

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 octobre 2022

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Férolles, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

A.R. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A.R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1982, marié et père de trois enfants nés respectivement en 2012, 2013 et 2019, titulaire d'une attestation de formation élémentaire d'ouvrier de carrosserie (tôlerie), a œuvré essentiellement comme monteur en échafaudages à compter de 1998. Il a créé la société N._____ Sàrl qui a été inscrite au registre du commerce le [...] 2007 et dont le but est le montage et le démontage d'échafaudages. Il était actionnaire à parts égales avec B.R._____ et associé gérant de cette société, initialement avec signature collective à deux, puis avec signature individuelle dès le [...] 2007, avant d'en devenir l'unique actionnaire et associé gérant avec signature individuelle le [...] 2013. Cette société a été déclarée en faillite le [...] 2014, puis radiée le [...].

Le 13 juin 2016, l'assuré a adressé une demande de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité de travail depuis février 2014 en raison de problèmes de dos, de la colonne vertébrale et d'une embolie pulmonaire, et mentionnant, au sujet de la dernière activité exercée, une activité d'indépendant dans le domaine de l'échafaudage pour un revenu brut de 5'500 fr. par mois.

Il ressort d'un rapport initial du 3 novembre 2016 de la gestionnaire de l'OAI que lors d'un entretien de la veille avec l'assuré, celui-ci avait déclaré qu'il n'avait pas pu reprendre son travail à la suite d'une chute d'un échafaudage en février 2014 et que son revenu sans atteinte à la santé était de 5'500 fr. brut par mois, versé douze fois l'an.

Le 22 novembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans un courrier du 19 décembre 2016, l'OAI a demandé à l'assuré de lui transmettre divers documents, notamment les pièces comptables de son entreprise pour les cinq années précédant son atteinte

à la santé (bilans et comptes d'exploitation), les déclarations fiscales personnelles, les décisions de taxations fiscales personnelles ainsi que la dernière décision de cotisation AVS/AI.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a notamment recueilli un extrait du compte individuel AVS de l'assuré daté du 3 janvier 2017 qui fait état des montants totaux suivants : 13'998 fr. pour l'année 2000, 28'389 fr. pour 2001, 36'415 fr. pour 2002, 2'210 fr. pour 2003 (janvier), 46'742 fr. pour l'année 2004, 7'995 fr. pour 2005 (avril et octobre à décembre) et 23'272 fr. pour 2006 (janvier à mai, octobre et novembre). Quant au revenu annoncé pour l'activité exercée pour le compte de N._____ Sàrl, l'extrait mentionne le montant de 39'500 fr. pour la période de mai à décembre 2007, de 70'000 fr. pour l'année 2008, de 90'000 fr. pour 2009, de 79'000 fr. pour l'année 2010 et de 78'000 fr. pour 2011, 2012 et 2013. Pour l'année 2014, l'assuré figure comme personne sans activité lucrative de janvier à décembre 2014, et un revenu provenant de Y._____ Sàrl est également inscrit à hauteur de 1'121 fr. pour juin 2014 et de 7'308 fr. pour la période de septembre à octobre 2014.

Le 9 janvier 2017, l'assuré a transmis à l'OAI une décision du 28 octobre 2014 de l'Office d'impôt de [...] relative à une amende d'ordre pour ne pas avoir déposé sa déclaration d'impôt pour la période fiscale 2013. Le 10 janvier 2017, l'OAI a par ailleurs réceptionné un certificat de salaire de l'assuré pour l'année 2013, daté du 23 décembre 2013, faisant état d'un salaire brut annuel de 78'000 francs.

Dans un rapport du 16 janvier 2017, la Dre B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au C._____ SA a informé l'OAI que l'assuré avait fait l'objet d'un suivi dans ce centre du 7 mars au 6 juin 2016. Il présentait des lombalgies et sciatalgies droites sur discopathies L5-S1 et hernie discale L5-S1, un syndrome douloureux chronique au niveau de la ceinture scapulaire et un état anxieux. Lors du dernier contrôle, l'assuré avait rapporté une nette amélioration de la problématique lombaire après des gestes infiltratifs. Elle ne pouvait pas se

déterminer sur la capacité de travail, dès lors qu'elle n'était plus consultée.

Le 6 février 2017, l'OAI a reçu un rapport non daté du Dr X._____, spécialiste en cardiologie, posant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'embolie pulmonaire existante depuis juillet 2016. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné une péricardite et un état dépressif. L'assuré souffrant d'autres pathologies, la question d'une reprise de l'activité professionnelle devait, selon lui, faire l'objet d'une décision multidisciplinaire.

Dans un rapport du 16 février 2017, le Dr H._____, spécialiste en neurochirurgie au Q._____, a retenu les diagnostics de lombalgies et insuffisance segmentaire L5-S1. Il a indiqué avoir procédé à trois blocs facettaires L5-S1 bilatéraux sous guidage radioscopique avec une bonne évolution clinique à court terme. En avril 2016, les restrictions de l'assuré étaient le port de charge limité à 5 kg, la position assise continue limitée à 1 heure, la position debout statique également limitée à 1 heure, ainsi que le porte-à-faux et les rotations du bassin et des épaules qui étaient à éviter, les changements de position fréquents étant par ailleurs souhaitables. La capacité de travail était nulle en avril 2016. N'ayant pas revu l'assuré depuis presque un an, il ne pouvait pas se déterminer sur la capacité de travail actuelle.

Dans un rapport du 6 avril 2017, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie, a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 17 novembre 2016, et a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de somatisation, ajoutant qu'une reprise du travail à temps partiel lui semblait envisageable. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné un apragmatisme et des difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement ; une activité exigeant de l'endurance, de la rapidité, une adaptation permanente et des tâches complexes ne lui semblait en outre plus possible.

Le 19 juin 2017, l'OAI a reçu un rapport du Dr M._____, médecin généraliste, faisant état d'une discopathie L5-S1, d'une hernie discale, d'un conflit S1 à droite, d'une insuffisance segmentaire L5-S1, d'une embolie pulmonaire, de gonalgies gauches, d'une chondropathie fémoro-patellaire et d'une anxiété. Il a attesté d'une incapacité de travail à 100 % du 12 février au 25 juin 2016 et du 1^{er} février au 28 février 2017 dans la dernière activité exercée, précisant que cette dernière n'était plus exigible d'un point de vue médical. A la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, il a répondu par l'affirmative.

Dans un rapport du 4 juillet 2017, le Dr S._____, médecin généraliste, a confirmé les diagnostics de lombalgies chroniques et d'embolie pulmonaire, signalant aussi des douleurs thoraciques d'origine indéterminée. Concernant la capacité de travail, il a renvoyé aux spécialistes qui suivaient l'assuré.

Le 9 novembre 2017, la Dre V._____, médecin praticien auprès de L._____, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs multiples, de lombalgies, de douleurs à l'épaule droite et dans les deux jambes. Comme limitations fonctionnelles, elle a mentionné le port de charge limité à 500 gr, un périmètre de marche de 500 mètres et une limitation de la station debout statique à 1 heure. Ayant repris le suivi de l'assuré en cours de route, elle ne pouvait pas communiquer les dates d'arrêt de travail. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle devait être évaluée par un spécialiste selon elle.

Interpellé par l'OAI sur les incapacités de travail attestées, le Dr M._____ a répondu, le 17 août 2018, que l'arrêt de travail du 25 mai au 25 juin 2016 était dû aux lombalgies et sciatalgies droites sur discopathies L5-S1, hernie discale et syndrome radiculaire S1 droite et à un syndrome douloureux chronique de la ceinture scapulaire. Quant à l'arrêt de travail du 1^{er} au 28 février 2017, il était motivé par des gonalgies

gauches sur troubles dégénératifs et chondropathie ainsi que par une rechute des lombalgies aiguës.

Sur questions complémentaires de l'OAI, L._____ a transmis le 11 octobre 2018 un questionnaire complété duquel il ressort que les diagnostics actuels avec répercussion sur la capacité de travail étaient une discopathie, une douleur dorso-lombaire et un problème psychique. Concernant les dates et taux précis des arrêts de travail attestés par ce centre médical, il était renvoyé à des certificats d'incapacité de travail joints au questionnaire relatifs à la période du 1^{er} novembre 2017 au 28 février 2018 et du 1^{er} mai au 31 octobre 2018.

Dans un avis du 22 août 2019, le Dr D._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a préconisé une expertise pluridisciplinaire cardiologique, rhumatologique et psychiatrique, relevant l'absence d'une appréciation de la capacité de travail étayée et d'informations médicales pertinentes depuis de nombreux mois malgré les efforts d'instruction de l'OAI.

Par courrier de l'OAI du 2 septembre 2019, l'assuré a été informé qu'une expertise médicale, comprenant un volet de médecine interne, cardiologique, rhumatologique et psychiatrique, allait être mise en œuvre.

Le 14 mai 2020, l'OAI a indiqué à l'assuré que l'expertise serait effectuée auprès de W._____ et lui a communiqué le nom et la spécialité des experts.

Dans le cadre de l'expertise, l'assuré a été examiné le 3 juillet 2020 par les Drs P._____, spécialiste en médecine interne générale, et J._____, spécialiste en rhumatologie, et le 16 juillet 2020 par les Drs G._____, spécialiste en cardiologie, et T._____, spécialiste en psychiatrie. Dans leur rapport d'expertise du 2 septembre 2020, au terme de leur évaluation consensuelle, ils ont posé les diagnostics suivants :

- « - douleur de l'épaule droite secondaire à une bursite sous-acromiale, M75.5
- douleur des genoux avec syndrome fémoro-patellaire, M22.2
- douleur lombaire sur discopathie et hernie discale, M51.9
- douleur cervicale avec radiographie normale sur contracture musculaire
- status post-embolie pulmonaire segmentaire de 2016 sans séquelles
- obésité stade I, E66
- épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, F32.11
- trouble panique, F41.0
- somatisation, F45.0 »

Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : le soulèvement de charge de plus de 5 kg à partir du sol, le port de charge limité à 15 kg proche du corps, l'effort du bras droit au-dessus de la ligne des épaules (90° d'abduction), la position en porte-à-faux du buste, à genoux ou accroupie, le travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret), éviter les montées et descentes d'escaliers répétées et privilégier un travail répétitif ne nécessitant pas de prise de décision immédiate ni de traitement d'informations multiples. Ils ont conclu que dans l'activité exercée précédemment, l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis septembre 2014 pour des raisons rhumatologiques. Dans une activité adaptée, la capacité de travail avait été entière jusqu'au 5 août 2016, date à partir de laquelle la capacité de travail n'était plus que de 70 %, par diminution de rendement, pour des raisons psychiques. Les experts étaient d'avis que la capacité de travail pourrait être entière après une thérapie médicamenteuse adaptée, qui devrait permettre une amélioration dans un espace de deux à huit semaines.

Dans une analyse économique du 10 novembre 2020, le service d'évaluation pour les indépendants de l'OAI a constaté que le dossier ne comportait aucun document comptable ou fiscal concernant la société que détenait l'assuré, le seul élément à disposition au sujet d'un revenu déclaré étant l'extrait de son compte individuel AVS. En l'absence de documents comptables, il n'était pas possible de savoir si les revenus mentionnés dans le compte individuel AVS pour 2007 à 2013 relevaient de la réelle mise en valeur de la capacité de gain de l'assuré dans cette activité. Dans ces circonstances, il a conclu que le revenu sans invalidité devait être déterminé sur la base des données issues de l'Enquête suisse

sur la structure des salaires (ESS, TA1 skill level 2016, rubrique 41-43, niveau de compétence 2) et l'a fixé à 73'946 fr. 60.

Dans un projet de décision du 29 janvier 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Il a tout d'abord constaté que la demande de prestations avait été déposée le 22 novembre 2016, de sorte qu'une éventuelle rente ne pourrait être allouée qu'à partir du 1^{er} mai 2017. Il a admis que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis le 20 mai 2014, mais qu'en août 2016, il présentait une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 30 %, dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (travail répétitif ne nécessitant pas de prise de décision immédiate ni de traitement d'informations multiples ; pas de soulèvement de charge de plus de 5 kg à partir du sol et port de charge limité à 15 kg proche du corps ; pas de position en porte-à-faux du buste, à genoux ou accroupie ; éviter les montées et les descentes d'escaliers répétées ; pas de travail en hauteur [échelle, escabeau, tabouret] ; pas d'effort du bras droit au-dessus de la ligne des épaules [90° d'abduction]). Comme exemples d'activités adaptées, il a mentionné un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement. Dans l'impossibilité de chiffrer le revenu sans invalidité sur la base de l'ancienne activité d'indépendant, l'OAI s'est référé aux données salariales issues de l'ESS pour la détermination du revenu avec invalidité. Après comparaison d'un revenu de 73'946 fr. 60 que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé dans l'activité de monteur d'échafaudages selon les données issues de l'ESS (ESS 2016, TA1_tirage_skill_level, rubrique 41-43 « Construction », hommes, niveau de compétence 2) avec un revenu d'invalidité de 46'762 fr. 38 qu'il pourrait réaliser à 70 % dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services calculé également sur la base des données statistiques (ESS 2016, TA1_tirage_skill_level, hommes, niveau de compétence 1), l'intimé a retenu un degré d'invalidité de 37 % insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Aucun droit à des mesures

professionnelles n'était en outre ouvert, au motif qu'aucune mesure simple et adéquate ne permettrait de réduire le préjudice économique de l'assuré.

Par décision du 10 mars 2021, l'OAI a confirmé son refus de prestations.

B. Par acte du 26 avril 2021, A.R._____, représenté par Procap Suisse, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant principalement à la constatation de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité et à tout le moins à une demi-rente d'invalidité, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, il fait valoir que l'expertise ordonnée par l'intimé aurait dû comporter un volet neurologique, que le revenu sans invalidité aurait dû être fixé à 78'000 fr. au vu des extraits de son compte individuel AVS et du certificat de salaire versé au dossier, et qu'un abattement de 10 % aurait dû être opéré sur le revenu avec invalidité.

Par courrier du 17 mai 2021, le recourant a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire limitée à l'avance de frais de justice.

Par décision de la juge instructrice du 18 mai 2021, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 avril 2021, comportant l'exonération des avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 24 juin 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 29 juillet 2021, le recourant a confirmé ses conclusions.

L'intimé a maintenu sa position aux termes de sa duplique du 9 août 2021.

C. Le 25 novembre 2021, la juge instructrice a imparti un délai au 15 décembre 2021 au recourant pour produire toutes les pièces comptables de l'entreprise N._____ Sàrl pour la période du 1^{er} mai 2007 au 31 décembre 2013 (comptabilité complète, avec bilans et comptes d'exploitation), toutes ses déclarations d'impôts personnelles pour les périodes fiscales 2007 à 2014, ainsi que toutes les décisions de taxation fiscales et les feuilles annexes comprenant le détail de la taxation cantonale, relatives aux périodes fiscales 2007 à 2014. Son attention a été attirée sur son obligation de collaborer et sur le fait que la Cour statuerait en l'état du dossier en cas de violation de celle-ci.

Après avoir obtenu deux prolongations de délai, le recourant a produit, le 3 février 2022, les documents suivants, sollicitant par ailleurs une prolongation de délai pour transmettre les documents relatifs aux impôts :

- un certificat de salaire relatif à l'année 2007,
- un document « fiche de salaires » concernant l'année 2008,
- des certificats de salaires pour 2009 et 2010,
- un document « fiche de salaires » portant sur l'année 2011,
- des certificats de salaires pour 2012 et 2013,
- le bilan 2010 et 2011 de N._____ Sàrl daté du 25 octobre 2012,
- le compte d'exploitation 2010 et 2011 de N._____ Sàrl non daté,
- un document « bilan de clôture » au 31 décembre 2013, daté du 24 avril 2013, concernant la société N._____ Sàrl,
- des formulaires « déclaration des salaires versés par l'employeur à son personnel » pour 2011, 2012 et 2013.

Par courrier du 4 février 2022, la juge instructrice a prolongé au 25 février 2022 le délai imparti au recourant pour produire toutes les pièces requises dans son avis du 25 novembre 2021.

Le 17 février 2022, le recourant a produit les décisions de taxations personnelles définitives des années 2007 à 2014.

Le 8 mars 2022, il a produit les déclarations d'impôts relatives aux périodes fiscales 2007 à 2012.

Se déterminant le 17 mars 2022 sur les pièces produites par le recourant, l'intimé a maintenu sa position, en se référant à une communication interne d'un spécialiste en évaluation de l'invalidité pour les personnes exerçant une activité comme gérants datée du 16 mars 2022 qu'il a jointe à son envoi.

Par courrier du 7 avril 2022, le recourant a maintenu sa position.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu

de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 10 mars 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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).

c) 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).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre

d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

f) On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/09 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient 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_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 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 déjà cité et les références).

5. a) Le recourant, qui allègue avoir présenté une incapacité de travail totale depuis février 2014 (cf. notamment sa demande de détection précoce du 13 juin 2016 et son acte de recours, p. 3), ne conteste pas l'appréciation de l'intimé selon laquelle il n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de monteur en échafaudages depuis mai 2014. Pour le surplus, au vu de la date de dépôt de la demande de prestations (le 22 novembre 2016), la naissance d'un éventuel droit à la rente ne pourrait quoi qu'il en soit pas survenir avant le 1^{er} mai 2017 (art. 29 al. 1 LAI).

Il se pose en l'occurrence la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, et plus spécifiquement le point de

savoir si l'intimé aurait dû également requérir qu'il soit examiné par un neurologue dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire qui a été mise en œuvre auprès de W._____.

b) En premier lieu, on peut noter que le recourant a indiqué, lors du dépôt de sa demande de prestations, en novembre 2016, être suivi par le Dr S._____, médecin généraliste, et par le Dr X._____, spécialiste en cardiologie, sans que ne soit évoqué un suivi au plan neurologique. Par la suite, il a vu le Dr H._____, neurochirurgien. Ce médecin a toutefois indiqué, lorsqu'il a été invité par l'intimé à compléter le formulaire idoine, le 16 février 2017, qu'il n'avait plus revu le recourant depuis près d'une année. Il ressort en outre du rapport en question que le Dr H._____ a pratiqué à trois reprises, les 16 mars, 13 mai et 10 juin 2016, des blocs facettaires L5-S1 bilatéraux sous guidage radioscopique, le diagnostic posé étant celui de lombalgies et d'insuffisance segmentaire L5-S1. Sur la base du rapport du 16 février 2017 de ce médecin, aucun élément ne permet de retenir, comme le plaide le recourant, qu'un neurologue aurait également dû l'examiner. En particulier, il n'a pas fait l'objet d'un suivi auprès d'un tel spécialiste, et l'on ne voit pas quelles explications aurait pu fournir un neurologue, dans la situation médicale du recourant, que les autres médecins spécialistes qui ont fonctionné en qualité d'expert, n'auraient pu donner. Au demeurant, le Dr H._____ a été consulté en sa qualité de spécialiste de la douleur, et non de neurologue, comme cela ressort du rapport du Dr S._____ du 4 juillet 2017. On relèvera encore que, par communication du 14 mai 2020, l'assuré, qui certes à l'époque n'était pas encore assisté d'un mandataire, a été informé des noms et spécialités des experts qui allaient procéder à l'expertise. Il n'a cependant pas réagi à cette information. Vu par ailleurs les spécialités des experts (médecine interne, rhumatologie et cardiologie) et les examens qu'ils ont effectués, il ne fait pas de doute qu'une atteinte d'ordre neurologique aurait été mise en évidence le cas échéant. On relèvera dans ce cadre que l'experte de médecine interne a procédé à un examen sur le plan neurologique, en observant ce qui suit : « Force, tonus, trophicité conservés. Pas de déficit sensitivo-moteur, ROT [réflexes ostéo-tendineux] présents et symétriques. RCP [réflexe cutané plantaire] en

flexion. Pas d'anomalie à l'examen des paires crâniennes. Pas de troubles de la marche. Pas de trouble de la coordination, marche talons pointes réalisées sans difficulté » (rapport d'expertise, p. 10). Dans ces conditions, en présence d'un assuré qui n'a vu un neurochirurgien que pour trois blocs facettaires, quatre ans avant la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire, l'intimé n'avait pas, en l'absence de tout élément susceptible d'évoquer une atteinte sur le plan neurologique, à investiguer plus avant cet aspect, respectivement à intégrer cette spécialité à l'expertise pluridisciplinaire. Le grief du recourant est infondé.

c) Dans le cadre de l'expertise réalisée auprès de W. _____ en juillet 2020, chacun des experts a procédé à un examen clinique détaillé du recourant et des examens complémentaires (sanguins, radiologiques et cardiologiques) ont par ailleurs été faits. Le rapport d'expertise contient une synthèse du dossier du recourant, une anamnèse complète et tient compte de ses plaintes. Les diagnostics ont été posés de manière étayée et la capacité de travail du recourant a été fixée à l'issue d'une évaluation consensuelle. Le rapport d'expertise remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. D'ailleurs, hormis le grief relatif à l'absence d'un examen par un spécialiste en neurologie, le recourant ne soulève aucune critique à l'encontre du rapport d'expertise.

d) Sur le plan somatique, les experts cardiologue et interniste ont conclu à l'absence d'une pathologie susceptible de limiter la capacité de travail du recourant. En particulier, l'expert cardiologue a observé que l'embolie pulmonaire survenue en 2016 n'avait pas provoqué de séquelles et que le status cardiovasculaire, tout comme l'électrocardiogramme et l'échographie effectués dans le cadre de l'expertise, étaient dans la norme. Il a ainsi retenu le diagnostic de status post-embolie pulmonaire segmentaire et a exclu la présence d'autres maladies cardiovasculaires (rapport d'expertise, p. 15 et 16). Ces constatations ne sont pas contredites par les autres éléments du dossier.

L'expert rhumatologue a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleur de l'épaule droite secondaire à une bursite sous-acromiale, de douleur des genoux avec syndrome fémoro-patellaire et de douleur lombaire sur discopathie et hernie discale. Sans incidence sur la capacité de travail, il a retenu le diagnostic de douleur cervicale (rapport d'expertise, p. 27). Concernant la douleur de l'épaule droite, l'assuré relatait une douleur qui irradiait parfois jusqu'au poignet, et survenait principalement à l'effort (rapport d'expertise, p. 24). A ce sujet, le rapport d'expertise relève qu'à la suite de la chute du recourant sur l'épaule droite, une arthro-IRM de l'épaule avait été réalisée en mai 2014, laquelle avait montré uniquement des signes de bursite sous-acromio-deltaïdienne sans lésion de la coiffe des rotateurs, du long biceps ni d'autres tendons. Le recourant avait bénéficié de deux infiltrations en 2014 et la douleur semblait stable depuis lors. L'expert rhumatologue a conclu que l'atteinte de l'épaule droite était bénigne avec une simple bursite, ce qui était corroboré par l'examen clinique, puisque seuls le signe de Jobe et le Palm up test étaient positifs, tandis que les autres tests étaient négatifs et que les amplitudes étaient conservées (rapport d'expertise, p. 27). Au niveau des genoux, le recourant rapportait des douleurs, surtout à la face antérieure, à la marche, au piétinement et à la descente des escaliers (rapport d'expertise, p. 24). L'expert rhumatologue a observé que l'examen était symétrique, avec une flexion talon-fesse à 20 cm et une extension à 0°. Les genoux étaient froids, secs et sans épanchement. Il n'y avait pas de laxité latérale ni antéropostérieure. Il retrouvait une douleur à la palpation de la facette externe de la rotule des deux côtés. L'expert a fait réaliser une radiographie des genoux qui s'est révélée dans les limites de la norme. Concernant les douleurs lombaires qui se manifestaient surtout le matin par des épisodes de blocage et qui irradiaient dans les membres inférieurs, l'expert rhumatologue a comparé les résultats des IRM lombaires de février 2016 et de mai 2018 qui montraient une dégénérescence avec un pincement discal modéré en L5-S1 (avec un léger rétrolisthésis de grade I de L5-S1), une légère arthrose postérieure L5-S1 et L4-L5, ainsi qu'une hernie discale postérieure médiane et paramédiane droite, laquelle s'était améliorée avec une diminution de volume par rapport à 2016. Il a noté que ces images

radiologiques étaient cohérentes avec une symptomatologie de type lombosciatique S1 droite. Pour les douleurs cervicales rapportées par le recourant, des radiographies ont été réalisées dans le cadre de l'expertise qui se sont révélés normales (rapport d'expertise, p. 27 et 28).

Si les experts cardiologue et interniste n'ont pas observé d'incohérences, l'expert cardiologue a toutefois noté que le recourant était moyennement collaborant, se déclarant être trop fatigué pour effectuer un test d'effort. Le recourant déclarait par ailleurs être dans l'impossibilité de travailler, même dans une activité sédentaire, à cause des douleurs et estimait inutile d'essayer une quelconque activité (rapport d'expertise, p. 14). L'expert rhumatologue a quant à lui relevé plusieurs incohérences entre les descriptions cliniques et les constatations objectives faites lors de l'examen. En particulier, la clinique de l'épaule gauche ne montrait qu'une bursite sous-acromiale, alors que le recourant faisait état d'une hypoesthésie sans aucune systématisation du membre supérieur droit et d'une diminution de la force de préhension sans support anatomique. Il se plaignait par ailleurs d'une douleur lombaire avec irradiation dans les deux membres inférieurs alors que les images radiologiques n'étaient pathologiques que du côté droit. Il existait une importante douleur cervicale à l'examen clinique, alors que la radiographie du rachis cervical était parfaitement normale. Le recourant avait en outre été extrêmement démonstratif lors de l'examen et avait montré une grande résistance aux mouvements demandés. Enfin, le niveau de la douleur, exprimé à 8/10, ne concordait pas avec les consommations d'antalgiques (rapport d'expertise, p. 5).

Sur le plan somatique, les experts ont ainsi reconnu une incapacité totale de travail depuis septembre 2014 dans l'activité de monteur en échafaudage en raison des atteintes de l'épaule droite, de la région lombaire et des genoux. En revanche, la capacité de travail était entière depuis toujours dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, soit dans une activité sans soulèvement de charges de plus de 5 kg à partir du sol, sans port de charges de plus de 15 kg, sans effort du bras droit au-dessus de la ligne des épaules, sans

porte-à-faux du buste, sans position à genoux ou accroupie, sans travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret), et permettant d'éviter les montées et descentes d'escaliers répétées.

Cette appréciation n'est pas mise en doute par les autres éléments du dossier. En particulier, les limitations fonctionnelles constatées en avril 2016 par le Dr H._____ (port de charges limité à 5 kg, la position assise continue et la position debout statique limitées à 1 heure, le porte-à-faux et les rotations du bassin et des épaules à éviter) rejoignent pour l'essentiel celles retenues par les experts, étant rappelé que depuis 2016 les troubles lombaires se sont améliorés selon l'imagerie réalisée en 2018. Le 9 novembre 2017, la Dre V._____ a fait état de restrictions plus importantes, puisque selon elle le port de charges serait limité à 500 gr et le périmètre de marche serait de 500 mètres. Elle ne motive toutefois pas cette appréciation, ni ne fait état de troubles à la santé qui n'auraient pas été pris en compte par les experts et qui pourraient expliquer cette appréciation différente.

e) Sur le plan psychiatrique, l'expert a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, un trouble panique et une somatisation. Le recourant rapportait avoir présenté, à partir de la faillite de sa société en 2014, une humeur triste avec un sentiment d'inutilité et un manque d'envie, ainsi que des problèmes de sommeil et une fatigue. Depuis l'embolie pulmonaire en août 2016, il décrivait une oppression thoracique, des sueurs et des suffocations, ces crises se produisant pendant environ quinze minutes deux fois par semaine. Il était suivi par un psychiatre depuis lors et avait refusé les différents traitements psychiatriques qui lui avaient été proposés par crainte d'effets secondaires, le recourant signalant avoir accepté à une reprise de prendre un traitement en présence du praticien qu'il n'avait pas souhaité poursuivre en raison de sensations étranges et d'un essoufflement ressentis quelques minutes après la prise du médicament (rapport d'expertise, p. 18 et 19). Au jour de l'expertise, l'humeur était triste, sans idées suicidaires. Il y avait une baisse de l'élan vital et d'estime de soi, sans pessimisme dans le discours. Le recourant signalait des difficultés

d'endormissement et une fatigabilité qualifiée de moyenne. Il existait une anhédonie sans apragmatisme. Il n'y avait pas de manifestations neurovégétatives comme des sueurs ou des tremblements. Il n'existait pas d'agitation, d'irritabilité ni d'impulsivité. La gestuelle était très légèrement ralentie. Il répondait aux questions de façon adaptée et de façon succincte, mais faisait preuve à certains moments de digression, relatant avec une multitude de détails la prise en charge de son embolie pulmonaire. Des troubles cognitifs rendaient la biographie difficile à comprendre et les différents événements de vie étaient évoqués sans émotion. En revanche, il était envahi par les pensées autour de sa santé (rapport d'expertise, p. 19). L'expert a retenu que le recourant avait présenté un épisode dépressif survenu quelques mois après sa chute avec apparition d'une somatisation. L'embolie pulmonaire survenue le 5 août 2016 avait accentué largement la somatisation et l'épisode dépressif, qui était alors devenu moyen et était encore présent à la date de l'expertise. En l'absence d'antécédents dépressifs dans l'histoire du recourant, le trouble dépressif n'était pas récurrent. L'embolie pulmonaire avait également réactivé des éléments anxieux se traduisant par un trouble panique. Le diagnostic de somatisation abordé par le psychiatre traitant a également été retenu par l'expert psychiatre au vu des plaintes somatiques multiples, variables dans le temps et persistantes, qui duraient depuis plus de deux ans. L'expert a étudié si le recourant présentait un trouble de la personnalité et l'a exclu en motivant cette appréciation (rapport d'expertise, p. 20). Il a également examiné les ressources et les difficultés, relevant au sujet de ces dernières que la persévérance était affaiblie par la pathologie et que la flexibilité mentale et la capacité d'adaptation aux règles et aux routines étaient également diminuées par les aspects anxieux (rapport d'expertise, p. 21). Comme limitations fonctionnelles d'ordre psychique, il a retenu un travail répétitif, ne nécessitant pas de prise de décision immédiate ni de traitement d'informations multiples, relevant que l'activité habituelle de monteur en échafaudage était adaptée aux limitations fonctionnelles. Il a estimé que la capacité de travail d'un point de vue psychique avait été de 100 % avant l'embolie pulmonaire, et qu'à partir du 5 août 2016, les trois diagnostics posés entraînaient un envahissement du champ de pensée et

une fatigabilité qui limitaient le rendement, cette limitation étant évaluée à 30 % (rapport d'expertise, p. 21). Les conclusions de l'expert psychiatre, qui ne sont pas contestées, ne sont au demeurant pas contredites par le rapport du psychiatre traitant.

f) En définitive, c'est à juste titre que l'intimé a retenu, sur la base du rapport d'expertise, que le recourant a présenté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations ostéoarticulaires jusqu'au 4 août 2016, puis, dès le 5 août 2016, une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée aux limitations physiques et psychiques.

6. Le recourant critique ensuite les éléments de calcul de son taux d'invalidité, en contestant d'une part le revenu sans invalidité, et, d'autre part, l'absence d'abattement sur le revenu avec invalidité.

a) 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

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. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le

handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

A teneur de l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu déterminant au sens de l'art. 16 LPGA, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu annuel présumable, sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10). Cette disposition établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; ce parallèle n'a toutefois pas valeur absolue (TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 5.2.1). En particulier, pour un dirigeant d'une société anonyme qui dispose d'une influence déterminante sur l'entreprise en sa qualité d'actionnaire unique et qui, par cette position, a en outre une influence déterminante sur la répartition des revenus entre le salaire et le bénéfice, on ne saurait se baser seulement sur les extraits du compte individuel AVS pour fixer le taux d'invalidité (ch. 3028.2 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 et la référence jurisprudentielle citée).

En présence de circonstances particulières, il demeure possible de recourir, à titre subsidiaire, aux données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité, les facteurs personnels et les qualifications professionnelles particulières devant toutefois être pris en compte (ATF 142 V 278 consid. 2.5.7 et références citées ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n°45 ad art. 28 a LAI, p. 420).

c) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle

concrète de la personne assurée. Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité 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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

d) L'intimé a retenu un revenu sans invalidité de 73'946 fr. 60, que le recourant conteste, estimant que c'est sur la base des extraits de

son compte individuel AVS qu'il aurait dû être arrêté, en l'occurrence, à 78'000 francs.

Les éléments au dossier ne sont pas concordants. Ainsi, dans le formulaire de détection précoce adressé le 13 juin 2016 à l'intimé, c'est un revenu mensuel de 5'500 fr. qui est mentionné en faveur du recourant, jusqu'en 2014. Selon le rapport initial de détection précoce du 3 novembre 2016, faisait suite à un entretien avec l'assuré le jour précédent, ce dernier a précisé que le revenu de 5'500 fr. par mois était servi douze fois l'an. Dès lors, sur la base de ces pièces, il y aurait lieu de retenir qu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré réalisait un revenu annuel de 66'000 fr. (5'500 fr. x 12). En contradiction avec ce qui précède, l'extrait du compte individuel du recourant fait état d'un revenu de 90'000 fr. en 2009, de 79'000 fr. en 2010, puis de 78'000 fr. en 2011, 2012 et 2013.

Invité le 19 décembre 2016 à produire les pièces comptables de son entreprise pour les cinq années précédant son atteinte à la santé, il n'a adressé qu'un certificat de salaire daté du 23 décembre 2013 faisant état d'un salaire brut de 78'000 fr. pour 2013 ainsi qu'une décision de l'Office d'impôt [...], du 28 octobre 2014, à teneur de laquelle une amende d'ordre avait été prononcée à son encontre, pour défaut de remise de la déclaration d'impôt 2013. Dans le cadre de la présente procédure de recours, il a été derechef prié de produire toutes les pièces comptables de l'entreprise N._____ Sàrl pour la période du 1^{er} mai 2007 au 31 décembre 2013 (comptabilité complète, avec bilans et comptes d'exploitation), toutes ses déclarations d'impôts personnelles pour les périodes fiscales 2007 à 2014, ainsi que toutes les décisions de taxation fiscales et les feuilles annexes comprenant le détail de la taxation cantonale, relatives aux périodes fiscales 2007 à 2014. Toutefois il s'est contenté de fournir, le 3 février 2022, des certificats de salaires concernant les années 2007 à 2013, des formulaires de déclaration de salaires versés par l'employeur à son personnel pour 2011, 2012 et 2013, un bilan et un compte d'exploitation de N._____ Sàrl portant sur les années 2010 et 2011, ainsi qu'un document « bilan de clôture au 31 décembre 2013 » daté du 24 avril 2013. Par la suite, il a produit les

décisions de taxation personnelles définitives relatives aux années 2007 à 2014, ainsi que ses déclarations d'impôts pour 2007 à 2012.

Ces éléments ne suffisent pas à retenir que le montant inscrit au compte individuel AVS correspond au revenu qu'il a effectivement réalisé et à celui qu'il aurait pu percevoir sans la survenance de l'atteinte à la santé dans le cadre de son activité indépendante. Au vu de son statut d'actionnaire et de gérant avec signature individuelle, on ne peut pas se baser uniquement sur l'extrait de son compte individuel pour déterminer le revenu sans invalidité, ni sur les certificats de salaires ou les déclarations des salaires faites au nom de la société, étant précisé que ces documents ne concordent pas tous entre eux. Ainsi, l'extrait du compte individuel fait état d'un revenu de 78'000 fr. pour 2011, alors que la fiche de salaire produite pour cette année mentionne un revenu annuel soumis à cotisations de 90'000 francs. On peut aussi relever que selon l'extrait du compte individuel AVS, le recourant n'a pas déclaré d'activité ou de revenu provenant de sa société entre janvier 2014 et le début de son incapacité de travail en mai 2014. Les documents fiscaux ne permettent pas non plus de se prononcer sur le revenu réel du recourant, d'autant plus que les années 2013 et 2014 ont fait l'objet d'une taxation d'office. Les pièces comptables de la société produites, qui portent uniquement sur 2010, 2011 et 2013, ne permettent pas de rendre vraisemblable que le recourant aurait pu percevoir un revenu annuel de 78'000 fr. sans atteinte à la santé s'il avait poursuivi son activité au sein de son entreprise. Au contraire, comme l'a relevé le service d'évaluation de l'intimé, le bilan de clôture pour 2013 révèle un résultat négatif de 183'289 fr., avec une dette accumulée vis-à-vis des créanciers sociaux et de la TVA à la liquidation, au 31 décembre 2013, de plus de 180'000 francs. Si les comptes de la société relatifs à l'année 2012 n'ont pas été produits, l'évaluateur de l'intimé a observé, sur la base des déclarations d'impôts personnelles du recourant, que les parts sociales de la société, qui avaient été évaluées à 12'600 fr. dans la déclaration d'impôts personnelle du recourant en 2011, n'avaient pas été valorisées en 2012, ce qui parlait en faveur d'une perte déjà réalisée en 2012. Il a conclu que la gestion de la société avant la survenance de l'incapacité de travail du recourant en mai 2014 n'aurait

pas pu permettre le versement d'un salaire annuel de 78'000 fr., à tout le moins entre 2012 et 2013, tout en garantissant la viabilité de la société sur le long terme, laquelle a d'ailleurs été déclarée en faillite le [...] 2014. Il ne fait guère de doute que sans atteinte à la santé, le recourant n'aurait pas pu percevoir un revenu annuel de 78'000 fr. en poursuivant son activité au sein de sa société.

Pour le surplus, le recourant n'est pas titulaire d'un Certificat fédéral de capacité (CFC), mais d'une attestation de formation élémentaire. Retenir le niveau de compétence 2 de l'ESS pour fixer le revenu sans invalidité à 73'946 fr. 60, et non pas un revenu tel qu'annoncé sur le formulaire de détection précoce du 13 juin 2016, et lors de l'entretien du 2 novembre 2016, de 5'500 fr. sur douze mois, soit 66'000 fr., est ainsi généreux de la part de l'intimé.

Dans ces circonstances, il ne peut être fait grief à l'OAI de s'être fondé sur l'ESS, et non sur l'extrait du compte individuel ou sur les documents fiscaux, pour fixer le revenu sans invalidité du recourant.

e) Concernant le revenu avec invalidité, seul est litigieuse la question d'un abattement, qui n'a pas été retenu en l'occurrence et qui devrait être de 10 % selon le recourant.

Ainsi qu'on l'a vu, l'expertise, qui retient une baisse de rendement de 30 %, est d'ores et déjà favorable au recourant, puisque moyennant un traitement antidépresseur, exigible, il serait en mesure de ne plus présenter une telle baisse de la capacité de travail. Selon la jurisprudence, lorsque les limitations fonctionnelles justifient une diminution de rendement déjà prise en compte dans la fixation de la capacité de travail, il n'y a en principe pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (TF 8C_122/2019 du 10 décembre 2019 consid. 4.3.1.2 et les arrêts cités ; cf. également ATF 146 V 16 consid. 4.1). Il peut être ajouté que les limitations fonctionnelles du recourant sont compatibles avec un grand nombre d'activités légères que recouvrent les

secteurs de la production et des services (ESS, niveau de compétence 1) et dont des exemples ont été fournis par l'intimé dans la décision attaquée. Or, selon la jurisprudence, un abattement n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; TF 8C_174/2019 du 9 juillet 2019 consid. 5.2.2 et les références). Le fait que le recourant a œuvré essentiellement en qualité de monteur en échafaudages, n'est pas un élément pouvant être pris en considération puisque le niveau de compétence 1 de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). On ne voit par ailleurs pas en quoi le fait d'avoir travaillé par le passé comme indépendant serait de nature à voir ses perspectives salariales réduites. Enfin, la durée de l'éloignement du travail alléguée ne saurait justifier une réduction sur le revenu d'invalidé, d'autant plus qu'une activité adaptée était exigible de sa part depuis 2014.

7. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires

institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** Le bénéficiaire de l'assurance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :