

NE_GERICHTE CDP.2020.420 vom 28. Juni 2021

NE Tribunal cantonal, 2021-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2020.420

FR: NE_GERICHTE CDP.2020.420 du 28 juin 2021

IT: NE_GERICHTE CDP.2020.420 del 28 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

a) Conformément à l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article 8 al. 1 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 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 (al. 1 dans sa teneur jusqu'au 31.12.2020, en lien avec l'art. 83 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). b) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les références citées; arrêt du TF du 04.07.2014 [8C_442/2013] cons. 2). En matière d'appréciation 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les

conclusions du médecin soient dûment 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 143 V 124 cons. 2.2.2, 134 V 231 cons. 5.1, 125 V 351 cons. 3a, 122 V 157 cons. 1c et les références citées; arrêt du TF du 06.03.2018 [9C_453/2017] cons. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; arrêts du TF du 27.09.2010 [4A_412/2010] cons. 3.1 et du 19.08.2009 [8C_862/2008] cons. 4.2). c)

L'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes (art. 28 al. 1 LAI) : 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 (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI) : un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente AI, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente AI, un taux d'invalidité de 60 % au moins à trois quarts de rente AI et un taux d'invalidité de 70 % au moins à une rente entière. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du TF du 17.05.2018 [9C_36/2018] cons. 4.2 et du 15.04.2010 [9C_609/2009] cons. 7.2.1 et les références citées). Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé. Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances objectives et subjectives du cas concret, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêts du TF du 17.05.2018 [9C_36/2018] cons. 4.2 et du 15.04.2010 [9C_609/2009] cons. 7.2.3 et les références citées). De jurisprudence constante, ce n'est

qu'à des conditions strictes que l'on peut considérer qu'un changement d'activité professionnelle, singulièrement la cessation d'une activité agricole, ne constitue pas une mesure raisonnablement exigible de l'assuré; en particulier, l'activité exercée jusqu'alors ne doit pas être poursuivie aux coûts de l'assurance-invalidité, même si l'intéressé effectue un travail d'une certaine importance économique (arrêt du TF du 17.05.2018 [9C_36/2018] cons. 4.2 in fine et les références citées). d) En vertu de l'article 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 144 I 103 cons. 2.1, 134 V 131 cons. 3, 130 V 343 cons. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'article 17 al. 1 LPGA (ATF 144 I 103 cons. 2.1, 141 V 9 cons. 2.3). La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 cons. 5; cf. également arrêt du TF du 04.02.2021 [8C_145/2020] cons. 4.1). Si les conditions de la révision ne sont pas remplies, la décision de rente peut éventuellement être modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération (ATF 125 V 368 cons. 2). Aux termes de l'article 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est manifestement erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 140 V 77 cons. 3.1, 125 V 383 cons. 3, 119 V 475 cons. 1b/cc). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit (ATF 146 V 364 cons. 4.2). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 cons. 2c, 115 V 308 cons. 4a/cc). L'exigence du caractère manifestement erroné de la décision est en règle générale réalisée lorsque le droit à des prestations d'assurance a été admis en application de fausses bases légales ou que les normes déterminantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière incorrecte (arrêt du TF du 04.02.2021 [8C_145/2020] cons. 4.2 et les références citées). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas

remplies (arrêt du TF du 30.10.2015 [9C_194/2015] cons. 2.2 et les références citées).

E. 3

a) En l'espèce, le litige porte sur la réduction à trois quarts de rente, par la voie de la reconsidération, de la rente entière d'invalidité accordée au recourant par décision du 2 juillet 1998. Dans la décision ici querellée, l'OAI a considéré que sa décision du 2 juillet 1998 était manifestement erronée, au motif que le recourant, qui n'était certes plus en mesure d'effectuer des travaux de mécanique, de tôlerie/carrosserie et de finitions et nettoyages des véhicules, pouvait encore effectuer des tâches de direction/administration et de vente de véhicules, et ce « depuis de nombreuses années ». Dans sa motivation complémentaire, l'intimé a précisé qu'il s'était essentiellement fondé sur l'analyse de la situation professionnelle du recourant car il avait appris, lors de l'instruction du dossier, que celui-ci avait continué à s'occuper de la gestion de son entreprise malgré la survenance de son atteinte à la santé. A cet égard, l'OAI a relevé que son instruction, respectivement le rapport d'enquête pour indépendant du 12 février 2020, lui avait permis d'établir que l'intéressé était en mesure d'assurer la direction, l'administration et la vente de véhicules et que l'exercice de ces activités pouvait continuer d'être exigé de sa part, compte tenu du fait que son état de santé n'avait, depuis le projet de décision, pas connu de péjorations avérées.

b) Avant tout examen au fond, il convient d'examiner si une reconsidération de la décision d'octroi de rente, rendue en 1998 et confirmée à l'issue des procédures de révision introduites en 2001, 2005, 2011 et 2014, était ici admissible. Il ressort du dossier que l'OAI a rendu sa décision du 2 juillet 1998 sur la base des avis médicaux des 4 juillet et 11 septembre 1997 recueillis auprès des Drs A. _____ et B. _____, médecins neurologue respectivement généraliste en charge de l'assuré, et étayés par la production de rapports de consultation et d'hospitalisation du Dr A. _____ et du service de neurologie du CHUV. Dans ces documents, les diagnostics posés mentionnent, parfois avec des nuances, des pertes de connaissance syncopale répétées, une (probable) première poussée de sclérose en plaques et une (éventuelle) comitialité. Une incapacité de travail est attestée par le Dr B. _____, à hauteur de 50 % du 1^{er} février au 31 juillet 1996, puis à un taux de 100 % et de manière continue, dès le 1^{er} août 1996. L'OAI a également pris des renseignements auprès du garage X. _____ SA. Le questionnaire rempli le 25 août 1997 fait état d'un contrat de travail pour une activité à 100 % (9 heures par jour, 5 jours par semaine) depuis 1992, qui n'a pas pris fin, et rapporte une incapacité de travail à 50 % de février à juin 1996 et à 100 % depuis juin 1996 (dernier jour de travail effectif le 05.06.1996). Sans plus de questionnement et avec l'approbation de son médecin (donnée par simple timbre le 20.01.1998), l'OAI a alors estimé qu'il y avait lieu d'octroyer une rente entière à son assuré. Si le dossier sur lequel s'est fondé l'OAI pour rendre une telle décision est effectivement relativement mince, force est de constater que l'intimé disposait à ce stade d'éléments médicaux convergents, mettant en lumière l'apparition d'une atteinte à la santé importante, potentiellement progressive, mais dont l'évolution et le succès thérapeutique n'étaient pas encore déterminables. Compte tenu de l'incapacité de travail totale attestée par le Dr B. _____ et du contexte défavorable relayé par l'assuré (note d'entretien téléphonique du 15.01.1998), le degré d'invalidité de 100 % retenu à l'époque par l'OAI n'était pas contraire au dossier et la décision prise, qui était éventuellement prématurée, faute de recul suffisant, ne peut toutefois être qualifiée de manifestement erronée, ce qui exclut par conséquent la voie de la reconsidération. A cet égard, on relèvera en outre que les motifs évoqués à l'appui de la reconsidération par l'intimé ne sont pas pertinents pour déterminer si la décision initiale d'octroi de rente était ou non admissible, au vu de la

situation prévalant à l'époque. En effet, l'analyse de la situation professionnelle du recourant entreprise en raison de faits appris lors d'une instruction ultérieure du dossier et concrétisée par l'enquête économique conduite en février 2020, respectivement le fait que le recourant aurait été en mesure d'effectuer certaines tâches au sein de son garage « depuis de nombreuses années », sont des éléments subséquents, qui n'ont pas influencé le raisonnement mené par l'OAI en 1998 et qui ne permettent aucunement de révéler une irrégularité dans la décision prise à la lumière des faits qui étaient connus à l'époque et du droit alors en vigueur. Par conséquent, les conditions d'une reconsidération, soumise à des exigences strictes pour des motifs de sécurité juridique, ne sont en l'occurrence pas remplies et c'est à tort que l'OAI s'en est prévalu pour remettre en cause sa décision du 2 juillet 1998. Au vu de l'âge du recourant à cette époque (32 ans lorsque la décision du 02.07.1998 a été rendue), on peut en revanche s'étonner que l'OAI n'ait, à l'occasion des procédures de révision subséquentes et alors que l'évolution de l'atteinte à la santé pouvait être mieux évaluée sur le plan médical, pas procédé à davantage de mesures d'instruction et n'ait à aucun moment approfondi le point de savoir où en était le recourant sur le plan professionnel, respectivement si celui-ci présentait ou non une capacité de travail résiduelle, dans l'activité précédemment exercée ou dans une autre activité adaptée. Un tel examen s'imposait d'autant plus que l'incapacité de travail totale et continue n'émanait que de l'appréciation du médecin traitant de l'assuré et que selon la jurisprudence précitée (cons. 2b ci-dessus), il y a lieu de prendre en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en raison de la relation de confiance nouée, à prendre parti pour son patient. Quand bien même il incombait au recourant de se réadapter, afin d'atténuer le dommage de l'assurance-invalidité, et de renseigner l'OAI, force est de constater que l'intimé, qui a pourtant maintes fois repris le dossier, tant dans le cadre des révisions régulièrement introduites que sous l'angle de la question de l'allocation pour impotent, n'a pas rempli ses obligations découlant du principe inquisitoire en vigueur dans le domaine des assurances sociales (ancré désormais à l'art. 43 LPGA et rappelé notamment dans l'ATF 145 V 90 cons. 3.2) et a laissé cette situation perdurer durant de longues années (i.e. plus de 20 ans).

c) Si c'est à raison que l'OAI a finalement, suite à la notice de son juriste du 25 avril 2019, cherché à éclaircir le point de savoir si l'atteinte à la santé du recourant avait réellement des répercussions économiques justifiant le maintien du droit à la rente entière de son assuré et a ouvert une nouvelle procédure de révision, on ne saurait se satisfaire de l'instruction menée dans le cadre de cette démarche. En effet, ainsi que l'admet l'intimé lui-même, depuis l'octroi des prestations, l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré et « s'est même plutôt dégradé ». Lors d'un bilan neuropsychologique effectué à la Clinique E._____, en novembre 2018, des troubles cognitifs moyens à sévères ont été mentionnés (cf. rapport du 10.01.2019) et une incapacité de travail totale est toujours attestée par le médecin traitant (cf. courrier du Dr C._____ du 28.02.2020, encore confirmé le 23.11.2020). Par ailleurs, l'assuré a été mis au bénéfice de moyens auxiliaires pris en charge par l'OAI, en particulier d'un fauteuil roulant depuis le 1^{er} février 2018. De toute évidence, l'intimé ne pouvait faire fi de l'avis des médecins, jusqu'alors non remis en question, et se fonder sur la seule enquête économique menée le 6 février 2020 pour admettre soudainement une capacité de travail de 35 % dans une activité de garagiste, réorganisée en fonction de tâches jugées exigibles de la part de l'assuré. Ni la présence physique du recourant dans son garage, ni les conclusions de l'enquêteur, qui ne concordent au surplus pas avec celles de l'enquête d'impotence du 22 janvier 2010 (recte : 2020) en ce qui concerne le rôle de l'assuré dans le cadre de la vente de véhicules (cf. rapport du

12.02.2020, p. 6), ne permettaient à l'OAI de retenir la capacité résiduelle de travail estimée dans le rapport d'enquête économique et résultant de pourcentages dont on ne sait en outre nullement s'ils correspondent aux aptitudes médicales de l'assuré, au potentiel du garage X. _____ SA et à la situation du marché. Cela étant, on relèvera que l'inscription formelle du recourant au registre du commerce en tant qu'administrateur-directeur de la société précitée ne suffit pas non plus à affirmer que l'assuré jouait, malgré son atteinte à la santé et depuis de nombreuses années, le rôle professionnel actif que lui attribue l'OAI et a fortiori qu'il en était encore ainsi à la date de la décision ici querellée. Un examen plus détaillé de l'historique des inscriptions révèle que X. _____ SA a procédé à d'importantes modifications en 2006, soit 10 ans après le début de l'incapacité de travail totale médicalement attestée de l'intéressé (augmentation du capital-actions, élargissement du but de la société, changements dans l'administration et les personnes ayant qualité pour signer, etc.) et que jusqu'à cette date, le recourant ne disposait que d'une procuration individuelle, sans fonction d'administrateur. La comparaison des activités de l'assuré pour le métier de « garagiste et carrossier » avec et sans invalidité, réalisée dans le cadre de l'enquête économique, ne tient pas compte de l'évolution de la société depuis l'apparition de l'atteinte à la santé du recourant, et en particulier de la diversification de son but en 2006 dans le domaine de la « promotion et réalisation de projets immobiliers ». Le rapport d'enquête du 12 février 2020 relève certes qu'« il y a eu des acquisitions d'immeubles activés au bilan qui n'existaient pas par le passé » (p. 5), mais uniquement pour justifier l'application de la méthode d'évaluation extraordinaire, sans s'interroger sur les éventuelles possibilités de développement de cette activité. Quoi qu'il en soit, une vérification dans les faits de la portée réelle des données découlant du registre du commerce devait à tout le moins être entreprise, à la lumière de l'ensemble du dossier, pour justifier les conclusions de l'intimé sur ce point. d) Au vu de ce qui précède, on doit admettre que la décision querellée, qui retient que le recourant a poursuivi l'exploitation de son entreprise en dépit de son atteinte à la santé, ne repose sur aucune constatation objective convaincante et est contredite par les appréciations médicales au dossier, auxquelles l'OAI a pourtant adhéré jusque-là. En l'absence de capacité de travail avérée, l'intimé ne pouvait admettre que l'assuré disposait d'une capacité de gain préservée, et encore moins se rallier à l'évaluation de l'invalidité découlant de l'enquête économique. Le rapport du 12 février 2020, qui fonde essentiellement la réduction de rente ici critiquée, n'est pas suffisamment étayé pour établir que le recourant, qui certes passe du temps dans le garage X. _____ SA, participe effectivement – activement ou passivement – à la marche des affaires de l'entreprise. Il n'examine d'ailleurs que partiellement le champ d'activités de la société, étendu suite à la réorganisation intervenue en 2006. Pour toutes ces raisons, force est de constater qu'en l'état, le dossier ne permet pas de statuer. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan médical (ATF 137 V 210 cons. 4.4.1.4), afin de déterminer si le recourant dispose d'une capacité de travail résiduelle, cas échéant à quel pourcentage et dans quelle activité. Sur cette base, l'OAI pourra alors déterminer si la rente entière octroyée par décision du 2 juillet 1998, confirmée par communications des 16 novembre 2001, 12 décembre 2005, 9 juin 2011 et 7 octobre 2014, doit être révisée, étant ici rappelé qu'une révision peut intervenir quand bien même l'état de santé de l'assuré ne s'est pas amélioré mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. cons. 2d ci-dessus). A cet égard, on précisera que si la continuation ou une réorganisation de l'activité précédemment exercée constitue une option souvent privilégiée, en particulier chez les assurés de condition indépendante (ou dans une

constellation similaire à celle du recourant), il ne s'agit pas forcément d'une pleine valorisation de la capacité de travail résiduelle sur le plan économique et que cas échéant, un changement de profession en faveur d'une autre activité plus lucrative peut être exigé (cf. cons. 2c ci-dessus). Contrairement à ce qu'indique l'intimé dans sa motivation complémentaire, il ne s'agit pas d'exiger, en vertu de l'obligation de réduire le dommage, que le recourant poursuive l'exercice de son activité habituelle, mais bien de veiller à ce que celui-ci mette pleinement à profit ses aptitudes résiduelles sur le marché global du travail. Enfin, on soulignera que conformément à la jurisprudence, il convient de distinguer clairement la situation personnelle de la personne assurée, seule déterminante au regard de l'assurance-invalidité, de celle de l'entreprise dont elle est la propriétaire économique, de sorte que le droit aux prestations doit en l'occurrence être fixé en fonction de la propre prestation de travail exigible du recourant, eu égard à son atteinte à la santé et à sa capacité de gain, indépendamment des résultats comptables de X. _____ SA et de l'aide apportée dans l'entreprise par des membres de la famille ou d'autres employés (cf. notamment arrêts du TF du 25.03.2011 [9C_572/2010] cons. 3.5 et du 07.10.2009 [9C_236/2009] cons. 3.3).

E. 4

Il s'ensuit que le recours doit être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'OAI afin qu'il complète l'instruction au sens des considérants et rende une nouvelle décision. La cause étant tranchée au fond, la requête du recourant visant à la restitution de l'effet suspensif devient sans objet.

E. 5

Vu le sort de la cause, les frais de procédure doivent être mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1 bis LAI). L'avance de frais de 440 francs versée par le recourant pourra lui être restituée. Par ailleurs, le recourant, qui obtient gain de cause et plaide avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPG), dans les limites prévues par la loi du 6 novembre 2019 fixant le tarif des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative (LTFrais). Le mandataire du recourant n'ayant pas déposé d'état de ses honoraires et frais, la Cour de céans fixera en conséquence les dépens sur la base du dossier (art. 64 al. 2 LTFrais , applicable par renvoi de l'art. 67 LTFrais). L'activité déployée par le mandataire, qui représentait déjà l'assuré devant l'OAI, peut être évaluée à environ 8 heures. Eu égard au tarif usuellement appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 280 francs de l'heure (soit en l'espèce CHF 2'240), des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 52 LTFrais , soit CHF 224) et de la TVA (au taux de 7,7 %, soit CHF 189.70), l'indemnité de dépens est ainsi fixée à 2'653.70 francs, débours et TVA compris.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.