

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juin 2025

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Baris Bostan, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 87 al. 2 - 3 RAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, travaille depuis le 1^{er} octobre 2002 comme vendeur-réceptionniste pour l'entreprise D._____ SA. Souffrant de séquelles de traumatismes au pied droit et à la cheville gauche consécutifs à deux accidents survenus les 3 septembre 2008 et 12 août 2014, il a déposé le 8 septembre 2015, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Par décision du 16 juillet 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 30 avril 2016, une demi-rente du 1^{er} mai au 30 juin 2016, une rente entière du 1^{er} juillet au 31 août 2016 et une demi-rente du 1^{er} septembre 2016 au 31 mai 2017.

Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 6 octobre 2022, A._____, a par l'intermédiaire du Dr E._____, médecin praticien et médecin-traitant, transmis à l'OAI les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 15 janvier 2019 du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel faisait état de difficultés à la marche avec des douleurs situées de manière assez étendue dans la base M5 à droite, dans la cuboïdo-métatarsienne et dans les parties molles au bord externe du pied, et ainsi que d'une sensibilité à la palpation qui restait très importante et de douleurs. Sur le plan orthopédique, il n'y avait pas de solution additionnelle à proposer ni d'intervention prévue. La capacité de travail de l'assuré était « théoriquement possible » à 100 % dans une activité exclusivement sédentaire, précisant qu'elle ne pouvait excéder 50 % dans tout autre type d'activité;

- des rapports des 3 et 8 décembre 2021 du Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, décrivant les résultats rassurants d'une coronographie de contrôle du 7 décembre 2018. Il ressortait de ces rapports que l'assuré souffrait d'une maladie coronarienne monotronculaire, pour laquelle il avait bénéficié de la pose de deux stents le 18 mars 2021;

- un rapport du 12 janvier 2022 du Dr X._____, lequel soulignait une nouvelle fois n'avoir pas de « solution validée » pour le traitement de l'arthrose des articulations TMT 4 et 5, excepté éventuellement une infiltration par plasma riche en plaquettes (PRP) pour laquelle il allait faire une demande au Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Les autres mesures pouvaient être d'ordre professionnel avec une diminution du temps de travail;

- un rapport du 23 mars 2022 du Dr J._____, lequel était favorable à un essai de PRP intra-articulaire même si les chances de succès étaient inconnues et le cas échéant, ne pourraient être que temporaires;

- un rapport du 12 juillet 2022 des Dres F._____, cheffe de clinique et spécialiste en médecine interne générale, et B._____, médecin-assistant, consécutif au séjour de l'assuré auprès du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation, du 24 mai au 14 juin 2022, lesquelles estimaient que le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré (pas de travail en position debout, pas de port de charges supérieures à cinq kilos, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée/descente d'escaliers et d'échelles et de positions contraignantes pour la cheville [position accroupie]) était favorable;

- un rapport du 3 octobre 2022, du Dr E._____, lequel retenait les diagnostics - avec incidence sur la capacité de travail - de séquelles traumatiques du pied droit sur fracture de la base du 5^{ème} métatarsien, de séquelles traumatiques à la suite d'une entorse sévère de la cheville gauche (avec fracture du thalamus), de status après ablation d'un névrome stripping total du nerf sural cutané externe à droite, d'arthrose

cuboïdo-métatarsienne 4 à 5 (avec diastasis de l'espace articulaire entre l'os cuboïde et la 5^{ème} métatarse), de lombalgies et sciatalgies chroniques droites et de cardiopathie ischémique. La capacité de travail était évaluée entre 30 et 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de travail en position debout ; pas de port de charges supérieures à 5 kilos ; pas de marche prolongée ; pas de marche en terrain irrégulier ; pas de montée et descente des escaliers, d'échelles ; pas de position contraignante pour la cheville [accroupie]).

A la demande de l'OAI, l'assuré a formalisé sa nouvelle demande de prestations en déposant le formulaire *ad hoc* le 21 octobre 2022. Il a précisé à cette occasion qu'il exerçait son activité habituelle de vendeur/magasinier/réceptionniste auprès de D._____ SA au taux de 32 % (50 % sur un taux de 64 %) depuis le 1^{er} décembre 2021.

Le 14 décembre 2022, l'OAI a fait verser au dossier le dossier constitué par l'assureur-accidents de l'employeur de l'assuré (la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [CNA]).

Dans un rapport du 17 novembre 2022 établi à la demande de la CNA, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que l'assuré souffrait principalement d'un syndrome douloureux chronique au membre inférieur droit et qu'il n'existait pas de traitement "Gold Standard" pour solutionner la problématique. Il a cependant prescrit un traitement de Neurodol Patch et demandé au médecin traitant d'introduire du Pregabalin à dose progressive. Le Dr G._____ se proposait en outre d'organiser des infiltrations de Depo-Medrol 40 mg et Xylocaïne 2% de la TMT 4-5 du pied droit (trois fois par an sous ultrasons par le radiologue) et en tout cas une fois du fascia plantaire gauche. Du point de vue orthopédique, le taux d'activité de 50 % du taux habituel de 64% devait être maintenu car il permettait à l'assuré de conserver une vie socioprofessionnelle active ; une reconversion professionnelle semblait illusoire vu l'âge de celui-ci.

Dans un rapport du 17 janvier 2023, le Dr Q._____ a informé l'OAI qu'il n'avait plus revu l'assuré depuis une année et que la situation était alors « tout à fait favorable » en l'absence de pathologie cardiologique susceptible de représenter une limitation professionnelle. Ce médecin renvoyait auprès du médecin traitant concernant une éventuelle limitation fonctionnelle extracardiaque.

Dans un rapport du 6 février 2023, le Dr E._____ a évalué la capacité de travail résiduelle à 32 % dans l'activité habituelle et à 50 % dans une activité adaptée.

Dans un rapport d'examen médical du 24 mai 2023, la Dre H._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a, en l'absence de traitement chirurgical pour soulager l'assuré, constaté la stabilisation du cas sur le plan médical. De son point de vue, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle ; à l'inverse, dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles (pas d'activité nécessitant des marches répétées et/ou prolongées, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en position debout, pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de montées et descentes d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages et pas de position contraignante pour la cheville [accroupie ou à genoux]), la capacité de travail était entière sans diminution de rendement.

Par avis du 4 juillet 2023, le SMR, sur la base de sa propre analyse des éléments médicaux récoltés au dossier, a validé le point de vue de la Dre H._____ et retenu que les limitations fonctionnelles rendaient l'activité habituelle inadaptée mais que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière depuis toujours dans une activité adaptée de type sédentaire.

Par projet de décision du 7 juillet 2023, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité (7 %), calculé d'après la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, était insuffisant pour donner droit à une rente

d'invalidité et à des mesures professionnelles (sous réserve de l'octroi d'une mesure d'aide au placement).

Le 8 septembre 2023, l'assuré, par courrier de son conseil Me Baris Bostan, s'est opposé à ce projet, contestant l'existence d'une pleine capacité de travail et de gain dans une activité adaptée à son état de santé, l'exigibilité d'une reconversion professionnelle et le calcul du degré d'invalidité.

Par décision du 7 décembre 2023, l'OAI a formellement rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que le degré d'invalidité, fixé désormais à 20 % (selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité), était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

B. **a)** Par acte du 23 janvier 2024, A._____, toujours représenté par Me Bostan, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision rendue le 7 décembre 2023 par l'OAI, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2023 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, il contestait la capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles prise en compte. Il reprochait plus particulièrement à l'OAI de se baser sur le rapport d'examen du 24 mai 2023 de la Dre H._____, sans expliquer pour quels motifs il s'écartait des réserves émises par les médecins de la CRR dans leur rapport de sortie du 12 juillet 2022 et par le DrG._____ dans son rapport du 17 novembre 2022, alors même que ce médecin préconisait son maintien au taux résiduel de 32 % (soit le 50 % du taux habituel de 64 %) dans l'actuel poste de travail. De même, il contestait l'exigibilité d'un changement d'activité au vu de son âge (58 ans), de l'absence de formation professionnelle et de l'exercice de la même activité depuis vingt ans. Il contestait également le statut retenu par l'OAI et, partant, le recours à la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ; il estimait que la méthode ordinaire de comparaison des revenus

s'appliquait en l'espèce, dès lors qu'il avait toujours travaillé à plein temps avant d'être invalide et aurait maintenu une pleine activité professionnelle s'il était demeuré en bonne santé. Il contestait enfin les termes de la comparaison des revenus effectuée pour déterminer son degré d'invalidité. A titre de mesure d'instruction, il a sollicité la mise en œuvre par le tribunal d'une expertise pluridisciplinaire.

b) Dans sa réponse du 11 mars 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Soulignant le caractère probant du rapport du 24 mai 2023 de la Dre H._____, il a renvoyé à l'avis SMR du 4 juillet 2023, en précisant que, si les médecins de la CRR et le Dr G._____ avaient émis des réserves, celles-ci se rapportaient à l'exercice de l'actuel poste de travail. Certes, la description des limitations fonctionnelles de l'assuré avait quelque peu évolué depuis 2019 ; elles restaient cependant respectées dans des activités adaptées telles que retenues par son service de réadaptation professionnelle. S'agissant de la problématique du statut applicable, l'OAI a renvoyé aux explications précédemment fournies. Sur la question du droit à des mesures d'ordre professionnel, l'OAI constatait que c'est l'assuré qui avait fait le choix de ne pas changer d'activité alors qu'un changement d'activité était exigible de sa part depuis 2019.

c) Dans sa réplique du 8 mai 2024, l'assuré a maintenu ses conclusions en faisant valoir que son état de santé s'était encore péjoré en raison d'une arthrose débutante à la cheville gauche et d'atteintes aux membres supérieurs, notamment les canaux carpiens et l'épaule droite. Il a fait verser en la cause un rapport du 25 mars 2024 du DrE._____ et un rapport du 23 avril 2024 du DrG._____. Il a également indiqué que son employeur avait été contraint de réduire son taux d'activité à compter du 1^{er} septembre 2024 car, même après adaptation du poste, il ne parvenait pas à poursuivre son travail au taux habituel.

d) Le 29 mai 2024, l'assuré a fait verser en la cause un rapport du 17 mai 2024 de la Dre P._____, spécialiste en anesthésiologie, de

l'Institut Suisse de la Douleur, laquelle relevait que l'assuré n'avait pas bénéficié d'une évaluation psychique dans le cadre de ses douleurs chroniques, qu'il présentait une importante diminution de l'humeur et qu'il souhaitait consulter ; une évaluation était d'ailleurs prévue au mois de juin 2024 afin de discuter l'indication d'un suivi en externe.

e) Dans sa duplique du 11 juin 2024, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il a fait verser en la cause des avis SMR des 28 mai et 5 juin 2024, lesquels retenaient l'absence d'élément objectif nouveau justifiant une aggravation durable sur les plans somatique et psychique.

f) Le 11 juillet 2024, l'assuré a insisté sur la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer ses « réelles » limitations fonctionnelles, précisant qu'il avait prochainement rendez-vous chez une psychologue.

g) Le 17 juillet 2024, l'OAI a maintenu sa position et fait verser à la cause une décision sur opposition du 12 juillet 2024 de la CNA, laquelle faisait notamment état de l'absence de modification importante des atteintes à la santé qui avaient justifié l'octroi en 2017 d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 36 %.

h) Dans d'ultimes déterminations du 11 octobre 2024, l'assuré a réitéré sa demande de mesure d'instruction destinée à déterminer ses limitations fonctionnelles et fait verser à la cause diverses pièces médicales faisant état d'un nouvel accident survenu le 12 juillet 2024 et de l'existence d'un trouble mixte de l'humeur de type anxio-dépressif.

i) Le 6 novembre 2024, l'OAI a remarqué que les dernières pièces produites se rapportaient à un accident de travail postérieur à la décision attaquée, si bien qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) Il convient de rappeler que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative et que les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

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, la nouvelle demande d'octroi d'une rente a été déposée le 6 octobre 2022 par le recourant. Ce sont donc les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui sont applicables.

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).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 1^{er} janvier 2022), 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 la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

e) 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).

5. a) Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus. Il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 %.

b) aa) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 28a al. 2 LAI et art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur

la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 52 *ad* art. 16 LPGA).

cc) Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Pour ce faire, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est ensuite déterminé selon l'art. 16 LPGA, en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante, puis en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité, puis en pondérant le pourcentage ainsi déterminé en fonction de la différence entre le taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} RAI).

dd) Le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

6. a) 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).

