

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 décembre 2021

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Férolles et M. Oppikofer, assesseurs  
Greffière : Mme Meylan

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**I.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Karim Armand Hichri, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; 4, 8 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], d'origine [...], était employé en qualité d'opérateur sur machine d'embouteillage à 100% auprès de F. \_\_\_\_\_ (ci-après : F. \_\_\_\_\_) depuis le 24 novembre 2003.

En incapacité totale de travailler dès le 9 juin 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) en date du 7 décembre 2016, en raison d'une insuffisance rénale terminale sur hypertension et diabète l'amenant à se rendre en hémodialyse trois fois par semaine.

Le 1<sup>er</sup> mars 2017, l'assuré a repris son activité lucrative à 50%.

Par décision du 23 octobre 2018, l'Office AI, se fondant sur l'avis médical du 8 janvier 2018 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, médecin auprès du Service médical régional (ci-après : SMR), a alloué une demi-rente d'invalidité à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> juin 2017 compte tenu de son incapacité de travail de 50% dans toute activité.

Le 11 décembre 2018, l'assuré a subi une greffe rénale et a été mis en arrêt total de travail.

Par courrier du 11 avril 2019, F. \_\_\_\_\_ a informé l'Office AI de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré qui avait repris son activité à 50% le 18 février 2019 avant de pâtir d'une nouvelle incapacité totale de travail dès le 28 février 2019.

Dans un rapport du 11 mai 2019, le médecin traitant de l'assuré, la Dre G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a informé l'Office AI qu'à la suite de la greffe, le contrôle glycémique de l'assuré était très affecté par le traitement antirejet. Aucun essai

thérapeutique n'avait permis un contrôle optimal des glycémies. Il alternait des hypoglycémies et surtout des hyperglycémies. Le contrôle tensionnel était préterité. Il présentait également un trouble dépressif, qui, après une amélioration transitoire à la suite de la libération des dialyses, se manifestait à nouveau par une humeur triste, une anhédonie, et des troubles de la concentration au premier plan. Anamnestiquement, la capacité de travail de 50% était difficile à tenir et il était même probable que sa capacité de travail soit provisoirement plus basse.

Par rapport du 15 avril 2019, la Prof. B.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a constaté une amélioration des glycémies de l'assuré sans totale normalisation sur le carnet d'autosurveillance.

Dans un questionnaire du 17 juillet 2019 à l'attention de l'Office AI, F.\_\_\_\_\_ a exposé que le poste de travail de l'assuré n'était pas compatible avec ses soucis de santé, étant précisé qu'aucun autre poste ne pouvait être envisagé au sein de la société.

Interpellée par l'Office AI en date du 22 juillet 2019, la Prof. B.\_\_\_\_\_ a souligné que le profil glycémique de l'assuré ne pouvait être considéré comme stabilisé. Sur le plan diabétologique, la capacité de travail dans l'activité habituelle, depuis la mise sous insuline rapide, au mois de février, était restreinte car l'assuré présentait un risque accru d'hypoglycémie majorée en cas d'activité physique. Quant à la capacité de travail dans une activité pleinement adaptée à son état de santé, elle réclamait de faibles restrictions.

L'assuré a repris son activité lucrative à 50% en date du 19 août 2019.

Sollicitée pour détermination le 3 décembre 2019, la Dre G.\_\_\_\_\_ a précisé que la capacité de travail de l'assuré subissait une répercussion en raison du diabète difficile à équilibrer après une greffe du rein avec de nombreux malaises hypoglycémiques et une fatigabilité. Sa capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et

probablement de 50% dans une activité adaptée jusqu'à ajustement du traitement. Ses limitations fonctionnelles étaient liées aux malaises difficiles à contrôler et à prévoir.

Dès le 20 janvier 2020, l'assuré a été derechef en incapacité totale de travailler.

Dans un avis du 31 janvier 2020, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a considéré qu'au vu de la récente greffe rénale et de la décompensation du diabète, une incapacité de travail totale transitoire pouvait être retenue depuis décembre 2018. Au regard des rapports médicaux de la diabétologue, l'état de l'assuré pouvait être considéré comme stable depuis avril 2019. Ainsi, depuis la précédente décision, une capacité de travail nulle devait être retenue dans toutes activités depuis début décembre 2018 jusqu'à fin avril 2019. Par la suite, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% et de 100% dans une activité adaptée, en respectant strictement les limitations fonctionnelles (pas d'effort physique important, pas de travail en hauteur, de nuit ou avec des horaires irréguliers, pas d'utilisation de véhicules à moteur).

Par projet de décision du 18 mars 2020, l'Office AI a fait savoir à l'assuré que sa rente serait supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la notification au motif que dès avril 2019 une pleine capacité de travail pouvait à nouveau être exigée de lui dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort physique important, pas de travail en hauteur, de nuit ou avec des horaires irréguliers, pas d'utilisation de véhicules à moteur.

L'assuré a fait valoir ses objections le 16 mai 2020.

Dans ses rapports des 29 juin et 6 juillet 2020, la Dre G.\_\_\_\_\_ a expliqué que la condition de santé de l'assuré lui interdisait de rester à son poste de travail car il souffrait de malaises hypoglycémiques à répétition avec pertes de connaissance. Une activité adaptée pourrait être envisagée lorsqu'il présenterait un profil glycémique

stable et qu'il aurait récupéré une condition physique, ce qui n'était pas garanti.

Questionnée par l'Office AI les 8 juillet et 2 décembre 2020, la Dre G.\_\_\_\_\_ a précisé que le diabète insulino-requérant, associé aux nombreuses hypoglycémies, chutes et pertes de connaissance, ainsi que le déconditionnement à la suite de l'insuffisance rénale chronique dialysée et la greffe rénale avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. L'évolution du diabète était mauvaise, très difficile à stabiliser chez un patient greffé. Il était compliqué de trouver une activité adaptée à l'assuré. Au vu de l'asthénie, une capacité de travail pouvait être reconnue à 50% dans un travail assis avec des charges de mains de 5kg maximum, des pauses fréquentes, pas de nuits ou d'horaires irréguliers, pas d'effort physique important et pas de travail en hauteur.

Dans son rapport du 6 janvier 2021 à l'attention de l'Office AI, la Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué qu'elle ne retenait pas d'incapacité de travail sur la base de la glycémie, même si celle-ci était modérément sous-optimale, surtout si l'activité pouvait être adaptée.

Le 14 janvier 2021, la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a renvoyé l'Office AI à se renseigner auprès du médecin généraliste de l'assuré pour les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail.

Par avis médical du 28 janvier 2021, le Dr J.\_\_\_\_\_ a considéré, au vu des rapports spécialisés, qu'il n'y avait pas de péjoration significative de l'état de santé de l'assuré par rapport à la situation déjà examinée. Ses précédentes conclusions restaient donc valables.

Par décision du 3 février 2021, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 18 mars 2020, dont il a repris la motivation.

L'assuré a été licencié en février 2021 avec effet au 30 avril 2021.

**B.** Le 1<sup>er</sup> mars 2021, la Dre G. \_\_\_\_\_ a informé le R. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : R. \_\_\_\_\_), assureur perte de gain maladie, que l'assuré était sous traitement continu antirejet et recevait des doses quotidiennes de cortisone, ce qui compliquait énormément le contrôle de son diabète, avec des fluctuations importantes. Une activité adaptée était inenvisageable, sans un meilleur contrôle de son diabète. Ses malaises empêchaient une activité physique et avaient abouti à un déconditionnement général.

Mandaté par R. \_\_\_\_\_, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et néphrologie, a rendu un rapport en date du 25 mars 2021, dont les conclusions sont les suivantes :

« I. \_\_\_\_\_ est un ouvrier de production [...] de [...] ans qui souffre d'un diabète de type 2 insulino-dépendant mal équilibré, malgré une prise en charge optimale. Il a des hypoglycémies symptomatiques plusieurs fois par semaine, parfois avec perte de connaissance. Cette symptomatologie exclut tous les métiers qui pourraient le mettre en danger ou mettre en danger l'entourage en cas de malaise, y compris l'activité habituelle. Il a aussi une insuffisance rénale chronique, traitée par greffe rénale. L'actuelle fonction rénale est correcte et, en tant que telle, ne joue pas de rôle sur la capacité de travail.

Outre ces hypoglycémies imprévisibles, les plaintes de l'assuré sont cependant une asthénie, une fatigue et une fatigabilité importante au moindre effort, d'origine multifactorielle, en relation avec le diabète et avec les séquelles de l'insuffisance rénale chronique lorsqu'elle n'était pas traitée ou lorsqu'elle était traitée par dialyse. Peuvent potentiellement contribuer à cette asthénie les fluctuations glycémiques, les éventuelles suites d'un Covid, un état anxiodépressif et le traitement pris, par exemple le tacrolimus, qui peut être responsable d'une asthénie et d'une faiblesse musculaire.

Une activité adaptée pourrait s'envisager à 50%, non dangereuse, par exemple une activité industrielle légère, à condition que les hypoglycémies disparaissent ou, du moins, deviennent nettement plus rares qu'actuellement. Il n'est donc pas possible de fixer maintenant une date de reprise. Pour cette raison, une demande régulière de rapports au médecin traitant sera nécessaire, par exemple de trois en trois mois. Une nouvelle annonce à l'AI nous paraît justifiée. »

**C.** Par acte du 3 mars 2021, I. \_\_\_\_\_, représenté par Me Karim Armand Hichri, a interjeté recours contre la décision du 3 février 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction

complémentaire et nouvelle décision, subsidiairement, à la réforme de la décision précitée en ce sens qu'il avait droit à une demi-rente d'invalidité jusqu'au 31 mars 2021 et à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2021.

Dans sa réponse du 4 mai 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, s'appuyant sur l'avis médical du 23 avril 2021 du Dr J.\_\_\_\_\_, lequel a estimé, malgré les nouveaux rapports médicaux transmis, qu'il n'y avait pas de mise en évidence d'une décompensation du diabète d'une intensité incapacitante, surtout dans une activité adaptée, ni de risque significativement accru de malaise hypoglycémique.

Répliquant le 27 mai 2021, l'assuré s'est référé au rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ pour contester la position de l'Office AI et a notamment fait valoir que l'Office AI avait préconisé comme meilleure solution de le maintenir dans son activité habituelle, dès lors qu'aucune autre activité ne pouvait être plus adaptée à sa situation. Comme la situation médicale était restée la même, voire s'était aggravée, il était incompréhensible que l'Office AI admette une capacité totale de travail dans une autre activité.

En complément à ses écritures, l'assuré a adressé le 29 juin 2021 un rapport du 16 juin 2021 de la Dre G.\_\_\_\_\_, laquelle a conclu à une incapacité totale de travail de l'assuré dans l'activité habituelle. En outre, tant que le contrôle du diabète n'était pas assuré, il apparaissait illusoire de trouver une activité adaptée. Le risque de malaises avec mise en danger de lui-même et d'autrui devait être additionné aux dangers infectieux (limitant le travail en équipe) et à la fatigabilité physique et intellectuelle (en relation avec le déconditionnement physique et psychique). Au vu de l'obligation de maintien d'un traitement antirejet à vie, un meilleur contrôle glycémique sans risque d'hypoglycémie avec pertes de connaissance était très probablement de l'ordre de l'impossible, après deux ans d'essais thérapeutiques. L'insuffisance rénale était encore contrôlée, mais la santé

du greffon rénal n'était pas assurée dans ce contexte, avec une dégradation de la fonction rénale constatée.

Par duplique du 19 juillet 2021, l'Office AI a maintenu ses précédentes conclusions et renvoyé à l'avis du 16 juillet 2021 du Dr J.\_\_\_\_\_, lequel a confirmé ses précédentes conclusions avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 10kg, pas de travail avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, pas d'effort physique important, pas de travail en hauteur, de nuit ou avec des horaires irréguliers, pas d'utilisation de véhicules à moteur.

L'assuré a maintenu sa position dans son courrier du 17 août 2021.

### **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.

**2.** Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, de la demi-rente de l'assurance-invalidité allouée au recourant depuis le

1<sup>er</sup> juin 2017, singulièrement le degré d'invalidité qu'il présente depuis avril 2019.

**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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 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)** 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). 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 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**5. a)** En l'espèce, la décision entreprise repose essentiellement sur les conclusions du SMR, plus précisément du Dr J.\_\_\_\_\_. Aux termes de ses avis, il a retenu que le recourant présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10kg, pas de travail avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, pas d'effort physique important, pas de travail en hauteur, de nuit ou avec des horaires irréguliers et pas d'utilisation de véhicules à moteur).

Il convient d'examiner si, entre la décision octroyant une demi-rente au recourant et la décision litigieuse du 3 février 2021, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**b)** S'agissant, tout d'abord, de la capacité de travail dans l'activité habituelle, F.\_\_\_\_\_ a informé l'intimé que le poste occupé par le recourant n'était plus compatible avec son état de santé (rendement diminué, activités limitées ou impossibles) (cf. questionnaire du 17 juillet 2019) et a été contraint de le licencier. A son sens, le taux de 50% ne convenait pas du tout au recourant, ce qu'atteste au demeurant les multiples arrêts de travail depuis la reprise post-opératoire. La

Dre G.\_\_\_\_\_ a également indiqué, à plusieurs reprises, qu'en raison de son diabète le recourant présentait des malaises hypoglycémiques à répétition avec régulièrement des pertes de connaissance, le mettant en danger lors de son travail ainsi que lors de ses déplacements au travail. Sa condition de santé lui interdisait de rester à son poste de travail (cf. rapports des 29 juin, 6 juillet et 8 juillet 2020). Le Dr H.\_\_\_\_\_ a, quant à lui, considéré que l'activité habituelle n'était plus adaptée, du moins tant que les hypoglycémies survenaient. Même sans hypoglycémies, ce médecin a noté que ce poste était trop pénible en raison de l'asthénie et de la fatigabilité rapide du recourant, liées indirectement au diabète et à un déconditionnement physique important, surtout à la suite de l'insuffisance rénale chronique.

Au vu de ce qui précède, il paraît peu vraisemblable que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, telle que retenue par le Dr J.\_\_\_\_\_, affère 50%.

**c)** Concernant, ensuite, la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr J.\_\_\_\_\_, et par lui l'intimé, considère qu'elle est entière, ce que conteste le médecin traitant. À cet égard, la Dre G.\_\_\_\_\_ a, dans un premier temps, relevé qu'une activité adaptée ne pourrait être envisagée que lorsque le recourant aurait au moins un profil glycémique stable ainsi que récupéré une condition physique (cf. rapport du 6 juillet 2020). Elle a, dans un deuxième temps, expliqué qu'aucune activité adaptée ne semblait envisageable au vu de la complexité de trouver dite activité et compte tenu du fait que le recourant pouvait à peine rester seul à la maison, ajoutant que le diabète restait à stabiliser ce qui s'avérait compliqué chez les transplantés rénaux (cf. rapports des 8 juillet, 29 septembre et 2 décembre 2020). Questionnée par l'intimé, ce médecin a toutefois reconnu une capacité de travail de 50% au recourant dans une activité adaptée, soit un travail assis avec des charges de mains de 5kg maximum, des pauses fréquentes, pas de nuits ou d'horaires irréguliers, pas d'effort physique important et pas de travail en hauteur. L'appréciation de la Dre X.\_\_\_\_\_, sur laquelle se base l'intimé pour retenir une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, repose

sur un examen clinique du 10 août 2020 (cf. avis SMR du 23 avril 2021), étant précisé que cette praticienne a indiqué qu'elle ne suivait plus en consultation le recourant depuis cet examen. Quant à l'appréciation du Prof. B.\_\_\_\_\_, elle remonte à avril 2019, étant précisé qu'elle avait estimé que le profil glycémique du recourant n'était pas stabilisé. Il pouvait dès lors être exigible d'insister auprès de la Dre M.\_\_\_\_\_, laquelle suit désormais le recourant, pour qu'elle se prononce exhaustivement sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de ce dernier, à défaut interpeller la Dre C.\_\_\_\_\_, néphrologue nouvellement consultée par le recourant. Dans son rapport du 25 mars 2020, certes postérieur à la décision litigieuse mais dont le libellé autorise à admettre qu'il se prononce sur l'évolution de la capacité de travail depuis l'incapacité totale du 22 juin 2020, le Dr H.\_\_\_\_\_ retient que dans une activité adaptée, sédentaire, non dangereuse, un travail industriel simple et léger par exemple, la capacité de travail pourrait être de 50%, à condition que les hypoglycémies disparaissent, ajoutant qu'il lui paraît peu probable qu'un taux de 50% puisse être dépassé, en tout cas dans les premiers mois d'une reprise. Il n'était pas possible de fixer de délai pour ladite reprise. Il a également relevé que le lieu de travail devait être proche du domicile pour éviter de trop longs trajets en voiture et que l'activité adaptée devait être légère et éviter tout danger pour le recourant et ses collègues en cas d'hypoglycémie. Cet avis a été confirmé par la Dre G.\_\_\_\_\_ qui a estimé qu'il était illusoire de trouver une activité adaptée tant que le contrôle du diabète n'était pas assuré. Le risque de malaises avec mise en danger de lui-même et d'autrui devait être additionné aux dangers infectieux limitants le travail en équipe, à la fatigabilité physique et intellectuelle en relation avec le déconditionnement physique et psychique, constatant par ailleurs une dégradation de la fonction rénale (cf. rapport du 16 juin 2021).

**d)** Il apparaît également que le médecin traitant du recourant et le Dr H.\_\_\_\_\_ ont relevé la présence d'un trouble dépressif (cf. rapports des 11 mai 2019 et 25 mars 2021). De même, tant la Dre C.\_\_\_\_\_ que le Dr H.\_\_\_\_\_ ont signalé des complications neuropathiques (cf. rapports des 14 janvier et 25 mars 2021). Or l'impact

de ces éléments sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles n'a pas été examiné par l'intimé.

**e)** Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, dès lors que l'intimé s'est abstenu de procéder à des mesures d'instruction en vue de trancher objectivement les avis médicaux divergents au dossier, soit les avis du médecin traitant et du Dr H.\_\_\_\_\_, d'une part, et ceux du SMR, d'autre part. On ne voit pas quels éléments suffisamment probants ont pu conduire l'intimé à retenir que le recourant présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, au demeurant peu vraisemblable (cf. consid. 5b *supra*), et une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur la capacité de travail n'ont été établies de manière exhaustive. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa).

Il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une expertise, après avoir actualisé le dossier médical auprès des différents médecins qui suivent le recourant (notamment la Dre M.\_\_\_\_\_ s'agissant du diabète, la Dre C.\_\_\_\_\_ s'agissant de la fonction rénale et la Dre G.\_\_\_\_\_ s'agissant des diagnostics incapacitants retenus par celle-ci, plus particulièrement la neuropathie et le trouble anxiodépressif) afin de déterminer précisément les limitations fonctionnelles du recourant compte tenu de l'ensemble des pathologies rendues vraisemblables et de se prononcer valablement sur le degré d'invalidité du recourant.

**f)** Il sied encore de constater qu'une incapacité totale de travail a été admise de décembre 2018 à avril 2019. Cette incapacité donnerait ainsi droit à une rente entière de mars 2019 à juillet 2019. Or la décision de l'intimé est sibylline. Elle mentionne en effet la suppression de

la rente entière dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision litigieuse, ce qui pourrait laisser à penser qu'une rente entière est octroyée de mars 2019 jusqu'à l'échéance précitée, mais ne discute pas de l'aggravation ni du calcul du montant de la rente entière. Il est donc probable qu'il faille comprendre qu'il s'agit non pas d'une rente entière mais de la demi-rente octroyée au recourant depuis le 1<sup>er</sup> juin 2017. Dans la mesure où la décision litigieuse est annulée pour complément d'instruction médicale, la question du droit à une rente entière dans les suites de la greffe et sa durée exacte devra être déterminée en fonction de ladite instruction.

**6.** Par ailleurs, dans l'hypothèse où une suppression de rente devait être admise, l'intimé aurait négligé les circonstances particulières du cas d'espèce, compte tenu de la jurisprudence en matière de mesures de réadaptation, exposée ci-dessous.

**a)** Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (cf. TF 9C\_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.1 ; 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011

consid. 5.2.2.1 et 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les arrêts cités).

**b)** Dans un arrêt 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ; on admet seulement que sauf exceptions, une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente (cf. également TF 9C\_178/2014 précité consid. 7.1.2.2). De telles exceptions ont par exemple été admises lorsque l'assuré avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente, de sorte qu'il n'existait pas de longue période d'éloignement professionnel (cf. TF 9C\_292/2015 du 27 janvier 2016 consid. 5.2 et 8C\_597/2014 du 6 octobre 2015 consid. 3.2 et les références) ou lorsqu'il disposait d'une agilité particulière et était bien intégré dans l'environnement social (cf. TF 9C\_625/2015 du 17 novembre 2015 consid. 5, 9C\_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3 et la référence). Le point de savoir si les critères de la durée de 15 années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la 55<sup>e</sup> année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4).

**c)** En l'espèce, si le recourant a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2017, il avait déjà plus de 55 ans à la date de la suppression de cette rente. Il appartient ainsi à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de

leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail (TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.1 et 5.2).

**d)** Au vu des principes développés ci-avant, le recourant aurait pu prétendre à l'octroi de mesures de réadaptation.

En l'occurrence, un pronostic doit être posé sur les chances de succès de telles mesures (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'Office AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1).

Le recourant a exercé une activité lucrative du 24 novembre 2003 au 30 avril 2021 et a été en incapacité totale de travail dès janvier 2020 jusqu'à son licenciement intervenu en février 2021. Il ne ressort pas des pièces au dossier que la perspective d'un retour en emploi se serait présentée à lui. Objectivement, une réadaptation par soi-même n'aurait pas apparu exigible.

Dans le cadre de la procédure de révision, aucune mesure de réadaptation n'a été proposée au recourant, ni préconisée par le SMR, de telle sorte qu'il ne peut être établi que son aptitude subjective à la réadaptation aurait fait défaut, d'autant plus que le recourant a indiqué se tenir à disposition de l'intimé pour un stage d'évaluation (cf. lettre du 16 mai 2020).

**e)** Au vu de ce qui précède, il apparaît que dans l'hypothèse où même une pleine capacité de travail dans une activité adaptée devait être reconnue au recourant au-delà d'avril 2019, la reprise d'une activité professionnelle n'aurait pas été exigible sans examen de la mise en œuvre préalable de mesures de réadaptation. Or force est de constater que la question de la réadaptation sous l'angle de l'art. 17 LPGA n'a pas été abordée et devra l'être si le complément d'instruction confirme la suppression de la rente.

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**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). En l'occurrence, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 3 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant retournée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à I. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Karim Armand Hichri (pour l. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :