

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 novembre 2022

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu, juge, et M. Berthoud, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant,

et

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

**Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 - 3 et 88a
al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un CFC (certificat fédéral de capacité) de ramoneur, a déposé le 12 novembre 2004 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant quant au genre de l'atteinte présenter une « tachycardie/extrasystole maladie du cœur assez sévère » existant depuis le 20 avril 2003. Il sollicitait un reclassement dans une nouvelle profession.

Dans un rapport du 26 août 2004 consécutif à une consultation de l'assuré le 23 août 2004, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin-conseil de la caisse-maladie T._____, a diagnostiqué une dysfonction ventriculaire gauche sur une hypokinésie globale à prédominance antéro-septale, d'origine X. La fraction d'éjection était estimée à 42 % et des investigations avaient été effectuées dernièrement à l'Hôpital de [...]. Les coronaires étaient saines. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) allait encore être faite pour exclure une dysplasie ventriculaire droite. L'assuré avait été en incapacité de travail à 100 % du 19 au 28 septembre 2003, puis à 50 % du 29 septembre 2003 au 11 janvier 2004. Depuis lors, il était en incapacité de travail à 30 %. Les cardiologues recommandaient d'éviter les efforts violents. Une reconversion dans un domaine sans effort était demandé à l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 2 mars 2005, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de dysfonction ventriculaire gauche sur hypokinésie globale, d'origine probablement cardiomyopathique, de tachycardies sinusales dysautonomiques, de hernie hiatale ainsi que de discopathie protrusive C5-C6 et C6-C7, existant depuis la mi-2002.

L'assuré a alors bénéficié d'une mesure de reclassement, à l'issue de laquelle il a obtenu, en 2009, un CFC de mécapraticien, activité qualifiée d'adaptée.

Par décision du 1^{er} avril 2010, l'Office cantonal AI du Valais a refusé la rente. Il a retenu que la capacité de travail de l'assuré était certes nulle dans l'activité habituelle de ramoneur, mais entière, sans baisse de rendement, dès septembre 2009, dans le métier de praticien en mécanique (au terme d'un apprentissage et de l'obtention du diplôme de la branche par le biais d'une mesure de reclassement).

Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

B. Le 3 décembre 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande, en faisant état d'une neuropathie et d'une cardiopathie. Les pièces suivantes y étaient notamment jointes :

- un courrier de T. _____ Assurances SA (ci-après : T. _____), assureur perte de gain maladie selon la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA [RS 221.229.1]), du 30 novembre 2018, faisant état de périodes d'incapacités de travail du 15 juin 2018 au 31 juillet 2018 à 50 %, du 27 août au 26 novembre 2018 à 50 %, ainsi que dès le 27 novembre 2018 à 100 % ;

- un rapport du 23 novembre 2018 du Dr H. _____, médecin traitant, qui a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de polyneuropathie sensitivomotrice dès mai 2005, de dysfonction ventriculaire gauche sur hypokinésie ventriculaire antérieure et postérieure (fraction d'éjection à 45 %), de tachycardie sinusale dysautonomique et de cervicalgies récurrentes sur discopathie protrusive en C5-C6 et C6-C7. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une hernie hiatale. Ce médecin a estimé la capacité de travail de l'assuré à 50 % au maximum depuis le 15 juin 2018 ;

- un rapport du 24 octobre 2018 du Prof. L._____, spécialiste en neurologie, qui, sur la base de son examen du 22 octobre 2018, a estimé que l'assuré présentait une polyneuropathie sensitivomotrice avec dysesthésie en chaussette, sans autres signes pour un déficit radiculaire ou tronculaire. Ce neurologue a suggéré d'essayer de diminuer l'Irfen® par la prise du Lyrica® 3 x 50 mg. Dans l'éventualité où l'intéressé souhaitait poursuivre le suivi auprès de la P._____ de [...], il serait désormais pris en charge par la Dre M._____ avec une consultation prévue le 28 janvier 2019.

Selon un extrait du 14 janvier 2019 de ses comptes individuels (CI) AVS, l'assuré avait notamment réalisé en dernier lieu les revenus suivants : 66'570 fr. (2015), 66'559 fr. (2016) et 58'176 francs (2017).

Selon le questionnaire de l'employeur du 17 janvier 2019, pour son activité de ramonage exercée depuis le 28 avril 2014 auprès de F._____, maître-ramoneur officiel à [...] (GE), le salaire horaire de l'assuré était de 26 fr. 50 depuis le 1^{er} janvier 2018. Ses revenus étaient fluctuants d'années en années. Dans cette activité professionnelle, il avait été absent à compter du 15 juin 2018 à 50 %, puis à 100 % depuis le 27 novembre 2018.

Dans le document « IP - Calcul du salaire exigible Provisoire » du 7 mars 2019, une spécialiste en réinsertion professionnelle à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a notamment écrit ce qui suit :

“Source du RS [revenu sans invalidité] : moyenne des CI (15-16-17) = 63'768.--/ équivaut au salaire horaire du RE [rapport employeur] de 62'940.- annuel pour un salaire horaire de 26.50 (42heures /semaine X 13).

Nous prenons ce nouvel RS, car en bonne santé, l'assuré aurait poursuivi dans sa première AH [activité habituelle] en 2004, car l'entreprise avait [fait] faillite avant son IT [incapacité de travail] (Donc, il n'aurait pas pu poursuivre là-bas en bonne santé).”

L'assuré a été examiné à la demande de T._____ par le Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du 3 juin 2019, il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de

travail de myalgies progressives depuis environ 2003, de tachycardie sinusale chronique encore accélérée à l'effort, de fonction ventriculaire gauche légèrement à moyennement diminuée, de polyneuropathie sensitivomotrice de type axonal et de myopathie d'origine indéterminée, chez un assuré ramoneur CFC et polymécanicien CFC de 47 ans, à l'arrêt de travail à 50 % du 15 juin 2018 au 26 novembre 2018 puis à 100 % depuis le 27 novembre 2018, licencié dans l'intervalle. L'arrêt de travail était dû à des myalgies diffuses et profondes ainsi qu'à une tachycardie chronique avec dyspnée au moindre effort. Le diagnostic étiologique n'était pas encore défini, mais il était retenu celui de myopathie d'origine pour l'instant indéterminée. L'activité de ramoneur n'était plus possible, car trop physique et potentiellement dangereuse et ce probablement définitivement. Une activité adaptée n'était également pas possible en l'état au vu de la très faible tolérance à l'effort et de l'aggravation des symptômes musculaires et cardiaques pour des efforts minimes.

Dans un rapport du 12 juin 2019, la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a diagnostiqué une dyspnée probablement multifactorielle (composante pulmonaire ainsi que cardiaque). Le bilan pulmonaire ne montrait pas de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Il existait par contre une diminution modérée de la capacité de diffusion du monoxyde de carbone (DLCO) ainsi que de grands volumes pulmonaires avec une capacité pulmonaire totale (CPT) à 122 %, ce qui était compatible avec une atteinte pulmonaire due au tabagisme chronique. Le test de marche de six minutes ne mettait pas en évidence de désaturation à l'effort mais une tendance à la tachycardie puisque le pouls s'accélérait rapidement à 140/min. avec une distance parcourue tout à fait correcte qui correspondait à 91 % de la distance théorique soit six cent septante mètres. La Dre D._____ avait encouragé l'assuré à effectuer un sevrage tabagique. Un rendez-vous avait encore été donné à l'intéressé pour contrôler son sommeil (polygraphie) compte tenu de ses plaintes de ronchopathie et de probables apnées du sommeil.

Dans un rapport du 13 juin 2019, le Dr I._____, spécialiste en neurologie, qui a examiné l'assuré le 3 avril 2019, a diagnostiqué avec

effet sur la capacité de travail une polyneuropathie sensitivomotrice à prédominance sensitive axonale existant depuis 2003. L'assuré se plaignait de myalgies intenses (10 sur 10) et diffuses favorisées par l'effort tel que le vélo d'appartement ou la marche. Il existait par ailleurs des mouvements anormaux des membres inférieurs tant à l'action qu'au repos qui l'obligeaient à consommer régulièrement du Mydocalm®. Il décrivait également des sudations profuses et des hyperesthésies de contact qui prédominaient aux membres inférieurs. Si la force était préservée, en revanche, le périmètre de marche se limitait aux alentours de deux cent cinquante mètres. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, ce médecin a uniquement indiqué que les déficits sensitifs ainsi que les douleurs liées à la neuropathie entraînaient certainement une baisse de rendement et pouvaient également provoquer des troubles de l'équilibre.

Le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a été mandaté par T._____ pour expertiser l'assuré. Dans son rapport du 17 janvier 2020, il a posé le diagnostic incapacitant de tachycardie sinusale et myopathie d'étiologie indéterminée, apparemment connues depuis le début des années 2000, ainsi que celui de diabète sans répercussion. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans la profession habituelle de ramoneur en raison de la dyspnée, de la tachycardie, de la faiblesse ainsi que des douleurs musculaires. Par contre, l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 50 % au maximum dans une activité adaptée (légère effectuée en position assise et ne nécessitant pas de port de charge, ni d'effort à répétition). Selon l'expert, une nouvelle reconversion professionnelle devait être envisagée avec l'aide de l'assurance-invalidité.