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

7. a) A titre liminaire, il sied d'expliquer qu'il n'est pas possible de suivre le raisonnement défendu par l'office intimé, selon lequel le statut actuel du recourant serait celui d'une personne exerçant une activité à

temps partiel et consacrant le reste de son temps à l'accomplissement de ses travaux habituels, statut qui justifierait l'usage de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Le raisonnement tenu repose en effet sur la prémisse erronée que l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel induirait nécessairement l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à la personne concernée. Cette interprétation ne correspond toutefois pas au système de la loi. L'art. 28a al. 3 LAI prescrit de manière claire et non équivoque que la personne qui exerce une activité lucrative à temps partiel doit, pour que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité s'applique, consacrer le reste de son temps à l'accomplissement de ses travaux habituels. Or les travaux habituels que l'on doit prendre en compte, par le biais de la méthode spécifique, pour déterminer le degré d'empêchement, correspondent à l'activité usuelle dans le ménage (tenue du ménage, alimentation, entretien du logement, achats, lessive et repassage, soins aux enfants ou autres tâches liées au ménage), ainsi qu'aux soins et à l'assistance apportés aux proches (cf. art. 27 al. 1 RAI). En l'espèce, le recourant ne s'inscrit pas dans l'une des catégories décrites ci-dessus. Il n'y a aucun élément au dossier qui laisse à penser que celui-ci, depuis qu'il a réduit pour des raisons médicales son taux d'activité, consacre son temps à l'accomplissement de travaux habituels. Il résulte de ce qui précède que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité n'entre pas en ligne de compte dans le cas d'espèce et que c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus qu'il convient d'appliquer.

8. a) Cela étant posé, il convient de décrire la situation qui prévalait le 16 juillet 2019, soit au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente. A la suite d'un accident le 3 septembre 2008, le recourant présentait un traumatisme du pied droit avec une fracture de la base du 5^e métatarsien et une tendinopathie du long fibulaire de la cheville droite avec des douleurs et limitations fonctionnelles du pied droit (pas de port de charges lourdes, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée et descente d'escaliers et d'échelles ainsi que pas de positions contraignantes pour la cheville [position accroupie]). Il présentait par

ailleurs un status post entorse de grade III de la cheville gauche avec fracture *in situ* du talus et contusion le 12 août 2014, et une fasciite plantaire. L'OAI avait octroyé au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 30 avril 2016, une demi-rente du 1^{er} mai au 30 juin 2016, une rente entière du 1^{er} juillet au 31 août 2016 et une demi-rente du 1^{er} septembre 2016 au 31 mai 2017. Ce faisant, il avait notamment retenu une capacité de travail de 100 % depuis le 13 février 2017 dans une activité adaptée à l'état de santé.

b) Sur la base des différentes pièces versées au dossier, il apparaît que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé, à tout le moins pas dans une mesure propre à influencer sa capacité de travail, laquelle demeure entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

aa) Sur le plan orthopédique, la Dre H. _____ a retenu, dans son rapport médical du 24 mai 2023, les diagnostics de douleurs chroniques mixtes neuropathiques et d'allure mécanique du pied droit dans les suites d'un traumatisme du pied le 8 septembre 2008, d'ostéosynthèse par deux broches de Kirschener et une greffe d'os sur la fracture de la base du 5^{ème} métatarsien (2008), d'ablation du matériel d'ostéosynthèse (2009), d'excision d'un névrome terminal du nerf sural droit et stripping de ce nerf (octobre 2012), d'arthroplastie d'interposition cuboïdo-M5 par du tenseur du *fascia lata* prélevé sur la cuisse homolatérale à droite et névrectomie du nerf sural jusqu'à son émergence entre le gastrocnémien (18 septembre 2015), d'arthrose de l'articulation TMT4-5 avec allodynie de la face dorsale et latérale du pied droit, d'importante entorse de grade II de la cheville gauche avec fracture du bord antéro-médian de l'astragale, d'enthésopathie calcifiante du tendon d'Achille au niveau de son insertion, et de dorsalgies para-scapulaires gauche d'origine musculosquelettique.

Au vu de ces atteintes, la Dre H. _____ a estimé que si l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, le recourant conservait toutefois, malgré l'aggravation de ses séquelles, une capacité

de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'activité nécessitant des marches répétées et/ou prolongées, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en position debout, pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de montées et descentes d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, pas de position contraignante pour la cheville [accroupie ou à genoux]). Cet avis, validé par le SMR le 4 juillet 2023, rejoint celui des médecins de la CRR (cf. rapport de sortie du 12 juillet 2022 des Dres F. _____ et B. _____), lesquels ont retenu que le pronostic de réinsertion, s'il était défavorable dans l'ancienne activité, était en théorie favorable dans une activité adaptée. Quant au Dr G. _____ (rapport du 17 novembre 2022), il a également reconnu l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux restrictions présentées ; il s'est toutefois déclaré favorable au maintien de l'activité habituelle exercée à taux réduit, au motif qu'une reconversion professionnelle semblait illusoire vu l'âge du recourant.

Il est vrai que dans son rapport du 3 octobre 2022, le Dr E. _____ a évalué la capacité de travail résiduelle du recourant entre 30 et 50 %. Dans son rapport du 25 mars 2024, ce médecin a toutefois nuancé son propos en soulignant également que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était en théorie favorable.

S'agissant des réserves émises par les médecins de la CRR, par le Dr G. _____ et par le Dr E. _____, elles concernant avant tout un éventuel aménagement du poste de travail actuel du recourant, exercé à taux réduit auprès de l'entreprise familiale D. _____ SA. Or il est établi de longue date que cette activité de logisticien pièces détachées automobile n'est qu'en partie adaptée à l'état de santé du recourant ; en tout état de cause ces éléments ne sont pas de nature à susciter un doute quant au fait que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant strictement ses restrictions fonctionnelles.

bb) Sur le plan cardiologique, le recourant est connu pour une maladie coronarienne mixte, hypertensive et ischémique avec pose de stents en mars 2021. De l'avis du Dr Q._____, le recourant ne présente pas de pathologie cardiologique susceptible d'affecter sa capacité de travail.

cc) Sur le plan de la médecine générale, le recourant présente un syndrome métabolique avec hypertension artérielle sous bithérapie, une dyslipidémie traitée, un prédiabète, une obésité de grade I, ainsi qu'une sciatalgie chronique droite. Rien au dossier ne laisse à penser que ces atteintes auraient une influence quant à l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

c) Pour le surplus, il n'y a pas lieu de tenir compte, dans le cadre de l'appréciation de la situation, des rapports médicaux faisant état, d'une part, de canaux carpiens à traiter et de scapulalgies droites (rapport du Dr E._____, du 25 mars 2024) et, d'autre part, d'un trouble mixte de l'humeur de type anxio-dépressif (rapport de la Dre P._____, du 19 septembre 2024), lesdites affections étant apparues postérieurement à la décision litigieuse.

d) Au vu du contenu des diverses pièces au dossier, un complément d'instruction apparaît ainsi superflu et la requête formulée en ce sens par le recourant dans son acte de recours du 4 décembre 2021 - soit la réalisation d'une expertise judiciaire - doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. S'agissant de la problématique de l'exigibilité d'une reconversion professionnelle compte tenu d'un âge proche de celui donnant droit à la rente de vieillesse, il n'y a pas lieu de l'examiner, eu égard à l'absence de modification notable de la situation. Il convient de

rappeler que la problématique de la reconversion professionnelle avait déjà été mise en évidence dans le cadre de l'examen de la première demande de prestations déposée par le recourant et que, nonobstant les constats médicaux posés à l'époque et l'offre d'aide proposée par l'office intimé, le recourant a fait le choix de poursuivre son activité habituelle, quand bien même celle-ci n'était pas compatible avec ses limitations fonctionnelles. Il ne saurait, quelques années plus tard, tirer parti sur le plan assécurologique d'une situation à laquelle il a contribué. Les autres motifs invoqués s'agissant de l'absence de formation professionnelle et de l'exercice de la même activité, déjà adaptée, depuis vingt ans, n'ont également pas à être examinés.

10. Faute de modification notable des circonstances, il n'apparaît pas nécessaire de procéder à une nouvelle comparaison des revenus (cf. TF 9C_522/2011 du 8 février 2012 consid. 4.2 *a contrario* ; voir également TF 9C_577/2021 du 23 juin 2022 consid. 6), si bien que les griefs formulés à l'encontre de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé peuvent demeurer indécis.

11. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 7 décembre 2023 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 mis à la charge d'A._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Baris Bostan (pour A._____),
- 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 :