

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Gutmann, assesseur,
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, titulaire d'un CFC de mécanicien et exerçant alors dans ce domaine à titre indépendant, a sollicité le 14 août 2004 des prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de chaussures orthopédiques, en indiquant que ses deux pieds n'avaient plus de sensibilité. Dans ce contexte, la Dre M._____, médecin traitante de l'assuré, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, avait alors posé les diagnostics affectant la capacité de travail de diabète et de panartérite noueuse (cf. rapport du 6 septembre 2004).

Le 12 octobre 2004, l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a accordé à l'assuré l'octroi de chaussures orthopédiques de série. Celles-ci ont été depuis lors prises en charge.

B. Le 12 décembre 2018, F._____ [...] (ci-après : F._____), assureur perte de gain maladie de R._____, a transmis à l'OAI une demande de prestations AI datée du 3 décembre 2018 tendant à l'octroi d'une rente, laquelle faisait état d'une atteinte à la santé existant depuis janvier 2018 et décrite comme suit : « Pied Charcot à gauche/Diabète ; Troubles de la marche multifactoriels ». Selon indications de F._____, l'assuré a présenté une incapacité de travail totale du 22 juin au 23 juillet 2018, puis de 50 % du 24 juillet au 8 octobre 2018 et de 25 % dès le 9 octobre 2018. Il ressort également du dossier de F._____ que le Dr P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, [...], a délivré une ordonnance de physiothérapie le 21 novembre 2018, dans laquelle il a posé les diagnostics de troubles de la marche multifactoriels avec polyneuropathie périphérique sévère des membres inférieurs dans le cadre du diabète, de « pied de Charcot à gauche », d'atteinte cérébelleuse sur leucoencéphalopathie et de déconditionnement physique.

Dans un « bilan de physiothérapie de décembre 2018 » non daté et adressé à la F._____, la physiothérapeute Q._____ a attesté de

troubles de la marche, de l'équilibre et de l'endurance ainsi que de troubles de la coordination intra-musculaire et d'une diminution de l'endurance cardio-vasculaire.

Dans un rapport du 21 décembre 2018 adressé à F._____, la Dre S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de pied de Charcot à gauche, dans le contexte d'une polyneuropathie idiopathique. Elle a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 80 % dans une activité purement sédentaire de bureau.

Lors d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de l'OAI le 12 février 2019, l'assuré a indiqué qu'il n'était plus indépendant, ayant remis son commerce à son employé, lequel était devenu son employeur. L'assuré a en outre déclaré qu'il travaillait dans la vente de voitures et exerçait principalement une activité administrative.

L'assuré a produit le 23 avril 2019 ses extraits de comptes établis par sa fiduciaire pour les années 2014, 2016, 2017 et 2018, ses décisions de taxation pour les années 2014, 2015 et 2016, la détermination du total des acomptes d'impôt pour les années 2018 et 2019 ainsi que la détermination du total des acomptes de cotisations sociales pour les années 2014, 2015, 2016, 2017 et 2019.

Dans un rapport du 26 mai 2019 à l'OAI, la Dre M._____ a posé les diagnostics de sévères troubles de la marche sur polyneuropathie accompagnés d'une ataxie cérébelleuse, de pied de Charcot à gauche, ainsi que de diabète de type 1 avec de nombreux comas hypoglycémiques. Elle a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, mais qu'il préférait continuer avec une incapacité de travail à 25 % pour un certain temps.

La Dre M._____ a attesté que l'incapacité de travail, qui s'élevait à 25 % à compter du 9 octobre 2018, avait évolué à 50 % dès le 1^{er} juillet 2019, par certificat médical daté du même jour.

Le 30 juillet 2019, l'OAI a demandé à la Dre M._____ pour quels motifs médicaux la capacité de travail de l'assuré était passée de 75 % à 50 % le 1^{er} juillet 2019.

Le 18 novembre 2019, la Dre M._____ a expliqué à l'OAI que l'assuré souffrait d'importantes difficultés à se lever, de troubles importants de l'équilibre et de graves troubles de la marche, qui s'aggravaient. Elle a également fait état d'une asthénie liée à d'importantes fluctuations de la glycémie et d'une péjoration de la coronaropathie. Elle a ajouté que l'assuré était « particulièrement volontaire » et aurait dû être arrêté à 50 % depuis de nombreux mois, s'il n'avait pas eu de contraintes financières. Elle a joint à son envoi plusieurs pièces, parmi lesquelles un rapport du 4 novembre 2019 du Dr K._____, spécialiste en cardiologie, faisant suite à une coronographie du 1^{er} novembre 2019 et posant les diagnostics de maladie coronarienne tronculaire, de limitation extra-cardiaque de la capacité fonctionnelle en raison de troubles de l'équilibre et d'un pied de Charcot, d'antécédent d'extrasystolie ventriculaire répétitive rapide ainsi que d'hypertension artérielle. La Dre M._____ a également transmis à l'OAI un rapport du 25 mars 2019 du Dr H._____, spécialiste en neurologie, lequel a notamment posé les diagnostics de diabète de type 1, d'hypoglycémie nocturne sévère prolongée, de leucoencéphalopathie vasculaire microangiopathique et de périartérite noueuse. Le Dr H._____ a relevé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 25 %, celle-ci devant être réévaluée en fonction des conditions de travail et d'une éventuelle réinsertion professionnelle, difficile à envisager toutefois en raison de l'âge.

Par rapport du 24 janvier 2020, le Dr L._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu chez l'assuré un pied de Charcot à gauche à titre d'atteinte principale à la

santé, une polyneuropathie diabétique à titre de pathologie associée du ressort de l'AI, ainsi qu'un déconditionnement physique et une coronaropathie avec fraction d'éjection conservée à titre de facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI. En ce qui concerne l'activité habituelle, le Dr L._____ a retenu que la capacité de travail exigible en tant que mécanicien était nulle, mais qu'elle s'élevait à 75 % si le poste était adapté aux limitations fonctionnelles, à savoir un travail sédentaire, sans marche prolongée ou en terrain irrégulier, sans travail en hauteur, utilisation d'escalier et d'échelle et sans position debout prolongée. Il a en outre estimé la capacité de travail dans une activité adaptée à 75 % dès le 9 octobre 2018, pour le cas où l'activité habituelle ne serait pas adaptée. Il a justifié sa position en exposant que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement dues à l'atteinte neurologique, pour lesquelles le Dr H._____ avait conclu à une capacité de travail de 75 %. Pour le surplus, il a considéré qu'aucun élément médical ne permettait de retenir une aggravation des limitations fonctionnelles à partir de juillet 2019, notamment sur le plan métabolique et cardiaque, ajoutant que la fonction cardiaque était stable.

Le 9 avril 2020, une gestionnaire de F._____ a informé l'OAI que l'assuré, après avoir été en incapacité de travail à 50 % du 1^{er} juillet 2019 au 23 mars 2020, était en incapacité de travail totale depuis le 24 mars 2020.

Dans un courrier du 26 mai 2020 adressé à l'OAI, le Dr K._____ a indiqué que les limitations fonctionnelles, indubitables et importantes, provenaient de problèmes extra-cardiaques.

Par rapport du 2 juin 2020 à l'OAI, la Dre M._____ a fait état d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré, à savoir qu'il avait fallu recourir à des stentings multiples au niveau coronarien depuis décembre 2019 et que, malgré la physiothérapie intensive, les troubles de la marche s'aggravaient. La Dre M._____ a estimé que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle et a précisé qu'elle ne voyait pas d'autre activité adaptée. Selon elle, les limitations fonctionnelles découlaient de

sévères troubles de l'équilibre et d'une incapacité à se déplacer autrement qu'avec des cannes. Elle a précisé que la capacité de travail avait été de 75 % du 8 octobre 2018 au 31 juillet 2019, puis de 50% depuis le 1^{er} juillet 2019.

Une évaluation économique pour les indépendants a été effectuée le 10 juillet 2020 au domicile de l'assuré. Dans son rapport du 13 juillet 2020, l'enquêteur a notamment expliqué que, dans la mesure où l'assuré avait remis son atelier et magasin [...] à fin 2015, son revenu hypothétique devait être déterminé sur la base de sa nouvelle activité de « consultant » indépendant ressortant de la comptabilité de « [...]». Pour le surplus, l'enquêteur a relevé ce qui suit :

« R. _____ est un homme de 58 ans, au bénéfice d'une formation certifiée de mécanicien [...] qui a toujours été actif dans ce domaine.

Après avoir été salarié de son père, il a repris le magasin familial à son compte en 1989 et y a œuvré en tant qu'indépendant jusqu'en décembre 2015.

R. _____ a profité de l'opportunité de remettre son commerce à l'un de ses salariés pour réorganiser ses activités. Dans le cadre de la remise, il a négocié avec son successeur qu'à partir de janvier 2016, il œuvrerait en tant que consultant [...]. Dans le cadre de cet accord, notre assuré facture ses prestations sous la forme d'honoraires et perçoit également une rémunération liée au chiffre d'affaires des ventes.

Suite à des problèmes de santé, notre assuré s'est trouvé en incapacité de travail à taux variable entre 100% et 25% depuis le 22.06.2018.

Lors de la rédaction de ce rapport, le SMR retenait une CT [capacité de travail] de 75% dans une activité adaptée, alors que le médecin traitant atteste d'une incapacité de 50% depuis le 01.07.2019 dans l'activité habituelle qui semble adaptée.

Un nouveau mandat SMR est actuellement en cours afin d'actualiser la capacité de travail exigible.

Relevons que l'horaire actuel de R._____ représente 28 heures de présence, ce qui correspond à 64% de son horaire habituel de 44 heures hebdomadaires ou encore à 70% d'un horaire « standardisé » de 40 heures.

Ce taux d'activité est donc relativement proche de celui initialement retenu par le SMR et il nous semble légitime d'admettre que la poursuite de l'activité habituelle telle qu'adaptée par notre assuré correspond à la meilleure valorisation possible de sa capacité de travail résiduelle.

Compte tenu de ce qui précède, nous estimons qu'un changement d'activité n'est pas raisonnablement exigible et qu'il convient de retenir le taux d'invalidité suivant, déterminé sur la base de la comparaison des revenus ressortant de la comptabilité :

RS [revenu sans invalidité] (moyenne 2016-2017) : Sfr.
42'692.-

RI [revenu avec invalidité] (résultat de l'année 2019) : Sfr.
19'976.-

Préjudice économique : Sfr. 22'716.-

Taux d'invalidité : 53,2%. »

Par avis du 21 juillet 2020, le Dr L._____ du SMR a retenu qu'aucun élément médical objectif ne permettait d'expliquer les variations du taux d'incapacité de travail signalées par la Dre M._____ et a ainsi réitéré les observations figurant dans son rapport du 24 janvier 2020.

Par projet de décision du 24 juillet 2020, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a estimé qu'après examen des pièces médicales, une capacité de travail de 75 % pouvait raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée. En l'occurrence, il a retenu que la meilleure mise en valeur de la capacité de travail de ce dernier était le maintien de l'activité habituelle d'indépendant à 75 %, celle-ci ayant été adaptée. Dès lors, le degré d'invalidité de l'assuré était inférieur à 40 % et ne donnait pas droit à la rente.

L'assuré a contesté ce projet le 29 juillet 2020, en faisant pour l'essentiel valoir que la capacité de travail de 75 % retenue n'était pas adaptée à son état et qu'il se mettrait en danger en travaillant à un taux de plus de 50 %. Il a précisé que la situation s'était aggravée à partir du 1^{er} juillet 2019 car il était très fatigué et que la Dre M._____ avait dès lors attesté une capacité de travail de 50 %.

Désormais représenté par l'avocat Philippe Graf, l'assuré a complété ses objections par envoi du 5 octobre 2020. Il a principalement fait valoir que le droit à la rente devait être reconnu à compter du 1^{er} juin 2019, compte tenu d'un degré d'invalidité de 53 % ressortant du rapport d'évaluation économique pour les indépendants du 13 juillet 2020. Il a produit un rapport de la Dre M._____ du 14 septembre 2020, dans lequel cette dernière exposait que le principal motif d'incapacité de travail de son patient était les troubles de la marche, qui allaient en s'aggravant depuis 2017 ; la situation se dégradait également au plan diabétologique, avec des fluctuations de plus en plus importantes de la glycémie. Subsidiairement, l'assuré a requis la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire.

Le 2 décembre 2020, le Dr L._____ du SMR a relevé que le rapport de la Dre M._____ du 14 septembre 2020 n'amenait pas d'éléments cliniques objectifs nouveaux documentés ou de rapports de spécialistes permettant de retenir une modification sur les plans neurologique, orthopédique, neuropsychologique ou une aggravation significative et durable du diabète. Dès lors, il a considéré que la diminution de la capacité de travail préconisée par la médecin traitante était préventive. Il a enfin constaté que l'état de santé de l'assuré, notamment le niveau de risque d'hypoglycémie, préservait manifestement l'aptitude à la conduite automobile sans mise en danger.

Par décision datée du 24 septembre 2020 [sic] et envoyée le 3 décembre 2020, l'OAI a confirmé son projet du 24 juillet 2020 et refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Par courrier du 3 décembre 2020 faisant

partie intégrante de la décision, il s'est référé à l'avis SMR du 2 décembre 2020.

C. Par acte du 18 janvier 2021, R._____, représenté par Me Philippe Graf, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Il fait valoir, s'agissant de l'instruction sur le plan médical, qu'il n'a jamais été examiné par aucun médecin du côté de l'assurance et que sa médecin traitante, la Dre M._____, n'a pas varié dans son évaluation de la capacité de travail entre son rapport du 26 mai 2019 et celui du 18 janvier 2021 produit en annexe. Il explique avoir travaillé à un taux excessif d'octobre 2018 à juin 2019, en courant le risque d'aggraver son état, ce qui avait commencé à se réaliser fin juin 2019, notamment par un épuisement et un malaise hypoglycémique, ainsi que par une aggravation de la coronaropathie. Il ajoute que la Dre M._____ a annoncé à F._____ une capacité de travail de 75 % entre le 9 octobre 2018 et le 30 juin 2019 correspondant à sa présence effective sur son lieu de travail, alors que sa capacité de travail était en réalité de 50 %. Il estime pour le surplus que l'évaluation de la Dre M._____ met très sérieusement en doute celle du Dr L._____ du SMR, considérant dès lors qu'une expertise médicale neutre s'impose, avec volets rhumatologique, neurologique et diabétologique. Dans une argumentation relative à l'instruction menée sur le plan économique, le recourant déplore que l'intimé n'ait pas tenu compte du degré d'invalidité de 53,2 % arrêté dans le rapport d'évaluation économique du 13 juillet 2020 et n'ait pas expliqué les raisons justifiant de s'en écarter, estimant à cet égard que son droit d'être entendu a été violé, vu le défaut de motivation de la décision attaquée à ce sujet. Il déplore par ailleurs que le revenu sans invalidité ait été déterminé sur la base de la moyenne 2016-2017 des résultats de l'entreprise [...], expliquant en substance que depuis la vente de son commerce en décembre 2015, il est devenu *de facto* un employé de son ancien ouvrier et que sa baisse de revenu depuis 2016 est liée à son état de santé déficient. Pour lui, son revenu réalisé après 2016 avait

déjà commencé à être du « revenu d'invalidé », puisque l'activité qui le générerait était déjà une activité adaptée, qu'il avait aménagée en fonction de ses limitations fonctionnelles. Il estime dès lors que cette question de baisse de revenu aurait dû également être instruite, trouvant choquant qu'ayant cotisé durant vingt-six ans sur la base d'un revenu annuel moyen déterminant de 59'922 fr., il soit réputé gagner, sans invalidité, 42'692 francs. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Avec son envoi, il a produit diverses pièces, notamment la convention de remise de son commerce.

Par réponse du 25 février 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 27 mai 2021, le recourant a maintenu sa position. Il a produit des pièces médicales complémentaires, dont il se prévaut, soit notamment :

- Un rapport du 15 avril 2021 du Dr P._____, qui a relevé qu'en voyant son patient en 2018, il avait été étonné que celui-ci travaille à 75 %. Il a également indiqué que la capacité de travail du recourant n'était pas de 50 % et que le rendement était largement diminué à ce taux, que les capacités fonctionnelles de l'intéressé allaient encore diminuer ces prochaines années et que sa capacité de travail serait probablement nulle. Il a estimé qu'objectivement, la capacité de travail se situait autour de 25 %, avec un rendement diminué ;

- Un rapport du 16 avril 2021 du Dr H._____, qui a noté que lors de sa dernière évaluation du patient en mars 2019, il avait relevé que la capacité de travail de 75 % serait très certainement sujette à réévaluation. Il a ajouté que, dès l'été 2019, la capacité de travail devait être adaptée à 50 %, en conséquence directe de la péjoration des troubles neurologiques. Il a estimé que le taux de travail de 50 % était maintenu uniquement par la volonté du recourant, par sa connaissance de l'entreprise et par la tolérance de ses collègues de travail mais que, dans une autre entreprise, la capacité de travail tomberait autour des 30-40 %.

Selon le Dr H._____, il était illusoire d'espérer que le patient puisse faire une réinsertion dans une autre activité professionnelle sur le marché libre et, même dans une activité adaptée, une capacité de travail de plus de 50 % ne serait pas réaliste ;

- Un rapport du 26 avril 2021 de la Dre B._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, en pneumologie et en médecine interne générale, selon lequel, depuis l'été 2019, la capacité de travail présente du recourant était de 50 %, mais son rendement de moins de 10 % des heures de présences, ce qui correspondait à 5 % de capacité de travail ;

- Un rapport complémentaire du Dr P._____ du 16 mai 2021, qui a relevé qu'en tenant compte de toutes les comorbidités, on ne pouvait pas accorder au recourant une capacité de travail efficace, son rendement étant réellement à un taux négligeable, ceci indépendamment du temps de présence et du lieu de travail ;

- Un rapport du 25 mai 2021 de la Dre M._____, qui a exposé que tous les médecins consultés s'accordaient à évaluer que la capacité de travail, respectivement le rendement du patient, étaient très fortement réduits, dans toute activité, le taux actuellement exigible se situant entre 5 et 30 %. Pour sa part, elle a estimé que la capacité de travail de ce dernier était nulle, dans n'importe quel emploi.

Le 21 juin 2021, l'OAI a derechef préavisé pour le rejet du recours, en se référant aux avis des 20 mai et 17 juin 2021 du SMR, selon lesquels les documents remis par le recourant n'étaient pas susceptibles de remettre en question sa position.

Dans le cadre d'un troisième échange d'écritures, le 9 juillet 2021, le recourant a plaidé qu'il existait de sérieux doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations du SMR, estimant qu'une expertise s'imposait. Il a produit une attestation datée du 5 juillet 2021 de son physiothérapeute traitant, par laquelle ce dernier faisait état de

l'implication de son patient dans la thérapie, ainsi qu'une attestation datée du 29 juin 2021 de son épouse, par laquelle celle-ci décrivait les difficultés de son conjoint.

Le 23 août 2021, l'OAI a à nouveau préavisé pour le rejet du recours et a produit un avis SMR du 19 août 2021, selon lequel les pièces produites par l'assuré n'apportaient pas d'éléments susceptibles de modifier sa position.

Par écriture du 14 septembre 2021, le recourant a encore fait état des sérieux doutes déjà allégués.

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, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires de Noël (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), étant précisé que la décision litigieuse porte la date erronée du 24 septembre 2020 au lieu de celle du 3 décembre 2020, ce qui n'est pas contesté par l'intimé. Il a en outre été déposé 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

respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité.

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, un taux d'invalidité de 40 % au moins 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Selon la jurisprudence, il est admissible que l'office AI, ou le tribunal saisi, se fonde de manière déterminante sur le contenu d'avis du SMR qui ne reposent pas sur l'examen de l'assuré (art. 59 al. 2bis LAI, en relation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; TF 9C_404/2018 du 22 août 2018 consid. 3.2.1; TF 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 et les références). Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1; ATF 135 V 465 consid. 4.4).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références citées).

5. Dans un grief de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, au motif que l'OAI aurait écarté le degré d'invalidité de 53,2 % arrêté dans le rapport d'évaluation économique du 13 juillet 2020 sans en expliquer les raisons, ce qui constituerait un défaut de motivation de sa décision.

a) Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), implique pour l'autorité l'obligation de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 142 II 154 consid. 4.2 ; 139 IV 179 consid. 2.2 et les références citées). Pour le reste, dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté et ce même si, par hypothèse, la motivation présentée est erronée. La motivation peut en outre être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 et la référence ; TF 2C_382/2017 du 13 décembre 2018 consid. 4.1).

Le droit d'être entendu étant un droit de nature formelle, sa violation conduit en principe à l'annulation de la décision attaquée, indépendamment du bien-fondé matériel de celle-ci. La jurisprudence admet toutefois que la violation du droit d'être entendu peut être réparée, conformément à la théorie dite de la guérison, lorsque le recourant a eu la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit, revoyant toutes les questions qui auraient pu être soumises à l'autorité inférieure si celle-ci avait normalement entendu la partie; même en présence d'une grave violation du droit d'être entendu, il est exceptionnellement possible de renoncer au

renvoi de la cause à l'autorité précédente lorsqu'une telle mesure apparaît vide de sens et prolongerait inutilement la procédure, au détriment de l'intérêt des parties à recevoir une décision dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références citées).

b) En l'espèce, le recourant a été en mesure de faire valoir ses moyens dans le cadre d'un triple échange d'écritures. Rien ne laisse à penser qu'il n'aurait pas compris les enjeux de l'affaire ou n'aurait pas été en mesure de recourir valablement à l'encontre de la décision attaquée. S'agissant plus spécifiquement du degré d'invalidité de 53,2 %, il a été arrêté par l'enquêteur dans le rapport d'évaluation économique du 13 juillet 2020. Les explications données par le recourant démontrent qu'il a compris pour quels motifs l'OAI n'avait pas retenu ce taux d'invalidité dans sa décision attaquée. Quoi qu'il en soit, une éventuelle violation du droit d'être entendu doit être considérée comme guérie devant la présente juridiction, vu le pouvoir d'examen de celle-ci. Partant, ce grief doit être rejeté.

6. a) En l'occurrence, et pour l'essentiel, le recourant soutient qu'il présente de sévères troubles de la marche, qu'il a travaillé au-dessus de ses forces, et que son état de santé s'aggrave progressivement. Il se prévaut des rapports de sa médecin traitante, la Dre M._____, ainsi que des Drs P._____, H._____ et B._____, de même que des attestations de ses physiothérapeutes.

Pour sa part, l'intimé estime, en se référant à l'appréciation du Dr L._____ du SMR, qu'il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail supérieure à 25 %.

Cela étant, et quoi qu'en dise l'intimé, respectivement le SMR dans les avis successifs produits, notamment en procédure, les rapports de la médecin traitante, en particulier, ne pouvaient être écartés sans autres mesures d'instruction.

Certes, la capacité de travail de l'assuré a été arrêtée par sa médecin traitante à 75 % entre le 9 octobre 2018 et le 30 juin 2019. Toutefois, la Dre M. _____ a retenu dans son rapport du 26 mai 2019 que le recourant était en incapacité de travail à 50 %, tout en relevant qu'il préférerait poursuivre son activité à 25 % d'incapacité de travail un certain temps. Finalement, la médecin traitante a fait état d'une incapacité de travail de 50 % dès le 1^{er} juillet 2019 et a expliqué, à la requête de l'OAI, dans son rapport du 18 novembre 2019, que les troubles de la marche allaient en s'aggravant, tout comme la coronaropathie, et que l'assuré souffrait de plus d'une asthénie liée à d'importantes fluctuations de la glycémie. Elle a précisé que le patient était « particulièrement volontaire », et qu'il aurait dû, en raison des atteintes à la santé, être en arrêt à 50 % « depuis de nombreux mois », « si n'étaient les exigences financières ».

Les autres médecins qui suivent le recourant ont également mis en doute la capacité de travail de 75 % retenue par le SMR. Ainsi, le Dr P. _____, le 15 avril 2021, a noté qu'il trouvait déjà étonnant, lorsqu'il avait vu le recourant en 2018, que celui-ci travaille encore à 75 %. Il a lui aussi mis en avant la volonté de l'assuré. Dans les pièces produites dans le cadre de la procédure de recours, le Dr H. _____, le 16 avril 2021, a indiqué que si le patient était parvenu à maintenir une capacité de travail à 75 % jusqu'à l'été 2019, il notait lors de sa dernière évaluation en mars 2019 que cette capacité serait très certainement sujette à réévaluation en fonction des conditions de travail et de l'évolution médicale. Il a considéré que la capacité de travail devait être adaptée à 50 % dès l'été 2019 en raison de la péjoration des troubles neurologiques. Comme les autres médecins consultés, il a noté qu'à l'heure actuelle, la capacité de travail de 50 % était maintenue uniquement par la volonté du patient, par sa connaissance de l'entreprise, et par la tolérance de ses collègues de travail. La Dre B. _____ a elle aussi noté, le 26 avril 2021, qu'il lui semblait irréaliste que la capacité de travail soit admise à 75 % jusqu'à l'été 2019, estimant que depuis cette époque, il était présent à 50 % avec un rendement estimé à moins de 10 % des heures de présence.

Certes, une majorité de pièces a été produite dans le cadre de la procédure de recours. Il reste que des spécialistes en pneumologie, neurologie, diabétologie et de la consultation de médecine physique et réhabilitation du [...] ont tous émis des doutes sur la capacité de travail de 75 % retenue par le SMR, même antérieurement à la décision attaquée, puisqu'ils font état pour l'essentiel d'une capacité de travail de l'ordre de 50 % depuis l'été 2019, une nouvelle péjoration étant encore alléguée par la suite, possiblement après la décision attaquée. Ils ont au demeurant étayé leur point de vue, en rappelant l'anamnèse du recourant et en examinant son statut. Dans ces conditions, les explications données par les différents médecins précités sont suffisantes pour que les avis du SMR, dont aucun ne repose sur un examen de l'assuré, ne puissent être retenus sans autres mesures d'instruction, vu les doutes qui subsistent quant à la pertinence de leurs constatations.

b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, vu les doutes qui subsistent entre l'appréciation des médecins consultés par le recourant et celle du médecin du SMR, l'instruction ne permet pas de se prononcer à satisfaction de droit.

Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé, afin qu'il mette en œuvre une expertise médicale ou un examen médical, dès

lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). La possibilité sera laissée à l'expert de s'adjoindre les services d'un médecin spécialiste d'un ou plusieurs autre(s) domaine(s) s'il l'estime pertinent, en particulier afin d'effectuer le cas échéant une analyse médicale globale de l'état de santé du recourant, tenant compte des éventuelles interactions entre les différentes atteintes.

7. S'agissant de l'aspect économique et dès lors que la cause doit être retournée à l'OAI pour complément d'instruction, il n'y a pas lieu en l'état de procéder à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, ni d'examiner les griefs soulevés à l'égard du calcul du degré d'invalidité par le recourant, singulièrement d'établir le montant de son revenu sans invalidité. Il appartiendra à l'autorité intimée de reprendre les calculs s'agissant du degré d'invalidité en fonction du résultat du complément d'instruction.

8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision, s'agissant des appréciations médicale et économique de la situation.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

Le recourant 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 2'500 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 l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 3 décembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Les frais de justice, 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud versera à R. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Graf, avocat (pour R. _____),
- L'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud,
- L'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 :