soldée par une décision de refus d'entrer en matière du 5 juin 2014. Cette décision est entrée en force en l'absence de contestation du recourant.

11. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant peut prétendre au versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 72 %, à partir du 1^{er} janvier 2016.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Le recourant, qui obtient gain de cause, mais n'est pas représenté par un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

prononce :

- I.** Le recours est admis.

- II.** Les décisions rendues les 14 mai 2019 et 24 juin 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées, en ce sens que B._____ a droit au versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 72 %, dès le 1^{er} janvier 2016.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :