

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 avril 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, au bénéfice d'un CFC de mécanicien-électricien, a fondé en juillet 1997 la société Z. _____ SA, dont le but est tous travaux de gypserie et de peinture [...]. Il travaille depuis lors à la rénovation de bâtiments sur les chantiers pour cette entreprise qu'il dirige et qui occupe deux à trois employés.

Le 1^{er} juin 2009, l'assuré a déposé une demande de 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), en raison d'une déchirure du ménisque interne et externe du genou gauche invalidante depuis le 2 avril 2008, à la suite d'un accident professionnel. A titre de traitement, il a subi des méniscectomies interne et externe du genou gauche en 2008, avec une évolution plutôt favorable, mais lente, compliquée par l'apparition d'une déchirure partielle du tendon du jambier postérieur dans le cadre d'un pied plat valgus congénital. Se sont encore ajoutés en 2009 une souffrance dégénérative cervicale surtout à charge C5-C6 et C6-C7 avec herniation neuro-compressive et symptomatologie anamnestique au membre supérieur droit, ainsi qu'une probable atteinte dégénérative acromio-claviculaire bilatérale et une bursite oligosymptomatique pré-rotulienne droite, chronique. En 2011, à la suite d'un nouvel événement accidentel, l'assuré s'est déchiré les ligaments de l'épaule gauche et a subi une opération reconstructrice du sus-épineux et du sous-scapulaire de l'épaule gauche avec une évolution lentement favorable. En 2012, un nouvel accident est à l'origine d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, qui a été traitée par une opération qui n'a pas eu le résultat escompté ; ainsi, en 2013, on a décelé une rerupture de la coiffe, qui a conduit à une nouvelle arthroscopie de l'épaule droite.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a requis la production du dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-

après : la CNA), assureur-accidents, qui contient des avis médicaux attestant des diverses atteintes au fil du temps et de leur évolution. Ces avis ont été repris dans l'expertise réalisée par l'OAI. Les diagnostics relevés plus haut ont ainsi été posés et assortis de limitations fonctionnelles au niveau des genoux, des épaules et du rachis. Les médecins traitants ont attesté de différentes périodes d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré en fonction des interventions chirurgicales et de l'évolution des atteintes. S'agissant de son activité habituelle, l'intéressé a précisé lors d'un entretien qui a eu lieu le 30 mars 2009 qu'elle était constituée de travaux de carrelage (40 %), des installations sanitaires (15 %), de la pose de cloisons légères en placo-plâtre (30 %) et des travaux de peinture (15 %), la part administrative étant effectuée par son épouse. Il résulte du dossier qu'en dehors des périodes d'hospitalisation, l'assuré a poursuivi son activité habituelle à des taux réduits en laissant les tâches lourdes à ses employés ou à des sous-traitants. La CNA a ainsi reconnu une diminution de la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle et a octroyé une rente pour une perte de gain de 25 % pour les suites de l'accident du 2 avril 2008 (décision de la CNA du 13 juillet 2010, doc. 41).

Pour leur part, dans les rapports et avis médicaux émis en 2009 par le Dr A._____, spécialiste en rhumatologie, et par le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, les médecins du SMR ont relevé d'emblée que l'activité habituelle ne respectait pas les limitations fonctionnelles de l'assuré relatives à l'épargne des genoux et du rachis et ont conclu à une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée dès le mois de septembre 2008. L'OAI a donc invité l'assuré à une réorientation professionnelle.

En parallèle, quand bien même la Caisse AVS C._____ a confirmé que l'assuré n'était pas indépendant mais salarié de son entreprise (extrait de compte individuel du 18 janvier 2010, doc. 33) mais compte tenu du fait que l'assuré et son épouse sont les seuls associés de la société qui l'emploie, l'intimé a diligenté une enquête économique pour indépendant le 11 juin 2010 qui a conclu à une capacité de travail

pondérée à 70 % dans l'activité habituelle, étant précisé que l'assuré ne voulait pas de réinsertion professionnelle (enquête économique de l'OAI du 16 juin 2010, doc. 40). L'enquête a été complétée au mois de mai 2011 et a constaté que des mesures d'ordre professionnel s'imposaient ; le taux de la capacité de travail pondérée est passé à 77,2 % dans l'activité habituelle (enquête économique de l'OAI du 26 mai 2011, doc. 49). Dès lors que l'assuré tenait à poursuivre son activité habituelle et que, pour l'enquêteur, la poursuite de cette activité en l'adaptant à ses limitations fonctionnelles correspondait probablement à la meilleure mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle, des mesures destinées à augmenter les prestations professionnelles sans activité physique de l'assuré dans son entreprise ont été envisagées en 2011 et diverses formations (cours d'expert en diagnostic amiante du bâtiment, formation de cadre supervisant des travaux d'amiante et cours d'informatique) lui ont été proposées en vue de l'adaptation du poste de travail (REA, proposition de mesure du 3 juillet 2012, doc. 60).

A la suite de la nouvelle atteinte à l'épaule droite, le Dr B._____ a maintenu par avis du 16 décembre 2014 qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à plein temps, en dehors des périodes d'hospitalisation. Le Dr D._____, médecin d'arrondissement de la CNA, est arrivé à la même conclusion dans son rapport du 22 avril 2015, ainsi que dans celui du 25 avril 2016, malgré la majoration des limitations fonctionnelles.

Une nouvelle enquête économique pour les indépendants a été diligentée le 21 mars 2017 qui a fixé le revenu sans invalidité à 74'524 fr., valeur en 2007, en prenant en compte une moyenne des salaires de l'assuré et de sa part sur le bénéfice de l'entreprise sur cinq ans. Elle a ensuite fixé à 60'287 fr. le revenu d'invalidé sur la base de l'ESS (TA1 2014 indexé à 2016, compétence niveau 1, revenu mensuel de base 5'312 fr.), avec abattement de 10 %, mais à plein temps sans diminution de rendement ; puis, en le comparant au revenu sans invalidité précité, indexé à 2016, soit 81'365 fr., elle a déduit un taux d'invalidité de 25,9 %, en 2016. Cependant, compte tenu de la grande variation relevée sur les

comptes d'exploitation depuis l'atteinte à la santé de l'assuré, l'enquêteur a préconisé de chiffrer le revenu d'invalidé sur la base de la méthode extraordinaire et l'a arrêté à 57'089 fr., ce qui, comparé à un revenu sans invalidité de 74'857 fr. après pondération en fonction des tâches et d'une capacité de travail de 50 %, donnait un degré d'invalidité de 23,74 %. En définitive, il a conclu à une invalidité de l'ordre de 23,74 % et 25,9 % entre le 2 avril 2008 et le 31 mai 2016, puis de 23,74 % dès le 1^{er} juin 2016 ; la capacité de travail a été évaluée à 74,8 % dans l'activité habituelle de l'assuré, étant précisé que ses limitations fonctionnelles et son impossibilité d'effectuer certaines tâches réduisaient son rendement à 66 % pour les activités manuelles sur le chantier (enquête économique de l'OAI du 21 mars 2017, doc. 122). L'enquêteur a observé qu'un changement d'activité ne réduirait pas le préjudice économique.

Pour faire suite à cette enquête, l'OAI a proposé à l'assuré de suivre une formation en vue de sa réadaptation, par exemple dans une activité de dessinateur dans l'industrie.

Dans un avis du 25 juillet 2017, le Dr E._____, médecin auprès du SMR, a constaté que la capacité de travail était toujours de 90 % dans une activité adaptée depuis 2008 et a relevé qu'une activité de dessinateur dans l'industrie constituerait une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

L'assuré n'a toutefois pas donné suite à la mesure de réadaptation.

Le Dr E._____ a ainsi confirmé l'existence d'une capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 10 % dans une activité adaptée dans son avis du 30 octobre 2018.

Le 10 mai 2019, l'intimé a rendu un projet de décision de refus de rente en raison d'une pleine capacité de travail dans l'activité de rénovation de bâtiment depuis toujours.

L'assuré s'y est opposé le 22 mai 2019. Dans un avis du 16 juin 2019, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, a rappelé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail et a exprimé l'opinion qu'en l'état, la capacité de travail dans une activité de rénovation de bâtiment ne pouvait être considérée comme entière et que l'octroi d'une prestation de rente d'invalidité devrait se baser sur la perte économique subie qu'il incombait à l'OAI d'établir ; il a ajouté que l'assuré pouvait se prévaloir d'une péjoration de son état.

Considérant que des indices d'aggravation résultaient de l'avis médical du Dr F._____, l'intimé a mis en œuvre une expertise rhumatologique. Le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie du Centre H._____, a déposé son rapport le 6 mars 2020. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail retenus sont :

- Syndrome lombaire sans signes de compression radiculaire des membres inférieurs sur hernie discale L5 - S1 gauche et canal lombaire étroit (M51.8),
- Syndrome sous acromial gauche sur status après : ténotomie LCB, plastie de reconstruction des sousscapulaire et sus-épineux, ténodèse LCB pour une tendinopathie rupturée antéro-supérieure de la coiffe des rotateurs le 16 août 2011 suite à une chute du 13 février 2011 (M75.8),
- Syndrome sous acromial droite sur status après synovectomie, régularisation du bourrelet antérieur, ténotomie du LCB, réparation transosseuse de la coiffe des rotateurs, acromioplastie, résection de la clavicule distale inférieure, et boursectomie partielle sous-acromiale pour désinsertion transosseuse de la coiffe des rotateurs, une tendinite du LCB et conflit sousacromial épaule droite, le 13 juillet 2012, suite à une chute du 11 juin 2012 et status après refixation du subscapulaire, et suture du supra-épineux et infra-épineux pour une rerupture, le 26 septembre 2013 (M75.8),

- Gonarthrose bilatérale, à gauche sur status après méniscectomie interne partielle par arthroscopie du 25 avril 2008 et méniscectomie externe, ainsi qu'une chondroplastie du compartiment externe le 16 mai 2008, suite à une chute le 2 avril 2008 (M17),
- Pied plat valgus congénital bilatéral, décompensé à droite; probable rupture de tendon tibial postérieur droit (Q66.5).

Il a posé comme autres diagnostics :

- Discopathies cervicales étagées, prédominante en C5-C6 avec hernie discale (M51.3),
- Status après érysipèle jambier (D A46).

Selon l'expert, l'assuré peut assumer 5 heures par jour dans son activité habituelle, soit 4 heures en tant qu'ouvrier et 1 heure pour les activités administratives, étant précisé que l'intéressé a adapté son travail à ses limitations fonctionnelles en déléguant certains travaux à des employés ou sous-traitants. Sa capacité de travail est évaluée à 50 % dans l'activité habituelle pour une activité hebdomadaire de 50 heures. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière avec une diminution de rendement de 20 % sur une activité de 50 heures par semaine. L'expert a déterminé les limitations fonctionnelles comme suit : une activité sans mouvement avec le membre supérieur droit au-dessus du niveau des épaules, sans mouvement de force du membre supérieur droit écarté du tronc correspondant au port de charges de plus de 2 kg, sans mouvement de rotation interne et externe, coudes au corps, répétitif correspondant au port de charges de plus de 5 kg, sans mouvement de flexion du coude, coudes au corps, répétitif avec effort correspondant au port de charges de plus de 7.5 kg et sans port de charges du membre supérieur droit accolé au corps de plus de 10 kg. S'agissant de l'atteinte aux genoux, les limitations fonctionnelles consistent en une activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré, sans

déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie. Il y a lieu d'ajouter la station assise et debout prolongée à titre de restriction due en raison d'un problème vertébral.

A la demande de la Dre I._____, médecin auprès du SMR, l'expert a précisé que la capacité de travail de 80 % pour une activité de 50 heures hebdomadaires correspondait à une capacité de travail de 90 % dans une activité de 42 heures par semaine et a confirmé que la capacité de travail dans une activité adaptée était valable depuis le mois de septembre 2009, moyennant des incapacités de travail transitoires multiples pour les interventions chirurgicales des deux épaules.

Par avis du 9 juin 2020, la Dre I._____ a considéré que, malgré l'estimation d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle par l'expert, celle-ci restait inadaptée aux limitations fonctionnelles retenues et ne devrait donc plus être exigible (hormis la part administrative). Une activité adaptée était ainsi possible à 90 % depuis septembre 2009 sous réserve des incapacités de travail transitoires lors des interventions chirurgicales des deux épaules, comme déjà retenu auparavant.

Le 11 juin 2020, l'intimé rendu une décision de refus de rente pour les mêmes motifs que le projet de décision.

B. Par acte du 10 juillet 2020, X._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'un taux d'invalidité supérieur soit reconnu. Il a contesté disposer d'une pleine capacité de travail dans son activité dans la rénovation de bâtiment.

Le 8 septembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant au rapport d'expertise du 6 mars 2020 reconnaissant une pleine capacité de travail avec diminution de rendement dans une activité

adaptée et sur le rapport de l'enquête économique pour le préjudice économique constatant une perte de gain inférieure à 40 %.

Dans ses déterminations du 8 octobre 2020, le recourant a contesté les conclusions du rapport d'expertise sur sa capacité de travail en indiquant que son activité actuelle n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a produit un avis du Dr F. _____ du 16 juin 2019 déjà versé au dossier lors de la procédure d'audition.

Le 9 novembre 2020, l'intimé a confirmé sa conclusion en rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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). 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 139 V 592 consid. 2.3). Lorsque l'activité de l'assuré ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus hypothétiques provenant d'une activité lucrative, ce qui peut être le cas pour les personnes de condition indépendante, il convient de recourir à la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, soit en procédant à une comparaison des activités et en évaluant le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique. L'invalidité n'est pas évaluée uniquement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références citées ; TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.2).

Dans le cas particulier d'une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (TFA I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in : VSI 1998 p. 121 ; I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in : VSI 1998 p. 255 ; TF 9C_826/2017 du 28 mai 2018 consid. 5.2).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les

documents à sa 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, 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 appartient 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, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une

opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, les atteintes retenues ne sont pas contestées et sont largement documentées. Les limitations fonctionnelles décrites par l'expert sont également admises par l'ensemble du corps médical et ne sont pas remises en cause par le recourant. On relève en outre que l'expert a procédé à une anamnèse complète, reprenant les nombreux rapports médicaux, a détaillé les périodes d'incapacité de travail résultant des pièces au dossier, décrit avec minutie le profil de l'activité actuelle ainsi que le déroulement représentatif d'une journée type du recourant, pris en compte les plaintes de l'intéressé, examiné ses ressources et ses limitations fonctionnelles, effectué un examen clinique, émis des constatations circonstanciées et motivé ses conclusions. Le rapport d'expertise peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Le recourant nie en revanche bénéficier de la pleine capacité de travail retenue par l'intimé dans son activité actuelle en faisant valoir que ses limitations fonctionnelles l'empêchent d'exercer de nombreuses tâches.

Or, malgré l'indication contraire dans la motivation de la décision, il est constant que son activité actuelle n'est pas adaptée à ses limitations fonctionnelles et que dans cette activité sa capacité de travail ne dépasse pas 50 %. Mais, on peut raisonnablement exiger du recourant qu'il exerce une autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à plein temps, avec une diminution de rendement, comme l'a indiqué l'expert. Contrairement à ce que semble penser l'intéressé, il ne s'agit pas de voir si et dans quelle mesure il est possible d'adapter son activité habituelle à ses limitations fonctionnelles, mais de trouver une activité adaptée à ses limitations, ce qui implique de changer d'activité professionnelle afin que celle-ci corresponde à ses limitations fonctionnelles, puisqu'on a pu constater avec le recourant que son activité habituelle, même réorganisée, ne respecte pas ses limitations fonctionnelles et n'est donc pas adaptée.

Le recourant a toujours voulu rester dans son entreprise et a ainsi repris le travail à des taux partiels en évitant les lourdes tâches. Or, comme l'avait déjà relevé le Dr B. _____ le 12 août 2009, les limitations fonctionnelles n'étaient pas respectées et il convenait de changer d'activité professionnelle (avis SMR du 12 août 2009, doc. 16). Le Dr A. _____ a également conclu, après son examen clinique du 2 septembre 2009, que la capacité de travail de l'intéressé exercée à 50 % ne s'expliquait que par le fait qu'il était « indépendant » et qu'il travaillait au-dessus de ses possibilités sur le plan physique, alors que toute activité professionnelle respectant ses limitations professionnelles pouvait être exercée à 100 % avec une diminution de rendement de 10 %. Il ajoutait qu'il était peu probable que le recourant adhère à un projet de reclassement professionnel (examen clinique rhumatologique du 2 septembre 2009, doc. 20), ce qui s'est effectivement vérifié par la suite.

Pour leur part, les médecins traitants qui se sont prononcés sur la capacité de travail, l'ont évaluée à 50 % dans l'activité habituelle et n'ont pas examiné la possibilité d'une capacité de travail supérieure dans une activité adaptée.

Or, il est exigible du recourant de limiter le préjudice en adaptant son activité à ses limitations fonctionnelles, voire à changer son activité dans ce but. Dès lors que le préjudice est plus grand en exerçant son activité à 50 % au lieu d'une activité adaptée à 90 %, l'intimé était fondé à lui proposer une réorientation professionnelle et à calculer le degré d'invalidité sur la base d'une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée. Déjà le 17 novembre 2009, l'intimé a proposé à l'intéressé une mesure d'orientation professionnelle (communication octroyant une orientation professionnelle, doc. 27). Mais il a été constaté en 2011, lors de l'enquête économique pour indépendant, que le recourant n'était pas intéressé par des mesures de reclassement professionnel (enquête économique de l'OAI du 11 juin 2010, p. 5, doc. 40). De nouvelles mesures lui ont été proposées en 2017, auxquelles il n'a pas donné suite. L'intimé pouvait donc évaluer le revenu d'invalidité tiré d'une activité adaptée exercée à 90 % pour calculer le degré d'invalidité.

b) Or, on constate que, dans sa décision, l'intimé a rejeté la demande en indiquant que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans la rénovation, soit dans son activité habituelle, ce qui est inexact. Il a ainsi, à tort, rejeté la demande sans procéder à une comparaison des revenus dans la décision. Dans ses déterminations, l'intimé a certes constaté sur la base du rapport économique que le degré d'invalidité était inférieur à 40 %, mais ce rapport examine le degré d'invalidité pour une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, ainsi que le degré d'invalidité avec un taux d'activité à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec pour référence l'année 2016. Or, compte tenu des conclusions sur le plan médical, l'intimé devait fixer le degré d'invalidité au 1^{er} décembre 2009 (soit six mois après le dépôt de la demande, art. 29 LAI), après avoir déterminé les revenus avec et sans invalidité, non sans avoir défini au préalable des activités adaptées. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en effet de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente, soit en l'espèce en décembre 2009 (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

En tenant compte d'un revenu moyen résultant de l'ESS 2008 (TA1) dans le secteur des services qui respecte ses limitations fonctionnelles, on obtient un revenu de 4'737 fr., soit 56'844 fr. par an. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7 heures ; OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique 1990-2019), ce montant doit être porté à 59'259 fr. 87. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2009 (+ 2,1 % ; OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2009), on obtient un revenu annuel de 60'504 fr. 33. Compte tenu d'une diminution de rendement de 10 % et d'un abattement de 10 % sur le salaire statistique, il en résulte un revenu d'invalidé de 49'008 fr. 50.

Si on compare ce revenu d'invalidé au revenu sans invalidité de 74'524 fr. en 2007 tel qu'il résulte de l'enquête économique du 21 mars 2017 (p. 5), soit 77'762 fr. 95 compte tenu de l'indexation jusqu'en 2009 (+ 2,2 % [2008] et + 2,1 % [2009], OFS T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2009), on obtient un degré d'invalidité de 37 % (perte de gain de 28'754 fr. 45) inférieur au seuil de 40 % ouvrant la voie à une rente d'invalidité.

Ainsi, que l'on détermine le taux d'invalidité en prenant en considération une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, comme l'a fait l'enquêteur en pondérant le degré d'invalidité en fonction des tâches et des limitations fonctionnelles, ou en tenant compte d'une activité adaptée exercée à 90 %, le degré d'invalidité reste largement inférieur au taux ouvrant le droit à une rente.

Mal fondé, il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée dans son dispositif.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (applicable dans sa teneur au 31 décembre 2020 en vertu de l'art 83 LPGA), la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). L'art. 50 LPA-VD dispose néanmoins que lorsque l'équité l'exige, en particulier lorsque la perception de frais serait d'une rigueur excessive pour la partie qui devrait les supporter, l'autorité peut renoncer à percevoir des frais de procédure. En l'espèce, dès lors que la motivation de la décision était erronée en indiquant que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et n'effectuait aucune comparaison de revenus, ce qui justifiait le dépôt d'un recours, il est renoncé au prélèvement de frais.

c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 11 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- X. _____ (recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :