

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28b LAI

E n f a i t :

A. O._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un CFC de polymécanicien obtenu en 2008, engagé depuis le 1^{er} décembre 2009 comme conducteur de [...] au sein de l'entreprise G._____ SA (ci-après : l'employeur), a travaillé en cette qualité à 100 %, avant de réduire son taux d'activité, d'abord à 80 %, puis à 75 % à compter du 1^{er} janvier 2020, en raison de problèmes de fatigue.

Le 3 mai 2021, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être en incapacité totale de travail depuis le 29 mars 2021 en raison d'une sclérose en plaques diagnostiquée le 27 avril 2021, précisant notamment souffrir d'un problème de fatigue depuis plusieurs années avant la date du diagnostic.

Dans un rapport du 5 mai 2021 à l'assureur perte de gain maladie, la Dre Z._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de sclérose en plaques de forme rémittente. Elle a indiqué que l'assuré souffrait d'une intense paresthésie et d'une ataxie proprioceptive des quatre membres, d'un syndrome pyramidal moyen ainsi que d'une asthénie et d'une fatigabilité à la marche. Elle a précisé que l'assuré pouvait rencontrer, dans son activité habituelle de conducteur de [...], des troubles de la coordination et de l'équilibre, de même qu'une limitation de sa capacité de concentration due à la fatigue. La Dre Z._____ a également transmis son rapport du 27 avril 2021, dans lequel, après avoir effectué des examens (bilan biologique et IRM cérébrale du 8 avril 2021), elle avait confirmé le diagnostic de sclérose en plaques de forme rémittente, précisant qu'une première poussée de la maladie avait déjà eu lieu en 2018 mais qu'aucun diagnostic n'avait à cette époque été posé, malgré l'IRM cérébrale qui avait été réalisée.

Le 19 mai 2021, l'employeur a notamment indiqué à l'OAI qu'à compter du 1^{er} janvier 2021, le salaire de l'assuré s'élevait à 4'364 fr. 25, soit un salaire annuel de 56'735 fr. 25.

Le 26 mai 2021, l'assuré a répondu au questionnaire de l'OAI et l'a notamment informé que sans atteinte à la santé, il exercerait son activité de conducteur de [...] à plein temps.

Dans un rapport du 7 octobre 2021 à l'assureur perte de gain maladie, la Dre Z. _____ a indiqué que la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle était nulle, estimant en revanche qu'une activité à mi-temps (voire à 70 %) dans un poste sédentaire était exigible. Elle a également précisé que l'assuré présentait des séquelles neurologiques irréversibles et qu'il risquait de présenter de nouveaux handicaps en cas de nouvelle poussée. Elle a également transmis son rapport de consultation du 27 juillet 2021.

Par rapport du 4 janvier 2022 à l'OAI, la Dre Z. _____ a indiqué que l'assuré souffrait d'une ataxie proprioceptive des quatre membres, de douleurs neuropathiques des membres inférieur et supérieur droits, de troubles de l'équilibre, de troubles sphinctériens et d'une fatigabilité à l'effort, avec limitation du périmètre de marche à trois kilomètres. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, et compte tenu du fait que les symptômes présentés étaient chroniques et séquellaires, elle a estimé qu'une reprise de son activité de conducteur de [...] était inadaptée. Elle a toutefois laissé entrevoir la possibilité d'une reprise progressive, éventuellement à plein temps, dans une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles (orthostatisme prolongé et mouvements répétitifs ou précis par le membre supérieur droit).

Le 19 janvier 2022, la Dre Z. _____ a notamment relevé qu'il persistait, à titre séquellaire, une fatigabilité du membre droit après cinq à sept kilomètres de marche, des troubles de l'équilibre avec ataxie du membre inférieur droit, des paresthésies des membres inférieurs et du membre supérieur droit, majorées à l'effort, ainsi que des troubles

sphinctériens avec impériosité mictionnelle, dysurie rare et constipation. Elle a expliqué que l'IRM effectuée le 13 décembre 2021 montrait une évolutivité lésionnelle comparativement à l'IRM du 8 avril 2021.

Selon une note d'entretien du 21 janvier 2022, relative à un téléphone du même jour entre l'OAI et l'assuré, ce dernier a indiqué qu'une augmentation progressive du taux d'activité jusqu'à 100 % était envisageable dans une activité adaptée, soulignant toutefois son épuisement extrême, sa difficulté à se lever tous les jours et que toute son énergie passait dans le fait de s'occuper de lui-même. Il a indiqué qu'il vivait désormais chez sa mère à [...], dans le canton de [...].

Dans un rapport du 23 janvier 2022, la Dre F. _____ et le Dr K. _____, respectivement médecin-assistante et chef de clinique à l'Hôpital [...], ont diagnostiqué chez l'assuré une hypoesthésie D5 bilatérale, orteils bilatéraux et des douleurs à l'avant-bras (DD [diagnostic différentiel] : poussée de SEP [sclérose en plaques]).

Selon un courriel du 2 février 2022 d'une employée de l'[...] ([...]) à l'OAI, l'assuré lui avait fait part de son épuisement et qu'il ne se sentait pas de travailler, pas même à un taux de 20 %. Il a expliqué que lorsqu'il bricolait un peu chez lui, il ne pouvait rien faire d'autre à côté, précisant que c'était sa mère qui s'occupait de faire les courses et de préparer les repas. Il se disait très surpris d'apprendre que son médecin avait mentionné une reprise d'activité progressive jusqu'à un taux de 100 % et pensait qu'il devait y avoir une mauvaise compréhension quelque part.

Dans un rapport du 16 février 2022, le Dr B. _____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, reprenant le diagnostic de sclérose en plaques de forme rémittente, a estimé que la capacité de travail de son patient dans son activité habituelle de conducteur de [...] était nulle. En revanche, il a estimé qu'une activité intellectuelle et administrative était envisageable, pour autant qu'il soit tenu compte de la fatigabilité, des troubles de l'équilibre, de l'ataxie du membre inférieur

droit, de la paresthésie des membres inférieurs et du membre supérieur droit ainsi que des troubles sphinctériens et de l'impériosité mictionnelle.

Dans un rapport versé au dossier le 21 février 2022, la Dre Z._____ a répondu de la manière suivante à une liste de questions posées par le Dr Q._____, médecin au SMR (Service médical régional) (sic) :

« 1- Cliniquement, avez-vous constaté une péjoration objective du status depuis votre consultation 27.07.21 ? Merci de nous faire parvenir une copie de votre dernier consilium.

[réponse :] Non, pas de péjoration objective (cf. lettre du 19.01.22)

2- Avez-vous connaissance de prochaines investigations visant à documenter d'éventuels troubles neurologiques séquellaires (bilan urodynamique, neuropsychologique ou consilium ophtalmologique ...) ? [réponse :] Non

3- Quel était l'EDSS [en anglais : Expanded Disability Status Scale] lors de votre consultation du 27.01.21 ? [réponse :] EDSS = 2.5 (sensitif = 2 pyramidal = 1 sphincterien = 2)

4- Quel était l'EDSS lors de votre dernière consultation ? [réponse :] EDSS = 2.5

5- Quelles sont les limitations fonctionnelles objectives au status neurologique ? [réponse :] Fatigabilité à l'effort

4- Dans une activité adaptée, respectant l'ensemble des limitations, quelle serait la capacité de travail ? [réponse :] 60 % ».

Selon le compte rendu de la permanence SMR établi le 7 mars 2022, le Dr Q._____ a validé l'appréciation du médecin traitant. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle mais qu'elle était de 60 % dans une activité adaptée, précisant que la diminution de l'endurance physique et psychique (fatigabilité) justifiait une diminution du taux de capacité de travail. Afin de tenir compte des troubles de l'équilibre, il a estimé que les activités impliquant une marche prolongée de plus de cinq kilomètres ou en terrain irrégulier, les montées et descentes d'escaliers répétées ainsi que les travaux en hauteur sur des échelles ou des échafaudages étaient à proscrire. En outre, pour tenir compte des troubles sphinctériens de l'assuré, l'activité envisagée devait offrir des toilettes à proximité du poste de travail.

Selon un document « calcul du degré d'invalidité » établi le 16 mars 2022, la REA (le Service de réadaptation de l'OAI) a estimé que

l'assuré pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, comme opérateur sur machines conventionnelles ou encore comme aide-administratif ou dans la vente simple. Il était retenu un salaire sans invalidité de 76'252 fr. 18 et, en se fondant sur les normes ESS (enquête suisse sur la structure des salaire) 2022, un salaire d'invalidité à 60 % de 45'425 fr. 06 (TA1_tirage_skill_level, branche 24-25 [fabrication de produits métalliques], homme, niveau de compétence 2, 2018), correspondant à un taux d'invalidité de 40.43 %.

Il ressort du document intitulé « REA – Rapport final » du 16 mars 2022, ainsi que de la note d'entretien relative à un entretien du même jour entre l'OAI et l'assuré, que ce dernier avait déclaré ne pas pouvoir travailler en raison de sa fatigue extrême, ce quelle que soit l'activité, expliquant que dès le matin, il avait de la peine à s'activer et qu'il ne sortait de chez lui que deux fois par semaine. Il avait également précisé qu'il vivait avec sa mère, dans la mesure où il ne pouvait plus s'occuper lui-même de son habitat.

Dans un projet de décision du 2 mai 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente d'invalidité de 25 % à partir du 1^{er} mars 2022 basée sur un taux d'invalidité arrondi de 40 %. Au vu de la documentation médicale au dossier, l'OAI a estimé que l'assuré pouvait mettre à profit une capacité de travail de 60 % dès le 7 janvier 2022 dans une activité légère, par exemple dans un travail de mécanique légère afin de mettre en valeur son CFC de polymécanicien.

Le 18 mai 2022, l'assuré a transmis ses observations à l'OAI à l'encontre du projet de décision susmentionné, demandant à ce qu'une rente entière lui soit octroyée. Selon lui, l'OAI n'avait pas tenu compte de ses problèmes d'épuisement chronique.

Le 13 juillet 2022, l'assuré a requis de l'OAI de mettre son dossier en attente, dans la mesure où il devait encore consulter d'autres médecins spécialistes.

Le 14 juillet 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré un ultime délai au 6 septembre 2022 pour lui faire part de ses objections et lui fournir les éléments visant à étayer sa position.

Par décision du 8 novembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision et octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 25 % à compter du 1^{er} mars 2022.

B. Par acte réceptionné au greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 23 novembre 2022, O. _____ a recouru contre cette décision. Il expose que la sclérose en plaques est la cause d'un épuisement chronique et qu'il aurait dû consulter un psychiatre afin que ce dernier évalue son état d'épuisement, la Dre Z. _____ ayant rédigé son rapport en se basant principalement sur l'aspect physique du problème. Indiquant être désormais suivi par le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il a demandé à la Cour de lui octroyer le temps nécessaire afin de « refaire [s]on dossier ».

Dans sa réponse du 21 décembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a produit ses décisions des 6 et 13 décembre 2022, lesquelles ont successivement annulé et remplacé celles du 8 novembre 2022, respectivement du 6 décembre 2022. Il précise que la décision du 6 décembre 2022 a modifié le montant rétroactif de la rente en raison de demandes de compensation arrivées après coup, alors que la décision du 13 décembre 2022 a rectifié une erreur dans l'indication de l'Office AI compétent.

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], art. 55 et 69 al. 1 let. a LAI cum art. 40 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) En tant que la décision du 8 novembre 2022 a été annulée et remplacée par celle du 6 décembre 2022, laquelle a également été annulée et remplacée par la décision du 13 décembre 2022, c'est cette dernière qui constitue l'objet du litige.

2. Le litige porte sur la capacité de travail résiduelle du recourant et sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'octroi d'une rente d'un taux supérieur à celui de 25 % accordée par l'intimé dans sa décision du 13 décembre 2022.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute

demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, il appert que la décision entreprise prend pour point de départ du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI) la date du 29 mars 2021. Le droit éventuel à une rente d'invalidité ne pouvait prendre naissance qu'au mois de mars 2022. C'est donc le nouveau droit qui est applicable au cas d'espèce.

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 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. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant

droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47.5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2.5 %).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) 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).

d) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

5. En tant que le recourant expose que l'intimé ne lui a pas accordé une prolongation de délai suffisante pour compléter ses observations sur le projet de décision du 2 mai 2022, singulièrement pour produire les pièces médicales propres à attester de son niveau d'épuisement, le recourant, non représenté, semble implicitement faire grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu, ce qu'il convient d'examiner en premier lieu.

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et références citées).

b) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité

de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

c) A teneur de l'art. 57a al. 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée, ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations. Selon l'al. 3 de cette disposition (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021 à la suite de la modification de la LPGA ; RO 2020 5143), les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours.

Le message du Conseil Fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la LPGA (FF 2018 1597) rappelle que les mesures de simplification de la procédure de l'AI, entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2006, ont réintroduit le préavis dans l'AI. Le délai de 30 jours accordé pour le contester a été réglé dans ce cadre à l'art. 73ter al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Selon l'ATF 143 V 71, le délai fixé au niveau de l'ordonnance pouvait être prolongé. Il ressortait cependant clairement de travaux préparatoires que telle n'était pas la volonté du législateur. Il importait donc d'inscrire dans la loi, à l'occasion de la révision de la LPGA, que ce délai de 30 jours ne pouvait être prolongé. Le Conseil fédéral a retenu que, d'une part, le préavis avait été mis en place dans le contexte de la simplification de la procédure. Or, si ce délai restait réglementé dans le RAI et que le Tribunal fédéral estimait finalement qu'il s'agissait d'un délai judiciaire, cela irait à l'encontre de l'objectif visé et risquerait même de prolonger la procédure. D'autre part, la contestation du préavis n'était pas soumise à une grande exigence formelle (elle pouvait par exemple aussi se faire oralement). En outre, un délai absolu de 30 jours ne semblait pas non plus problématique pour ce qui était de la protection du droit des assurés, étant donné qu'ils avaient également la possibilité de faire recours contre la décision dans un délai de 30 jours après que celle-ci leur avait été communiquée. Le Conseil

fédéral a dès lors conclu que le délai devait être inscrit à l'al. 3 de l'art. 57a LAI (cf. Message du Conseil fédéral précité ; FF 2018 1636 et 1637).

d) En l'occurrence, il est établi que le délai de trente jours, désormais inscrit à l'art. 57a al. 3 LAI, est un délai légal et qu'il est de ce fait non prolongeable. On ne saurait par conséquent reprocher à l'intimé d'avoir refusé de prolonger au-delà du 6 septembre 2022 le délai pour fournir des observations sur le projet de décision du 2 mai 2022. Il aurait quoi qu'il en soit été loisible au recourant de produire dans le cadre de la présente procédure de recours les rapports médicaux dont il entendait se prévaloir, la Cour de céans étant doté d'un plein pouvoir d'examen. Une éventuelle violation du droit d'être entendu du recourant n'aurait dès lors pas pu être retenue.

6. Pour le reste, le recourant conteste essentiellement la capacité de travail retenue par l'intimé dans une activité adaptée, en faisant en particulier état d'un épuisement chronique causé par la sclérose en plaques, dont l'intimé n'aurait pas tenu compte.

En premier lieu, il convient de relever qu'il n'est pas contesté que l'activité habituelle de conducteur de [...] n'est plus exigible en raison de la nature des atteintes à la santé du recourant. Se pose toutefois la question de savoir si le recourant conserve une capacité de travail dans une activité adaptée et, dans l'affirmative, de quel taux. A cet égard, l'intimé retient, en se fondant sur le rapport du 21 février 2022 de la Dre Z._____, que le recourant dispose d'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de marche prolongée de plus de cinq kilomètres ou en terrain irrégulier, pas de montées et descentes d'escaliers répétées, pas de travaux en hauteur sur des échelles ou des échafaudages ainsi que nécessité d'avoir des toilettes à proximité du poste de travail). De son côté, le recourant soutient que l'intimé n'a pas pris en compte dans son appréciation la problématique de la fatigabilité qu'il met en avant.

Or, contrairement à l'avis du recourant, il appert, au vu des éléments au dossier, que tel a bien été le cas. En effet, dans son rapport du 21 février 2022, et alors que les problèmes de fatigabilité (chroniques) à l'effort du recourant lui étaient parfaitement connus (cf. notamment ses rapports des 5 mai, 27 juillet et 7 octobre 2021 ainsi que des 4 et 19 janvier 2022), la Dre Z._____ a conclu qu'il était en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 60 %. Ce point de vue a été confirmé par le médecin du SMR. Le rapport final du 16 mars 2022 du service de réadaptation de l'intimé et la décision litigieuse de ce dernier mentionnent du reste expressément que « la diminution de l'endurance physique et psychique (fatigabilité) justifi[e] une diminution de la [capacité de travail] », respectivement que la fatigabilité « est prise en compte dans l'appréciation du taux de capacité de travail résiduel de 60 % ».

En outre, dans son rapport du 16 février 2022, le médecin-traitant du recourant, le Dr B._____, ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail résiduelle de son patient, se contentant de renvoyer aux appréciations de la Dre Z._____.

Pour le surplus, ni le recourant, ni aucun des médecins consultés ne font état d'une atteinte sur le plan psychique, respectivement d'un suivi et/ou d'un traitement à ce niveau, qui serait antérieur à la décision attaquée.

Dans ces conditions, et en l'absence d'éléments objectifs propres à remettre en cause les appréciations de la Dre Z._____ et du Dr Q._____ du SMR, l'intimé était fondé à retenir que le recourant conserve une capacité de travail résiduelle de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de marche prolongée de plus de cinq kilomètres ou en terrain irrégulier, pas de montées et descentes d'escaliers répétées, pas de travaux en hauteur sur des échelles ou des échafaudages ainsi que nécessité d'avoir des toilettes à proximité du poste de travail).

7. a) Bien que cela ne soit pas litigieux, la Cour de céans est tenue de vérifier d'office si le calcul effectué par l'intimé pour déterminer le degré d'invalidité du recourant est conforme au droit.

b) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette disposition, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

c) 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 ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

d) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2).

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

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 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 ; 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). Quatre niveaux de compétences 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 citées).

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 ; 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3).

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).

8. a) En l'espèce, s'agissant du revenu sans invalidité, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que sans l'atteinte à la santé, le recourant exercerait une activité à 100 %, ce qui ressort des indications qu'il a fournies le 26 mai 2021. Il n'y a par ailleurs aucun motif de s'écarter du salaire annuel de 56'735 fr. 25 (à 75 %) indiqué par l'employeur dans le questionnaire qu'il a retourné à l'OAI le 16 mai 2021, qui, porté à 100 %, s'élève à 75'647 francs. En tenant compte de l'indexation de 0.9 % applicable (ISS ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2022), on obtient ainsi un salaire annuel à temps plein de 76'327 fr. 82, pour l'année 2022 (année d'ouverture du droit à la rente).

Par conséquent, c'est un montant de 76'327 fr. 82 qui doit être retenu au titre de revenu sans invalidité, en lieu et place de celui de 76'252 fr. 18, qui a été fixé par l'intimé alors que le montant exact de l'indexation ne lui était pas encore connu.

b) S'agissant du salaire avec invalidité, l'intimé a estimé que le recourant disposait, dès le 7 janvier 2022, d'une capacité de travail résiduelle dans une activité légère, par exemple dans un travail de

mécanique légère, afin de mettre en valeur son CFC de polymécanicien. Ce faisant, il a déterminé le salaire avec invalidité en se référant aux lignes 24-25 de l'ESS (fabrication de produits métalliques) et en tenant compte d'un niveau de compétence 2.

Or, selon la jurisprudence, lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1, à la ligne "total secteur privé" ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178 ; TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 et 8C_228/2017 du 14 juin 2017 consid. 4.2.2). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; cette faculté reconnue par la jurisprudence concerne les cas particuliers dans lesquels, avant l'atteinte à la santé, l'assuré concerné a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et où une activité dans un autre domaine n'entre pratiquement plus en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne "total secteur privé" lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (TF 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2 ; 9C_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1 et 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié à l'ATF 133 V 545).

En l'espèce, il est établi et non contesté que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de conducteur de [...] est nulle. Il convient donc en principe de se référer aux salaires mensuels mentionnés à la ligne « total secteur privé ». L'intimé s'est cependant référé aux lignes 24-25 (Métallurgie, fabrication de produits métalliques). Ce faisant, il n'a toutefois pas tenu compte du fait que le recourant, bien

que titulaire d'un CFC de polymécanicien, n'a en tout cas plus exercé une telle activité depuis 2009 et peut dès lors difficilement se prévaloir d'une expérience significative dans ce domaine, étant rappelé que le recourant a obtenu son CFC en 2008. Il a commencé sa formation de conducteur de [...] dès le 1^{er} décembre 2009 et n'a, depuis lors, exercé aucune autre activité. Etant donné le parcours professionnel du recourant et l'absence de mesures professionnelles qui auraient permis à celui-ci de reprendre effectivement une activité dans le secteur de la métallurgie, il y a lieu d'écarter le revenu d'invalidé fixé par l'intimé.

Par conséquent, il convient d'appliquer le tableau de l'ESS 2020 (TA1_skill_level, total, secteur privé, niveau de compétence 1) et d'actualiser le montant à l'année de référence, en l'occurrence 2022. Ainsi, le salaire de référence pour les hommes était, en 2020, de 5'261 fr., part au treizième salaire comprise, soit un salaire annuel brut de 66'274 fr. 11 pour un temps de travail de quarante heures. Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures dans les entreprises en 2020 (cf. Indicateurs du marché du travail 2021 ; TA2.1) et de l'indexation applicable en 2021 (- 0.2 %) et 2022 (+ 0.9 %), le montant doit être porté à 66'274 fr. 63. Enfin, une exigibilité restreinte à 60 % justifie de réduire ce montant à 39'764 fr. 78. Pour le surplus, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement, les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles du recourant ayant déjà été prises en compte dans la baisse de rendement de 40 % retenue au titre d'incapacité de travail.

Ainsi, c'est un montant de 39'764 fr. 78 qui doit être retenu au titre de revenu avec invalidité, en lieu et place du montant de 45'425 fr. 06 retenu par l'intimé.

c) En définitive, il résulte de la comparaison entre le salaire sans et celui avec invalidité une perte de gain de 36'563 fr. 04, soit un taux d'invalidité de 47.90 %, arrondi à 48 % (pour l'arrondi, cf. ATF 130 V 121, applicable également sous le nouveau droit [cf. ch. 3502 de la circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité]), ce qui ouvre le droit au recourant à une rente d'invalidité de 45 %, en lieu et

place de la rente de 25 % accordée par l'intimé dans sa décision du 13 décembre 2022.

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision du 13 décembre 2022 réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 45 % dès le 1^{er} mars 2022.

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 de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 13 décembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens qu'O. _____ a droit à une rente d'invalidité de 45 % dès le 1^{er} mars 2022.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

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

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 :