

VD_FINDINFO AI 541/09 - 332/2011 vom 13. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_541_09_-_332_2011

FR: VD_FINDINFO AI 541/09 - 332/2011 du 13 juillet 2011

IT: VD_FINDINFO AI 541/09 - 332/2011 del 13 luglio 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ACTIVITÉ LUCRATIVE INDÉPENDANTE, REVENU D'INVALIDE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.07.2011 AI 541/09 - 332/2011

RENTE D'INVALIDITÉ, ACTIVITÉ LUCRATIVE INDÉPENDANTE, REVENU D'INVALIDE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 541/09 - 332/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2011

Présidence de M. Jomini Juges : M. Bidiville et

Mme Feusi, assesseurs Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre :

I. _____, à Servion, recourant, représenté par Me Franck-Olivier Karlen, avocat à Morges, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI En fait : A. I. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1968, titulaire d'une patente de cafetier-restaurateur, a travaillé en qualité d'indépendant au Restaurant-Pizzeria-Motel H. _____, entreprise individuelle à [...]. Le 5 février 2008, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant de douleurs dorsales depuis juin 2006. Au plan médical, le dossier de l'assuré auprès de son assureur perte de gain a été produit. Il en ressort notamment les documents suivants: - Un rapport du 11 septembre 2006 du Dr N. _____, spécialiste FMH en médecine générale à Lausanne, retenant les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques sur canal lombaire étroit L4-L5 mixte et d'hypertension artérielle traitée, puis une incapacité de travail de 100% depuis le 16 juin 2006. - Un rapport du 24 avril 2007 du Dr N. _____, constatant l'absence d'amélioration des douleurs et des difficultés à la marche ou en position debout prolongée; il a prescrit un traitement anti-inflammatoire, signalé une consultation au service d'antalgie du CHUV et évalué l'incapacité de travail à 70% depuis le 30 décembre 2006. - Un rapport d'examen du 25 mai 2007 du Dr K. _____, spécialiste FMH en neurologie à la clinique de Genolier, posant les diagnostics de pseudoclaudication unilatérale gauche à la suite de la présence d'une sténose du canal rachidien entre L4-L5, sur la base des résultats d'un CT Scan lombaire effectué le 7 août 2006, mettant en évidence une arthrose apophysaire postérieure à gauche entre L5-S1 et entre L4-L5 une sténose du canal rachidien en présence d'une hypertrophie du ligament jaune et un prolapsus discal. Il a proposé un avis neurochirurgical pour déterminer les activités raisonnablement exigibles de l'assuré et a indiqué que, pour le moment, la capacité de travail était au maximum de 30%. - Un rapport du 8 novembre 2007 du Dr N. _____, constatant la persistance des douleurs, décrites comme probablement stationnaires dès lors

que l'assuré ne souhaitait pas d'intervention chirurgicale ni d'infiltration locale. Dans une activité adaptée (absence de port de charges, travail en alternance de positions), il a retenu une capacité de travail entre 50 et 70%. Sur le plan économique, l'assuré a remis à l'OAI des pièces comptables (notamment bilans, comptes pertes et profits) de 2003 à 2006, ainsi que des décisions de taxation fiscale et des déclarations d'impôts, de 2002 à 2006. Une décision du 16 avril 2008 de la caisse de compensation [...] a été versée au dossier, mettant en évidence un revenu de 57'680 fr. provenant de l'activité lucrative indépendante exercée par l'intéressé. L'OAI s'est adressé au Dr N. _____, qui dans un rapport du 4 avril 2008 a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies gauches chroniques sur canal lombaire étroit L4-L5 mixte (congénital et discopathie L4-L5), n'a pas prévu d'amélioration possible, seule une intervention chirurgicale pouvant y contribuer, et a indiqué une incapacité de travail de 70% depuis le 1^{er} décembre 2006. Il s'est également prononcé sur les limitations fonctionnelles, l'assuré pouvant rester 2-3h dans la même position et ne pouvant pas porter plus de 15 kilos. Ce médecin a en outre remis notamment les documents suivants: - Un rapport du 20 septembre 2006 de la Dresse W. _____, spécialiste FMH en neurologie, infirmant la présence de syndrome lombovertébral et de syndrome radiculaire irritatif, puis proposant un traitement (en particulier de physiothérapie et anti-inflammatoire) et un avis neurochirurgical en cas d'échec de ces mesures; elle a également proposé d'autres examens. - Un rapport d'examen du 7 mars 2008 du Dr V. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie à Genève, posant le diagnostic de canal lombaire étroit en L4-L5, radiologiquement documenté, se manifestant par une claudication neurogène du MIG. Il a retenu une incapacité de travail actuelle de 70% et a proposé un traitement neurochirurgical sous forme de laminectomie décompressive, pouvant améliorer la capacité de travail dans des activités raisonnablement exigibles. Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assuré a été soumis à un examen clinique rhumatologique, effectué en date du 26 juin 2008 par le Dr C. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie au SMR. Le 10 juillet 2008, ce médecin a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies à gauche sur canal lombaire étroit L4-L5 avec claudication neurogène du membre inférieur gauche, puis a retenu une capacité de travail de 30% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, depuis le 1^{er} décembre 2006. Il a notamment retenu ce qui suit. "Assuré de 39 ans au bénéficiaire d'une patente de cafetier restaurateur. Depuis 2001 il est propriétaire d'un motel restaurant. Souffre de lombosciatalgies à gauche depuis la fin des années 90. Depuis 2006 l'intensité des douleurs a augmenté. Les divers examens montrent des troubles dégénératifs de la colonne lombaire avec un canal lombaire étroit L4-L5. L'assuré présente une clinique compatible avec une claudication neurogène du membre inférieur gauche. Il refuse le traitement chirurgical proposé par ses spécialistes. L'assuré travaille à nouveau à partir du 1^{er} décembre 2006 à 30%. Il travaille debout en faisant des pizzas. L'assuré a été vu en expertise à la demande de son assurance maladie, en mai 2007 par le Professeur K. _____, ce confrère a conclu que la capacité de travail de l'assuré en tant que patron d'un motel restaurant est de 30%. Il ne se prononce pas sur sa capacité de travail dans un travail adapté. L'assuré a été vu en expertise en décembre 2007 par le Dr V. _____ qui arrive aux mêmes conclusions et ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assuré dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles. Le Dr N. _____, médecin-traitant dans son rapport à l'assurance maladie de l'assuré semble [la] situer entre 50 et 70% sans donner des arguments à cette diminution de la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles L'assuré peut effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire

principalement assis. Doit éviter le port de charges supérieur à 15 kilos. Doit éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux. Des courts déplacements à plat sont possibles. Doit éviter la station debout prolongée. [...] Le métier de patron d'un motel restaurant est très varié, il y a des tâches administratives lesquelles sont déléguées à une fiduciaire, il y a l'organisation du travail des employés et l'accueil des clients. L'assuré travaille 2 à 3 heures par jour en tant que pizzaiolo. Ce métier n'est pas adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Dans un métier adapté aux limitations fonctionnelles décrites auparavant nous n'avons aucun argument pour limiter cette capacité". Dans un rapport d'examen SMR du 21 juillet 2008, le Dr J. _____ a fait siennes les conclusions du Dr C. _____ au sujet du diagnostic et de son incidence sur la capacité de travail de l'assuré. En septembre 2008, l'OAI a procédé à une enquête économique pour les indépendants. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2008, il a indiqué que l'assuré, avant ses problèmes de santé, travaillait environ 70 heures par semaine et qu'il n'y travaillait désormais que quelques heures par jour. Sur la base des pièces comptables et d'une correction des amortissements (à hauteur de 3% du capital-actions), il a retenu un bénéfice net, majoré des charges sociales et en prenant la moyenne de 2004 et 2005, de 63'391 fr. En tenant compte du revenu de salariée de l'épouse de l'assuré – qui avait repris les tâches de son mari – et de la part de revenu de chacun des époux, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 68'564 fr. et un revenu d'invalidité (dans la même activité, selon un horaire hebdomadaire de 25h30) de 26'119 fr., mettant en évidence un préjudice économique de 61.9%. Sur le plan économique, le cas a été soumis au juriste de l'OAI qui, dans un rapport du 17 février 2009, a retenu qu'il était raisonnablement exigible au vu des circonstances (âge de l'assuré permettant des mesures de réadaptation, investissements consentis, viabilité de l'entreprise incertaine) que l'assuré renonce à son activité indépendante pour mettre en valeur sa capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Se référant au rapport d'enquête économique précité, il a retenu un revenu sans invalidité de 68'564 fr. Lors d'un entretien avec un collaborateur de l'OAI le 25 mars 2009, l'assuré a déclaré qu'il ne souhaitait pas abandonner son activité d'indépendant ni travailler comme salarié pour un revenu moindre à celui réalisé dans son établissement. Il a en outre indiqué qu'il n'était pas intéressé par une mesure de reclassement professionnel. B. Dans un préavis du 27 mars 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'AI. Il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail durable depuis le 16 juin 2006 et, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, une pleine capacité de travail. Relevant qu'il était exigible que l'assuré cesse son activité indépendante et que celui-ci avait refusé une démarche de réadaptation, l'OAI a retenu un revenu d'invalidité de 54'130 fr. – selon l'enquête suisse sur la structure des salaires dans des activités simples et répétitives en 2006, en tenant compte d'un abattement de 10% – et un revenu sans invalidité de 69'661 fr., mettant en évidence un degré d'invalidité de 22%, ne donnant pas droit à une rente d'invalidité. Le 2 juin 2009, par son mandataire, l'assuré a contesté ce préavis et a conclu à l'octroi d'un trois quarts de rente d'invalidité, subsidiairement à ce qu'il soit procédé à une étude plus approfondie des conséquences financières en cas de remise de son établissement. Dans un avis médical SMR du 30 juin 2009, les Drs D. _____ et J. _____ ont indiqué qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux sur le plan médical, expliquant que l'avis du Dr N. _____ au sujet de la diminution de la capacité de travail n'était pas motivé et que celui du Dr C. _____ – qui retient notamment une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en tenant compte des limitations fonctionnelles – était prépondérant. Le 9 octobre 2009, le juriste de l'OAI a retenu qu'au vu des rapports médicaux figurant au dossier, l'assuré présentait une

capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, et que compte tenu des circonstances il était raisonnablement exigible de sa part, compte tenu de son obligation de diminuer le dommage, qu'il renonce à son activité indépendante pour reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par décision du 16 octobre 2009, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations d'invalidité, pour les mêmes motifs que ceux figurant dans son préavis. Le même jour, l'OAI a adressé à l'assuré une lettre d'accompagnement explicative. C. Par acte du 18 novembre 2009 de son mandataire, I. _____ fait recours au Tribunal cantonal et conclut à l'annulation de la décision du 16 octobre 2009 et à l'octroi d'un trois quarts de rente d'invalidité, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. Se prévalant de l'avis de son médecin traitant, le Dr N. _____, il soutient que sa capacité de travail ne peut être de 100% dans une activité adaptée. Compte tenu notamment des investissements consentis en vue de l'acquisition de son établissement, des possibilités de développer celui-ci, de sa capacité à y travailler au taux de 30%, de sa clientèle régulière, de son bon chiffre d'affaire et de l'aide apportée par sa famille dans son travail, il relève qu'il n'est pas raisonnablement exigible d'exiger de sa part de renoncer à son activité indépendante et de vendre son commerce de plus de dix ans, pour exercer une activité résiduelle hypothétique entre 50 et 70%. Il requiert l'établissement d'une expertise économique afin de tenir compte des bilans des deux dernières années et des conséquences financière résultant d'une vente de l'établissement, puis propose un complément médical au sujet de la faisabilité d'une laminectomie décompressive dès lors qu'il est obèse et souffre d'hypertension artérielle depuis des années. Dans sa réponse du 3 février 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, renvoyant à la décision attaquée et à sa lettre d'accompagnement. E n d r o i t : 1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond pour le surplus aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Dans le cas présent, le droit à une rente d'invalidité est seul litigieux, le recourant ayant indiqué ne pas vouloir entrer dans une démarche de réadaptation professionnelle. En premier lieu, le recourant critique l'appréciation faite par l'OAI des pièces médicales figurant au dossier et conteste disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 er in fine LAI). En vertu de l'art. 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente et un degré d'invalidité de 50% au moins à une demi-rente. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; TF I 53/06 du 22 mars 2007 consid. 5; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 3. a) Sur le plan médical, l'assuré souffre de douleurs lombaires et présente le diagnostic de lombosciatalgies à gauche sur canal lombaire étroit L4-L5 avec claudication neurogène du membre inférieur gauche, ainsi que l'ont notamment retenu les Drs N._____ et C._____. Le 26 juin 2008, l'assuré a été soumis à un examen clinique rhumatologique par le Dr C._____, du SMR. Ce médecin a retenu une capacité de travail de 30% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, depuis le 1^{er} décembre 2006; comme limitations fonctionnelles, il a indiqué que l'assuré pouvait effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire principalement assis, en évitant le port de charges supérieur à 15 kilos, la station debout prolongée et les travaux penché en avant ou en porte-à-faux, de courts déplacements à plat étant possibles. Il a relevé que l'activité de pizzaïolo, exercée par l'assuré à raison de deux à trois heures par jour, n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles. b) On ne voit pas de raisons de s'écarter des conclusions, au demeurant convaincantes et reposant sur un examen médical complet de l'assuré, du Dr C._____. Comme ce médecin le relève par ailleurs, les Drs K._____ et V._____ ne se prononcent pas précisément au sujet de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, leur avis portant bien plus sur des propositions thérapeutiques sur le plan neurologique. Pour sa part, le recourant se prévaut principalement de l'avis de son médecin traitant, le Dr N._____. Dans ses rapports des 8 novembre 2007 et 3 avril 2008, ce médecin a retenu que dans une activité adaptée (absence de port de charges, travail en alternance de positions), l'assuré présentait une capacité de travail entre

50 et 70%. On relèvera toutefois que le Dr N. _____ est médecin généraliste et non, comme le Dr C. _____, spécialisé en chirurgie orthopédique et en traumatologie, que ses motivations sont pour le moins sommaires (en l'absence notamment d'une description de l'examen médical effectué), qu'il n'a pas mentionné d'atteinte objective qui aurait été omise par le Dr C. _____ et que son avis, en tant que médecin traitant de l'assuré, doit être apprécié avec les réserves d'usage s'agissant de la capacité de travail. Quant à la remarque du recourant tendant à un complément médical au sujet de la faisabilité d'une laminectomie décompressive, on relèvera qu'il s'agit d'une proposition thérapeutique, le Dr V. _____ ayant requis un tel traitement neurochirurgical (rapport du 7 mars 2008), et que l'assuré s'est opposé à un traitement chirurgical ou à des infiltrations, ainsi que l'ont signalé le Dr N. _____ (rapports des 8 novembre 2007 et 4 avril 2008) et le Dr C. _____. L'absence d'indications plus précises au sujet de la faisabilité d'une telle opération n'a au demeurant pas empêché le Dr C. _____ de se prononcer en toute connaissance de cause sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Du reste, l'obésité et l'hypertension artérielle (qui est traitée) – invoquées par le recourant en lien avec une laminectomie décompressive – sont sans répercussion sur la capacité de travail, ainsi que l'ont relevé les Drs N. _____ (rapport du 3 avril 2008) et C. _____. Il n'y a donc pas lieu de procéder à un complément d'instruction sur le plan médical. c) Pour le surplus, dans son rapport du 10 juillet 2008, le Dr C. _____ se base sur une anamnèse complète (en particulier familiale, professionnelle, actuelle et par système), sur des examens complets (status général et ostéoarticulaire, tenant compte des pièces radiologiques) et sur les plaintes de l'assuré. Il se fonde ensuite sur une appréciation médicale claire, exempte de contradictions, ainsi que sur des conclusions dûment étayées et motivées, de sorte que ce rapport répond aux critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante. On retiendra donc, conformément à l'avis du Dr C. _____, que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 4. Il reste à examiner le revenu d'invalidité, permettant de fixer le degré d'invalidité. L'OAI tient comme exigible que l'assuré cesse son activité indépendante auprès du Restaurant-Pizzeria-Motel H. _____ pour exercer une activité adaptée à son état de santé, ce qui est contesté par le recourant. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 313 consid. 3a; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.1). Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions

valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs.

Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.3 et les références citées). b) Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI], FF 2005 4223 n. 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche investigative au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles - fonctionnelles et/ou intellectuelles - de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées d'un assuré doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (TF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.1 et les références citées; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.4.1). 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. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références citées; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.2.1; TF 9C_394/2009 du 8 janvier 2010 consid. 5.2.1). 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 pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.2.1 et les références citées; TF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.2; TFA I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1). Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un

cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle. Conformément au principe de la proportionnalité, il convient en revanche de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées, au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (ATF 113 V 22 consid. 4d p. 32; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.2.2; TF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.3, les deux avec référence citée). c) 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 (TF 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.2.3). 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 (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.2.3 et les références citées; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4). 5. a) Dans le cas présent, l'OAI a procédé à une enquête économique pour les indépendants, établie conformément aux indications de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'AI (ci-après: CIIAI; ch. 2029 ss notamment) et dont les résultats ne sont pas contestés (rapport du 1^{er} octobre 2008). Avant ses problèmes de santé, l'assuré a déclaré qu'il travaillait environ 70 heures par semaine et qu'il n'y travaillait désormais que quelques heures par jour (p. 3 du rapport d'enquête économique). L'assuré a déclaré qu'il ne passait pas plus de trois heures par jour dans le restaurant en semaine en assumant la confection des pizzas et que les week-ends il travaillait plutôt à l'office, ne supportant pas le stress en cas de forte affluence; une à deux fois par semaine il faisait les courses courantes, souvent accompagné de son épouse (p. 4), expliquant également qu'il ne s'occupait pas des tâches administratives, déléguées à une fiduciaire. Concernant l'organisation du travail, l'enquêteur a relevé que l'assuré était secondé par son épouse – qui a dû augmenter son temps de travail dans l'entreprise – et par ses enfants, âgés de 13 et 14 ans au moment de l'établissement du rapport (p. 3). S'agissant de la situation en 2007, l'enquêteur a indiqué que l'assuré avait pu bénéficier également d'aides bénévoles (en échange de repas) et d'autres membres de la famille (cousin et beau-frère) (p.4). Une situation de surcharge au travail a été signalée, engendrant des tensions entre l'assuré et son épouse (qui s'épuise à ce "rythme de travail effréné"), l'aide de la famille n'étant pas acquise (il s'agissait d'une situation transitoire) et la situation ne pouvant pas continuer avec si peu de personnel (p. 4, 8 et 9). Au vu des limitations

fonctionnelles décrites par le Dr C._____ (rapport du 10 juillet 2008) et compte tenu des difficultés de l'assuré à exercer son activité indépendante en raison de ses douleurs et du stress engendré, malgré l'aide apportée par sa famille, le rendement de l'intéressé dans son activité de restaurateur est fortement amoindri. Le recourant devrait notamment travailler dans une activité lui permettant de changer fréquemment de positions, ce qu'il ne lui est pas possible de faire dans son établissement, dès lors que sa fonction principale de pizaiolo (également selon les indications données au Dr C._____) se pratique en position debout et qu'il ne s'occupe pas des tâches administratives, déléguées à une fiduciaire. Malgré les efforts consentis par l'assuré, il ne s'agit donc pas d'une activité adaptée sur le plan. Cela étant, compte tenu des conclusions de ce médecin, il faudra vraisemblablement que l'assuré accepte une intervention. b) Comme relevé par l'enquêteur de l'OAI, le Restaurant-Pizzeria-Motel H._____, situé en dehors d'une localité, a une clientèle relativement locale, voire régionale. Les difficultés actuelles du secteur de l'hôtellerie-restauration (qui sont notoires pour ce type de PME) sont mises en évidence, surtout pour les établissements – comme celui de l'assuré – situés en dehors des centres urbains, compte tenu de la nécessité de pouvoir y attirer une clientèle régulière. Le taux de remplissage du motel est, selon l'assuré, d'environ 20 à 30% (p. 2); concernant une amélioration de ce taux, l'assuré a expliqué avoir fait des expériences – qu'il n'envisage pas de renouveler – avec des CSR (centres sociaux régionaux) (p. 9-10) et il n'a pas fait mention d'autres possibilités permettant d'améliorer la rentabilité de son établissement. Dans ces conditions, l'établissement de l'assuré, surtout le motel, n'est pas suffisamment rentable pour pouvoir faire face à des difficultés financières. L'enquêteur a bien relevé que nombre d'établissements dans ce secteur connaissent des difficultés, de sorte que l'assuré, malgré ses efforts et le soutien de sa famille, s'expose à des problèmes de rentabilité en continuant d'exploiter son établissement, qui plus est situé en dehors des zones urbaines et fréquentées. Au sujet de la situation financière de l'établissement, l'enquêteur a certes relevé que l'entreprise paraissait viable sur le plan comptable (p. 10). Pourtant, l'assuré a expliqué avoir repris le restaurant en septembre 2001 pour 120'000 fr. puis avoir acheté l'hôtel et le restaurant, nécessitant un emprunt bancaire de 520'000 fr. (p. 3). Il a fait part de ses difficultés par rapport à la situation, ayant procédé à des investissements importants suite à l'achat des bâtiments, puis a expliqué avoir pu honorer ses créanciers et employés en 2006 et 2007 en raison d'indemnités journalières qu'il touchait alors (p. 8). Ensuite, il a déclaré ne pas envisager de changer d'activité, précisant avoir tout investi dans cette exploitation et que la vendre serait un échec (p. 9). Quand bien même le recourant a procédé à d'importants investissements en vue de l'exploitation puis du rachat du Restaurant-Pizzeria-Motel H._____, qu'il a repris en septembre 2001, et a visiblement consenti des efforts organisationnels notamment avec l'aide de sa famille, il est raisonnablement exigible de sa part – sous l'angle de son obligation de diminuer le dommage – de remettre son établissement et de travailler dans une activité réellement adaptée à son état de santé, soit répondant à ses limitations fonctionnelles décrites par le Dr C._____. En effet, compte tenu de ses problèmes de santé, de ses difficultés croissantes à faire face à ses engagements financiers (fournisseurs, amortissements, salaires des employés, cessation du versement des indemnités journalières) et des difficultés d'organisation liées à sa baisse de rendement (conflits avec son épouse en raison de surcharge de travail, aide des autres membres de sa famille remise en question) et d'une fréquentation pouvant être améliorée, la continuation de l'exploitation de l'établissement de l'assuré n'est pas tenable à terme. c) Le recourant soutient qu'il y a lieu de confronter l'intérêt public à une application de la LAI à son intérêt

privé à la poursuite de son activité indépendante. Ce faisant, il se prévaut implicitement de son droit à l'exercice de la liberté économique (art. 27 Cst. [Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101]), qui, selon la jurisprudence, protège toute activité économique privée, exercée à titre professionnel et tendant à la production d'un gain ou d'un revenu (ATF 134 I 214 consid. 3; 132 I 97 consid. 2; TF 2C_467/2008 du 10 juillet 2009 consid. 6.2). Compte tenu des circonstances du cas d'espèce – soit notamment de la capacité de travail résiduelle du recourant, de ses problèmes d'organisation dans son travail et de sa situation financière – on ne saurait dire que la prépondérance de l'intérêt public à l'application de la loi constitue une forme d'ingérence illicite de la part de l'administration dans l'exercice de la liberté économique de l'assuré (voir à ce sujet en matière d'obligation de diminuer le dommage: ATF 113 V 22; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.4.2). Au demeurant, ce n'est que dans le cadre de la détermination du revenu d'invalidé – soit pour procéder au calcul du degré d'invalidité – que l'on peut exiger de l'intéressé de remettre son établissement pour travailler dans une activité adaptée à son état de santé. En ce sens, indépendamment de l'octroi d'une rente d'invalidité, l'assuré peut concrètement continuer d'exercer librement son activité indépendante, s'il le souhaite. d) Le recourant relève qu'il n'a pas été tenu compte de la possibilité de maintenir une activité résiduelle de 30% dans son établissement, afin d'aménager ses activités et son temps de travail en vue d'une augmentation progressive de son taux d'activité. Au vu toutefois de l'organisation du travail au Restaurant-Pizzeria-Motel H._____ telle que décrite dans le rapport d'enquête économique, on voit toutefois mal comment le recourant pourrait, concrètement, se concentrer sur certaines tâches plus accessibles pour lui compte tenu de son état de santé. En effet, la taille de l'entreprise et son secteur d'activité – limités principalement à l'accueil des clients, à la confection de pizzas, au service et à la cuisine – ne permettent pas une substitution des tâches au sens de la CIIAI (ch. 3106). Le recourant doit effectuer lui-même toutes les tâches dans son établissement pour que celui-ci fonctionne et, visiblement, des aménagements ont déjà été tentés (notamment avec l'aide de son épouse), sans succès dès lors que son rendement est fortement amoindri. En outre, même en admettant que le recourant pût se concentrer sur certaines tâches mieux adaptées, il n'en résulterait très vraisemblablement pas, dans le résultat, un degré d'invalidité supérieur à 22%. e) A titre subsidiaire, le recourant réclame un complément d'instruction afin de tenir compte des bilans des deux dernières années ainsi que des conséquences financières résultant de la vente de l'établissement. Le dossier étant complet du point de vue économique, notamment sur la base du rapport d'enquête établi par l'OAI, on ne voit pas quelles autres indications auraient été nécessaires à l'OAI pour statuer en octobre 2009 (date de la décision attaquée). Les conséquences financières d'une remise du Restaurant-Pizzeria-Motel H._____ sont par ailleurs abordées dans le rapport, compte tenu des déclarations de l'intéressé. f) On se basera donc, pour déterminer le revenu d'invalidé, sur le salaire hypothétique que le recourant pourrait réaliser dans une activité simple et répétitive selon l'enquête suisse sur la structure des salaires, conformément à la décision attaquée. Le revenu d'invalidé a été correctement déterminé par l'OAI, selon les critères établis par la jurisprudence (TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010; TF 8C_235/2010 du 4 novembre 2010) et l'abattement de 10% paraît approprié au vu des différents paramètres à prendre en considération (TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 5; TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4). Pour le surplus, le recourant ne conteste pas le calcul de son revenu sans invalidité, fixé à 69'661 fr. selon son activité dans son établissement. Il s'ensuit que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité, en raison d'un degré d'invalidité de 22%. 6. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée

confirmée. Le dossier étant complet sur les plans médicaux et économiques, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). 7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe. b) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 16 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge du recourant I._____. 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 Franck-Olivier Karlen, avocat à Morges (pour I._____) ■ 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). Le greffier :

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