Les spécialistes de la Consultation nerf-muscle du CHUV (Prof. X._____ et Dre W._____, tous deux spécialistes en neurologie) ont examiné l'assuré le 3 février 2020. Dans leurs rapports des 17 février et 13 mars 2020, ils ont posé les diagnostics de polyneuropathie sensitivomotrice axonale en cours d'investigation et d'intolérance musculaire à l'effort. Ils ont indiqué que le tableau clinique était évocateur d'une intolérance musculaire à l'effort « sans drapeau rouge d'un point de vue

neurologique ». La gêne ressentie pouvait également être due en partie à un syndrome des jambes sans repos, compte tenu de la notion d'impatience à prédominance vespérale, pour lequel des traitements par Liorésal® et Lyrica® n'avaient pas été efficaces. Ils n'ont pas confirmé le diagnostic de myopathie. Au vu de son déconditionnement, l'assuré s'était vu prescrire neuf séances de physiothérapie, avec la proposition d'un court séjour de rééducation neuromusculaire en milieu hospitalier ou ambulatoire intensif en cas d'absence de bénéfice de la physiothérapie. Le Prof. X._____ et la Dre W._____ ont indiqué que la capacité de travail devait être réévaluée après rééducation.

Dans un avis médical du 3 mai 2020, la Dre E._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a fait le point de la situation suivant :

“Conclusions : Nous pouvons admettre que depuis juin 2018 l'état de santé de l'assuré s'est péjoré. En plus d'atteinte[s] du rachis et cardiaque, la symptomatologie neurologique avec prédominance au[x] membres inférieurs se péjorent. IT [incapacité de travail] 50 % du 15.06.2018 au 26.11.2018, 100 % du 27.11.2018 au 15.01.2020. CT [capacité de travail] de ramoneur n'est pas exigible (déjà depuis 2004). CT AA [activité adaptée] 50% depuis le 15.01.2020 (la date d'expertise APG [assurance perte de gain]), une augmentation n'est pas totalement exclue avec une rééducation neuromusculaire. Nous avons envoyé une lettre au médecin-traitant au sujet [d'une] éventuelle amélioration de la CT AA. Il reste à déterminer par REA si l'activité de mécanicien de production est adaptée aux LF [limitations fonctionnelles] suivantes : activité sédentaire, légère, sans port de charge, sans déplacement prolongé à pied, pas d'effort à répétition, des pauses.”

Dans le document « IP - Calcul du salaire exigible » du 6 juillet 2020, une spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI a notamment écrit ce qui suit :

“Explication de la réduction : Aucune, car l'expert a déjà admis une CT [capacité de travail] réduite de 50 % dans une AA [activité adaptée] au vu des LF [limitations fonctionnelles]. Pas d'autres réductions à prendre en compte par rapport aux autres critères.
Source du RS [revenu sans invalidité] : moyenne des CI [comptes individuels] entre 2015 et 2017 (salaires fluctuants d'années en années) : 63'768.33.- (non indexable)
Sources médicales : SMR [Service médical régional de l'assurance-invalidité]

Exemples d'activités adaptées :

Notre assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans 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,

aide-administratif (réception, scannage et autres)''

L'OAI a admis la prise en charge d'une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'Orif [...] du 31 août au 29 novembre 2020.

Dans le rapport Orif du 3 décembre 2020, il a été relevé un taux effectif de 46,19 % pour une présence exigible de 50 %. En bref, il ressort de ce rapport que dès le début l'assuré a mis la mesure en échec par son comportement (il communiquait de manière ambiguë avec des sous-entendus ironiques et contreproductifs en utilisant un langage inadéquat voire grossier). Malgré le fait qu'il ne se situait pas dans une dynamique propice à la réinsertion professionnelle, il avait toutefois été identifié qu'il n'était pas en mesure, au vu des limitations fonctionnelles, d'exercer l'activité de mécanicien de production. Mais la piste explorée de contrôleur de sécurité (par exemple pour les installations de chauffage, des citernes ou combustion) ou de sécurité au travail (par exemple préposé à la sécurité), était exigible au vu des restrictions. Toutefois cette dernière activité ne semblait pas intéresser l'assuré et, de son côté, l'Orif ne savait pas quelle suite donner à cette première phase d'orientation ; il n'avait pas pu activer un stage externe en entreprise, les difficultés de santé actuelles de l'intéressé ayant un impact important sur l'élaboration d'un projet professionnel (document intitulé « Partenaire - Note d'entretien » du 18 novembre 2020).

Dans un document intitulé « REA - Rapport final » du 10 décembre 2020, une spécialiste en réadaptation professionnelle de l'OAI a estimé que si l'activité de mécanicien de production n'était plus exigible au vu des limitations fonctionnelles (« activité sédentaire légère, sans port de charge, sans déplacement prolongé à pied, pas d'effort à répétition, des pauses »), l'assuré disposait par contre d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, sans aucune mesure

susceptible de réduire son préjudice économique. Une aide au placement n'avait pas été proposée au vu du comportement inadéquat de l'intéressé durant la totalité de la mesure Orif.

L'OAI a encore interpellé le médecin traitant (Dr H._____) en décembre 2020 afin de connaître l'évolution de l'état de santé de son patient. Le 23 décembre 2020, celui-ci a répondu que, depuis son dernier rapport, l'évolution clinique ne s'était pas modifiée ; les myalgies étaient toujours présentes et handicapantes avec des troubles de l'équilibre et des douleurs spastiques aux membres inférieurs. Il convenait de retenir des lombalgies récurrentes depuis 2008 sur discopathie lombaire étagée ainsi que des cervico-dorsalgies également sur discopathies étagées. Une myopathie n'avait pas été retenue selon la lettre du Prof.X._____. De l'avis du médecin traitant, il n'existait aucune activité adaptée à la pathologie neurologique fortement handicapante de son patient, maladie qui allait encore s'aggraver. En annexe, le médecin traitant a joint à son rapport les éléments suivants :

- un rapport du 25 juin 2020 du Dr Q._____, spécialiste en cardiologie, qui faisait état d'un examen clinique plutôt rassurant, sans réelle hypertension (probable effet blouse blanche), ni souffle cardiaque, ni aucun signe de décompensation. Un subictère conjonctival pouvait témoigner d'une hépatopathie. L'électrocardiogramme de repos était normal, sinusal sans trouble de la repolarisation, ni trouble conducteur. L'échocardiographie transthoracique était étonnement normale ; en effet, la fonction ventriculaire gauche était calculée à 50 %, il n'y avait pas de cardiopathie hypertensive ni de dilatation cavitaire. Dans l'optique de refaire le point, un Remler, un Holter-ECG ainsi qu'une échocardiographie à l'effort allaient être organisés par ce cardiologue ;

- un rapport d'IRM du rachis cervico-dorsal du 1^{er} octobre 2020, qui a conclu à une discopathie protrusive en topographie postéro-médiane, sans compression médullaire ou radiculaire associée en C6-C7, à une hypertrophie des ligaments jaunes en C5-C6 et en C6-C7, à des

discopathies débutantes en C4-C5, C6-C6 et D7 et D8, ainsi qu'à l'absence de compression radiculaire sur C8 à droite ;

- un rapport d'IRM lombo-sacrée du 15 juin 2020 qui a objectivé une légère discopathie sur les trois derniers étages lombaires, prédominant en L4-L5, avec protrusion discale à base large médiane et paramédiane gauche, sans conflit radiculaire, un léger rétrécissement foraminaux bilatéral en L3-L4 et L4-L5 ;

- un rapport du 14 août 2020 du Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion, qui a observé deux types de problématiques qui interféraient. Une symptomatologie évoquant une intolérance musculaire à l'effort à la fois sur le plan périphérique, axial mais aussi cardiaque et qui paraissait constituer la gêne principale. D'autre part, une symptomatologie pouvant survenir au repos qui paraissait plus en lien avec le problème de la polyneuropathie avérée et connue. Dix-huit séances de physiothérapie ambulatoire n'avaient pas été efficaces et une nouvelle « solution sur le plan physique » devait être trouvée, les programmes de rééducation neuromusculaire effectués à la CRR pouvant éventuellement s'avérer utiles dans le cas où la problématique neurologique prendrait le dessus par rapport au déconditionnement musculaire à l'effort.

Dans un avis médical du 14 janvier 2021, la Dre E._____, du SMR, a estimé que les observations du service de réadaptation professionnelle de l'OAI confirmaient que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée n'était pas supérieure à 50 %. Il n'y avait en outre pas d'explications pour une capacité de travail résiduelle de 40 % dans une activité adaptée comme attestée en novembre 2020 par le médecin traitant (Dr H._____).

Par projet de décision du 22 février 2021, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui allouer, sous réserve des périodes pendant lesquelles il avait bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité, une rente entière d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de

100 % du 1^{er} juin 2019 au 30 avril 2020, puis un quart de rente à compter du 1^{er} mai 2020, basé sur un degré d'invalidité de 46 %. Ses constatations étaient notamment les suivantes :

“Vous exercez l'activité de ramoneur à 100%.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 15 juin 2018. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

A l'échéance du délai en question, soit le 15 juin 2019, et après consultation de votre dossier, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans toute activité.

Votre degré d'invalidité est donc de 100%, ce qui donne droit à une rente entière.

Par la suite, dès le 15 janvier 2020, selon les renseignements en notre possession, nous constatons qu'une capacité de travail de 50% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles.

Pour déterminer votre degré d'invalidité, nous devons évaluer le préjudice économique que vous subissez.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 63'768.00 (moyenne des comptes individuels de 2015 à 2017) avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée à votre atteinte.

[...]

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 68'446.03 à 100%, en 2020. Ce montant est porté à 50%, soit un revenu annuel de CHF 34'223.02.

Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation), nous estimons qu'aucun abattement n'est justifié dans votre cas.

Votre revenu d'invalidité est donc de CHF 34'223.02

Dès lors, le degré d'invalidité se calcule comme suit :

Comparaison des revenus :	
sans invalidité	CHF 63'768.00
avec invalidité	CHF 34'223.02

La perte de gain s'élève à CHF 29'544.98 = un degré d'invalidité de 46.33%

Un degré d'invalidité de 46 % donne droit à un quart de rente. Conformément à l'art. 88a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], la réduction intervient 3 mois après l'amélioration de l'état de santé. Dans votre situation, la rente entière peut donc être versée jusqu'au 30 avril 2020 et dès le 1^{er} mai 2020, vous avez droit à un quart de rente, basé sur un degré d'invalidité de 46%.

Par ailleurs, aucune autre mesure n'est susceptible de réduire le préjudice économique. [...]"

Par décision du 4 juin 2021, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 22 février 2021.

C. Par acte daté du 14 juin 2021, reçu le 18 juin 2021, N. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement au maintien d'une rente entière. Il se prévaut d'avoir dû réduire la mesure auprès de l'Orif en raison de son épuisement, et plaide que les douleurs le rendent irritable. Il ajoute que dans la mesure où son atteinte est dégénérative, il n'y a à ses yeux pas de justification à réduire sa rente entière à un quart de rente. Il expose enfin être au bénéfice de deux CFC, et donc être plus qu'un employé non qualifié, ne se voyant pas exercer une activité non qualifiante.

Dans sa réponse du 7 septembre 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours.

En réplique, le 28 septembre 2021, le recourant a maintenu sa position. Il a fait valoir que son état de santé ne s'améliorait pas, un traitement à raison de deux fois par semaine à [...] ne conduisant qu'à une péjoration (crampes, douleurs musculaires, spasmes, tremblements, souffle court, cœur qui « tape », ...). Il avait eu notamment une crampe en venant consulter son dossier au tribunal, ne voyant dès lors pas quelle activité il pourrait exercer. Il a ajouté que la première demande ne concernait pas les problèmes cardiaques et musculaires, ni la neuropathie. Il a encore précisé que son taux de présence à l'Orif était de 40 % à la fin

de la mesure en raison de problèmes de dos, et que son employeur n'avait pas fait faillite.

Le 18 octobre 2021, l'OAI a derechef proposé le rejet du recours.

E n d r o i t :

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

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

c) 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 4 juin 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).

2. Le litige porte sur la quotité de la rente servie au recourant à compter du 1^{er} mai 2020.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre

2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain

ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

e) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

f) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

g) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. 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_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergent de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

4. a) Par décision du 1^{er} avril 2010, l'office AI (VS) avait rejeté la première demande de prestations du recourant, en retenant l'absence de préjudice économique compte tenu d'une capacité de travail certes nulle dans l'activité habituelle de ramoneur, mais entière, sans baisse de rendement, dès septembre 2009, dans le métier de praticien en mécanique.

Le recourant a déposé une nouvelle demande le 3 décembre 2018, sur laquelle l'OAI est entré en matière procédant à l'instruction du cas.

Dite instruction a permis de confirmer que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de ramoneur, et ce depuis 2004 (cf. rapport du 26 août 2004 du Dr S._____, cf. également rapport du 17 janvier 2020 du DrK._____). On relèvera à cet égard que, quand bien même cette activité n'est plus adaptée depuis 2004, le recourant a toutefois œuvré à compter du 28 avril 2014 en cette qualité, avant de

présenter une incapacité de travail de 50 % dès le 15 juin 2018, puis totale dès le 27 novembre 2018 (cf. rapport employeur du 17 janvier 2019).

Il ressort également du rapport final de la division réadaptation professionnelle à l'OAI du 10 décembre 2020, que l'activité de mécanicien de production n'est plus exigible.

Il n'est pas non plus contesté que le recourant a présenté une incapacité de travail de 50 % dès le 15 juin 2018 devenue totale le 27 novembre 2018, jusqu'au 15 janvier 2020. Il conteste toutefois avoir retrouvé une capacité de travail au 15 janvier 2020. Se pose dès lors la question de savoir si le recourant conserve une capacité de travail dans une activité adaptée, et, dans l'affirmative, de son étendue.

b) Une expertise rhumatologique a été confiée au Dr K. _____ par l'assureur perte de gain. A l'issue de son examen, dans son rapport du 17 janvier 2020, il a posé le diagnostic incapacitant de tachycardie sinusale et myopathie d'étiologie indéterminée, apparemment connues depuis le début des années 2000, ainsi que celui de diabète, sans répercussion sur la capacité de travail. Il a constaté que l'assuré était en état général diminué, la tension artérielle à 14/8, le pouls régulier à 120/min., le poids de 101 kilos pour une taille de 193 centimètres. L'auscultation cardiaque était physiologique, il n'y avait pas de souffle sur les gros troncs artériels, ni de signe en faveur d'une insuffisance cardiaque droite ou gauche. L'auscultation pulmonaire était physiologique. L'abdomen était globuleux, souple et indolore, les bruits abdominaux étaient présents, de tonalité normale. Les éléments et mesures suivants ont également été relevés par l'expert :

“Système ostéo-articulaire

Rachis : rachis aligné, épaules et bassin à l'horizontale.

Rachis cervical: distance menton-sternum 2/17 cm, rotation droit-gauche 70° des deux côtés.

Rachis lombaire : distance doigts-sol 23 cm, Schober lombaire 10/16 cm, les inclinaisons ne sont pas limitées des deux côtés et ne sont pas douloureuses.

La marche est réalisée sans boiterie, la marche sur les talons et les pointes est bien effectuée symétriquement.

Articulations périphériques

Mains : absence de nodule, de synovite ou de déformation, distance pulpe-paume 0 cm pour tous les doigts des deux mains, flexion-extension des deux poignets 60/0/80.

Coudes : flexion-extension 140/0 des deux côtés.

Epaules : abduction 180° des deux côtés, antépulsion 180° des deux côtés, rotation externe 45° des deux côtés.

Hanches : flexion-extension 120/0/0 des deux côtés, antépulsion 180° des deux côtés, rotation externe 45° des deux côtés.

Genoux : absence d'épanchement, flexion-extension 130/0/0 des deux côtés.

Status neurologique des membres supérieurs : la force paraît préservée dans tous les groupes musculaires des deux membres supérieurs, il existe une quasi aréflexie bicipitale et tricipitale et je n'ai pas mis en évidence de trouble de la sensibilité au toucher-piquer.

Status neurologique des membres inférieurs : la force est difficile à apprécier, il n'y a pas de lâchage très marqué mais une sensation plutôt subjective de faiblesse pour l'assuré. Là aussi les réflexes ostéotendineux sont absents de manière symétrique tant au niveau patellaire qu'achilléen. On note une sensibilité au toucher-piquer qui paraît correcte même distalement. En revanche le patient décrit une hypopallesthésie à prédominance distale."

Sur le plan ostéoarticulaire, l'examen clinique n'avait pas mis en évidence de fasciculation, ni véritablement d'amyotrophie notamment au niveau des quadriceps. La manœuvre de Lasègue était indolore des deux côtés.

De l'avis de l'expert, en raison de la double problématique (problèmes à la fois cardiorespiratoires et du système locomoteur avec comme second problème une polyneuropathie des membres inférieurs), sur le plan théorique, l'assuré pouvait exercer une activité professionnelle à temps partiel, soit « au maximum à 50 % » dans une activité légère

effectuée en position assise et ne nécessitant pas de port de charge, ni d'effort à répétition.

L'expert a exposé pour quels motifs il avait distingué les éléments subjectifs basés sur les plaintes exprimées et ses propres constatations médicales objectives pour évaluer la capacité de travail résiduelle. Il a relevé lors de son examen clinique que l'assuré présentait des problèmes à la fois cardiorespiratoires et du système locomoteur. Sur le plan cardiorespiratoire, il s'agissait d'une tachycardie présente déjà au repos mais qui s'aggravait très rapidement à l'effort modéré, qui évoluait depuis le début des années 2000 selon l'anamnèse et les examens complémentaires à disposition. Il existait probablement une composante respiratoire, en tout cas imputable au tabagisme et éventuellement à une autre pathologie ; le bilan réalisé chez la Dre D._____, pneumologue, n'avait toutefois pas mis en évidence d'autre maladie pulmonaire pour l'instant. En raison de cette dyspnée survenant au moindre effort et de cette tachycardie, l'assuré était très limité dans ses activités. Il avait restreint celles quotidiennes alors que son activité professionnelle de ramoneur était inexigible compte tenu des efforts physiques qui devaient être consentis, en particulier pour monter sur les toits. Comme second problème, l'intéressé présentait une polyneuropathie des membres inférieurs qui ne semblait pas véritablement beaucoup le gêner pour l'heure actuelle et qui n'entraînait pas d'incapacité de travail en elle-même.

Le rapport d'expertise du Dr K.____ du 17 janvier 2020 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante (cf. consid. 3f supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse circonstanciée, comporte un résumé de la documentation médicale mise à disposition ainsi qu'une anamnèse détaillée, et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, il contient une appréciation claire de la situation fondée sur des examens cliniques spécialisés et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions.

c) L'appréciation du Dr K. _____ n'est au demeurant pas contredite.

En particulier, le Prof. X. _____ et la Dre W. _____, du CHUV, n'ont pas fait état dans leur rapport de consultation du 17 février 2020 d'éléments nouveaux, puisqu'ils ont eux aussi constaté que le recourant présente une polyneuropathie sensitivomotrice axonale longueur dépendante, ainsi qu'une fatigabilité musculaire à l'effort, éléments décrits dans l'expertise du Dr K. _____ et pris en compte. Finalement le diagnostic de myopathie n'a pas été confirmé (rapport du 13 mars 2020 de la Dre W. _____). Sans se positionner sur la capacité de travail, les médecins du CHUV ont suggéré un court séjour de rééducation neuromusculaire en milieu hospitalier ou ambulatoire intensif en cas d'absence de bénéfice de la physiothérapie prescrite, avec la précision que la capacité de travail devait être réévaluée après rééducation. Lors de sa consultation en août 2020, le Dr Z. _____ a, à son tour, constaté deux types problématiques qui interféraient, à savoir une symptomatologie évoquant une intolérance musculaire à l'effort à la fois sur le plan périphérique, axiale mais aussi cardiaque qui paraissait constituer la gêne principale, ainsi qu'une symptomatologie pouvant survenir au repos, semblant plus en lien avec le problème de la polyneuropathie avérée et connue. Son examen clinique n'est ainsi pas différent de celui effectué en février 2020 au CHUV et n'apporte dès lors pas non plus d'éléments nouveaux.

Sur l'axe neurologique, le Prof. L. _____, dans son rapport du 24 octobre 2018, a confirmé une diminution de la sensibilité au niveau des pieds et de la partie basse des jambes (dysesthésie en chaussette) liée à la polyneuropathie, sans autres signes pour un déficit radiculaire ou tronculaire. L'avis du 13 juin 2019 du Dr I. _____ va dans le même sens. Ces deux spécialistes ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Quant à l'IRM lombo-sacrée du 15 juin 2020 ainsi qu'à l'IRM du rachis cervico-dorsal du 1^{er} octobre 2020, elles ne font que confirmer les troubles du rachis sur discopathies lombaires étagées, dont les restrictions fonctionnelles corrélatives sont prises en compte.

Le 3 juin 2019, le Dr A. _____ a posé les diagnostics incapacitants de myalgies progressives depuis environ 2003, de tachycardie sinusale chronique encore accélérée à l'effort, de fonction ventriculaire gauche légèrement à moyennement diminuée, de polyneuropathie sensitivomotrice de type axonal et de myopathie d'origine indéterminée. Le Dr A. _____ a confirmé que la symptomatologie aussi bien musculaire que cardiaque était incompatible avec l'activité habituelle de ramoneur, ce qui n'est pas contesté. Au jour de son examen, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles n'était pas possible au vu de la très faible tolérance à l'effort ainsi que l'aggravation des symptômes musculaires et cardiaques pour des efforts minimes. Ce médecin spécialiste précisait toutefois que son appréciation était susceptible d'évoluer après les investigations suggérées. Dans son rapport du 12 juin 2019, la Dre D. _____ a, pour sa part, diagnostiqué une dyspnée probablement multifactorielle (composante pulmonaire ainsi que cardiaque). Sur la base du bilan pulmonaire, elle a encouragé l'assuré à effectuer un sevrage tabagique, sans se prononcer sur sa capacité de travail résiduelle. Au terme de son rapport du 25 juin 2020, sur la base de ses investigations, le Dr Q. _____ a fait part d'un examen clinique plutôt rassurant sans réelle hypertension, ni souffle cardiaque ni aucun signe de décompensation. De son côté, le médecin traitant (Dr H. _____), dans son rapport du 23 novembre 2018, a, en plus des diagnostics déjà connus en 2010, posé celui, incapacitant, de polyneuropathie sensitivomotrice dès mai 2005 prédominant aux membres inférieurs justifiant des limitations fonctionnelles (fatigabilité accrue, douleurs aux membres inférieurs touchant essentiellement la face interne des cuisses avec fatigue musculaire et augmentation des plaintes dès la mi-journée). Il était alors d'avis que la capacité de travail de l'assuré au-delà de 50 % ne serait pas possible. Dans ses avis postérieurs successifs, il a attesté une capacité de travail nulle de son patient dans toute activité professionnelle. Ces avis variables ne sont toutefois pas suffisants pour remettre en cause l'analyse détaillée effectuée par l'expert K. _____. Le médecin traitant ne fait en particulier pas état de diagnostics qui auraient été ignorés, ou qui auraient échappés à l'expert. Il ne motive pas non plus la péjoration qu'il retient.

Son avis paraît plutôt procéder d'une appréciation différente de l'état de son patient sur le plan médical, le médecin traitant étant au demeurant généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; TF 9C_54/2021 du 25 février 2022 consid. 5.4).

d) La capacité de travail résiduelle du recourant peut ainsi être arrêtée à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« activité sédentaire légère, sans port de charge, sans déplacement prolongé à pied, pas d'effort à répétition, des pauses ») à compter du mois de janvier 2020, cette date correspondant à celle de l'expertise du Dr K._____.

e) Le recourant plaide que son atteinte est dégénérative. A cet égard, en cas de péjoration rendue vraisemblable de son état de santé, il lui sera loisible de demander à ce que sa situation soit revue.

Quant à ses explications en lien avec son état de santé lorsqu'il est venu consulter son dossier, elles ne sont pas non plus nouvelles et ont été investiguées et prises en compte. Les médecins de la consultation nerf-muscle au CHUV ont ainsi en particulier bien retenu un tableau clinique évocateur d'une intolérance musculaire à l'effort et ont, du reste, prescrit neuf séances de physiothérapie au vu du déconditionnement. En page 8 de son rapport d'expertise, le Dr K._____ a également bien pris en compte une symptomatologie musculaire, décrite à plusieurs reprises dans l'expertise.

Le recourant allègue encore qu'il a dû réduire la mesure auprès de l'Orif en raison de son épuisement et que son taux de présence était de 40 % à la fin de la mesure en raison de problèmes de dos le rendant irritable. Or, il ressort du dossier que c'est le recourant qui a mis la mesure en échec. En effet, il n'a pas participé activement au stage Orif d'août à novembre 2020 dont il n'avait pas été preneur dès le début, et lors duquel il a adopté un langage et un comportement inappropriés, sans volonté de s'amender, si bien qu'aucun projet professionnel, ni orientation

réaliste, n'ont pu être mis en place (cf. rapport orif du 3 décembre 2020). Il apparaît ainsi que le recourant ne s'est pas présenté sous son meilleur jour auprès de l'Orif, contrairement à son obligation de collaborer et de réduire le dommage (ATF 114 V 281 ; ATF 111 V 235). On rappelle au demeurant que les informations des organes d'observation professionnelle, pour utiles qu'elles soient, ce qui est douteux au vu du manque de collaboration du recourant durant la mesure, ne sauraient, en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées).

f) Enfin, le recourant remet en question l'exigibilité de l'activité adaptée telle que définie par l'intimé en exposant être au bénéfice de deux CFC, et donc être plus qu'un employé non qualifié, ne se voyant pas exercer une activité non qualifiante.

On applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (113 V 22 consid. 4a et les références citées ; sur la notion du principe de l'obligation de diminuer le dommage, cf. ATF 146 V 233 consid. 2.2). Par circonstances subjectives, il faut

entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 ; TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2).

Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Au moment d'examiner les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée une fois pour toutes. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle (ATF 138 I 205 consid. 3.3 ; TF 9C_40/2017 du 2 juin 2017 consid. 2.3).

En l'occurrence, à l'instar de l'office intimé dans sa réponse du 7 septembre 2021, on ne voit pas dans le cas présent pour quels motifs l'exercice d'une activité non qualifiante, dans le secteur industriel léger (par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères) ou dans l'administration (aide-administratif [réception, scannage et autres]), serait dégradante pour le recourant en possession de CFC dans le domaine du ramonage et de la mécanique ne pouvant plus s'y consacrer en raison de son état de santé.

g) Sur le vu de ce qui précède, il y a ainsi lieu de retenir qu'il existe une aggravation de l'état de santé du recourant de nature à influencer négativement sa capacité de travail depuis le 15 juin 2018. Il a ainsi présenté une incapacité de travail de 50 % du 15 juin au 26 novembre 2018, puis totale dès le 27 novembre 2018, en toute activité. Sur la base des conclusions, probantes, du rapport d'expertise du DrK. _____ du 17 janvier 2020, on retiendra que le recourant a ensuite présenté, dès le 15 janvier 2020, une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

5. Cela étant constaté, il s'agit ensuite de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

a) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par exemple : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) 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 publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

cc) 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).

Depuis la dixième édition de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession (TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond

aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (TF 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 ; TF 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3).

dd) 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).

c) En l'occurrence, l'office intimé a, compte tenu d'une incapacité de travail de 50 % dès le 15 juin 2018 puis totale entre le 27 novembre 2018 et le 14 janvier 2020, reconnu au recourant le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité pour la période du 1^{er} juin 2019 au 30 avril 2020 (cf. art. 28 al. 1 let. b-c et 29 al. 3 LAI).

Pour la période courant depuis le 1^{er} mai 2020, l'office intimé a comparé un revenu sans invalidité de 63'768 fr. avec un revenu d'invalidité de 34'223 fr. 02 (montant qui intégrait la capacité résiduelle de travail de 50 % constatée depuis le 15 janvier 2020, et sans retenir un abattement après examen des facteurs de réduction), pour aboutir à un degré d'invalidité de 46,33 %, arrondi à 46 % (ATF 130 V 121), taux ouvrant le droit à un quart de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} mai 2020 (cf. art. 28 al. 2 LAI et 88a al. 1 RAI).

L'allégation du recourant selon laquelle « [son] employeur en 2005, il n'a jamais fait faillite » n'a aucune portée pour l'issue du présent litige. Dans son calcul provisoire du 7 mars 2019, la spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI a certes mentionné la faillite de l'employeur avant l'incapacité de travail en 2004 dans la première activité habituelle. Le 6 juillet 2020, elle a finalement retenu, comme source de calcul du revenu sans invalidité, la moyenne des CI AVS de l'intéressé entre 2015 et 2017 (63'768 fr.) compte tenu de salaires fluctuants d'années en années. S'agissant du calcul du taux d'invalidité pour la période à partir du 1^{er} mai 2020, et en particulier des éléments économiques retenus, il n'y a en définitive pas lieu de s'écarter des chiffres retenus par l'OAI.

6. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

d) Le recourant 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. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra en rembourser le montant dès qu'il 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]).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 4 juin 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'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :