

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 458 vom 27. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__458

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 458 du 27 novembre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 458 del 27 novembre 2017

Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 16 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 27.11.2017 Arrêt / 2017 / 458

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 16 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 295/16 - 329/2017 ZD16.049530 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 27 novembre 2017 _____ Composition : Mme Thalmann, présidente MM. Neu et Métral, juges Greffière : Mme Kreiner ***** Cause pendante entre : M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Catarina Monteiro Santos, avocate à Genève, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI E n f a i t : A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation professionnelle, a été restaurateur indépendant entre janvier 2004 et fin mai 2010, au moment de la faillite de son restaurant. Avant cela, il a notamment travaillé en tant qu'aide-infirmier (1981-1985), aide-rectifieur (1986-1990) et rectifieur (1991-2003). Depuis juin 2010, il est sans emploi. Le 24 avril 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une hypertension artérielle, une claudication et une pose de stent. Dans un rapport médical du 15 mai 2014, le Prof. G. _____, spécialiste en médecine interne générale, cardiologie et soins intensifs et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'obésité, de claudication des membres inférieurs, d'hypertension traitée et d'état dépressif depuis 1990. Il a considéré que l'assuré était incapable de travailler à 100 %, depuis qu'il le connaissait en 2010. Il a encore relevé que cette incapacité de travail pouvait être réduite par une perte de poids et l'arrêt de la fumée, bien que cela soit difficile en raison de l'état dépressif. Le Prof. G. _____ a produit trois rapports médicaux du Service d'angiologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre hospitalier C. _____) datés respectivement des 18 novembre 2011, 14 mai 2012 et 6 septembre 2013. Dans leur rapport médical du 6 septembre 2013, les Drs U. _____ et D. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistante au service d'angiologie précité, avaient posé le diagnostic principal d'artériopathie oblitérante du membre inférieur gauche stade IIa avec angioplastie d'une sténose intra-stent au niveau de l'artère fémorale superficielle gauche le 15 août 2012, angioplastie et stenting de l'origine de l'artère fémorale superficielle et profonde gauche le 12 mai 2011 avec thrombose locale intra-stent et restenting de l'artère fémorale superficielle et occlusion du stent de l'artère fémorale profonde gauche le 13 mai 2011. S'agissant des facteurs de risque cardio-vasculaire (FRCV), ils avaient relevé une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, une obésité (BMI [body mass

index] 36,7) et un tabagisme actif (70 UPA [unité-paquet-année]). En conclusion de leur rapport, ils avaient observé que l'évolution à un an du dernier geste de revascularisation était favorable avec l'absence de resténose intra-stent ou de nouvelles sténoses et que le patient se plaignait de douleur au niveau du mollet droit ne l'obligeant pas à s'arrêter lors de la marche. Dans ce contexte, ils proposaient un traitement conservateur sous forme d'entraînement à la marche et la poursuite du traitement médicamenteux. Ils recommandaient également un contrôle strict des facteurs de risque cardio-vasculaire dont le sevrage du tabagisme. Le 4 juillet 2014, l'OAI a notamment enregistré dans le dossier de l'assuré le rapport médical précité du 6 septembre 2013 du Service d'angiologie du Centre hospitalier C._____, ainsi que deux rapports médicaux du même service datés respectivement des 18 septembre 2012 et 5 mars 2013. Par communication du 16 juillet 2014, l'OAI a retenu qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, au motif que lors de l'entretien du 8 juillet 2014, l'assuré avait clairement indiqué qu'il ne pouvait pas aborder les mesures d'intervention précoce qui lui auraient été proposées, sa situation médicale n'étant pas stabilisée et ne permettant pas la mise en œuvre de telles mesures. Par conséquent, l'OAI examinait le droit à d'éventuelles autres prestations et lui notifierait un projet de décision à ce sujet. Par courrier du 1^{er} août 2014, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait eu un infarctus le 20 juillet 2014. Il a joint à son courrier un document médical de transmission de l'Hôpital de [...] du 24 juillet 2014, posant le diagnostic d'infarctus du myocarde aigu avec surélévation du segment ST (STEMI) antérieure sur maladies coronariennes tri tronculaires. Interpellé par l'OAI, le Prof. G._____ a relevé dans un courrier du 5 septembre 2014, que le patient souffrait d'une maladie vasculaire étendue avec claudication des membres inférieurs. Il souffrait également d'une obésité importante et avait fait un infarctus du myocarde. L'obésité avait un impact à long terme, l'infarctus du myocarde à court terme. Le professeur a considéré que l'ensemble des problèmes du patient faisait obstacle à une réinsertion au travail, vu ses limites physiques. Sur le plan psychologique, il était également diminué avec un état anxio-dépressif depuis plusieurs années. Précisant que le patient n'avait pas trouvé de travail adapté à ses handicaps physiques et psychologiques, le Prof. G._____ a estimé qu'il était difficile d'évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée, une expertise plus spécialisée étant nécessaire. Il a encore cité l'obésité, la claudication des membres inférieurs et l'essoufflement dû en grande partie à l'obésité à titre de limitations fonctionnelles, avant d'ajouter que, à sa connaissance, l'assuré était en incapacité de travail à 100 % depuis février 2013. Dans un rapport médical du 14 janvier 2015, la Dresse Q._____, médecin assistante au Service d'angiologie du Centre hospitalier C._____, a posé le diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs stade IIa stable. Elle a considéré que l'assuré pouvait exercer une activité à plein temps uniquement en position assise, uniquement en position debout ou dans différentes positions, sans activité exercée principalement en marchant et sans monter les escaliers. Elle n'a par ailleurs relevé aucune limitation de la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation ou de résistance selon le diagnostic angiologique. Dans un rapport du 12 mars 2015, le Dr K._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé, une artériopathie oblitérante du membre inférieur gauche traitée. L'assuré était incapable de travailler à 100 % dès février 2013. Sa capacité de travail était nulle comme indépendant dans la restauration, mais dans une activité adaptée, elle était entière depuis toujours, à l'exception d'une période allant du 27 juillet 2014 à fin 2014 pendant laquelle l'assuré était en convalescence d'un infarctus du myocarde non compliqué.

15 % Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée. " Par courrier du 23 juin 2015, le Prof. G._____ a relevé que les problèmes de l'assuré étaient multiples et l'empêchaient de se remettre sur le marché du travail. A la base, il y avait un surpoids, une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie, ce qui avait provoqué une maladie coronarienne, pour laquelle il avait dû être revascularisé par stent, et une maladie vasculaire des membres inférieurs responsable de claudication. Le patient avait également reçu des stents sur les artères, sur l'artère du membre inférieur gauche, étant précisé qu'il présentait une récurrence de claudication qui l'empêchait de marcher plus de 200 à 300 mètres. De surcroît, il avait des problèmes orthopédiques dont des douleurs au genou droit qui limitaient encore plus sa mobilité, étant précisé que cela n'avait pas encore été investigué compte tenu des autres problèmes. Le Prof. G._____ a conclu en expliquant qu'il soutenait la demande de recours de l'intéressé et écrivait ce courrier en accord avec le patient pour demander à l'OAI de revoir son dossier à la lumière de ces informations. En pied de page, le Prof. G._____ a indiqué avoir demandé à « M. M._____ de signer [la] lettre pour qu'elle fasse office de recours », celui-ci ayant « besoin d'aide pour écrire dans notre langue ». Interpellé par le Dr K._____, le Prof. G._____ a précisé par courrier du 14 juillet 2015 que l'assuré, qu'il connaissait depuis bien des années, était au-delà des limites possibles pour une réadaptation au travail. Pris individuellement, ses problèmes auraient éventuellement pu trouver une solution en adaptant son travail (au niveau cardiaque et angiologique, une activité en position assise était envisageable, respectivement, possible). C'était dans l'accumulation des problèmes en tous genres (obésité, claudication à 200 m, arthrose des genoux, état dépressif, etc.) qu'il voyait la limitation principale. Il a ajouté qu'il ne s'était pas passé un mois sans que le patient n'ait présenté des problèmes nouveaux. Celui-ci était inquiet pour sa santé et, avant tout, son avenir socio-économique. Il ne voyait pas comment assurer une activité lucrative dans les années à venir et dormait mal, se soignait mal et n'arrivait pas à perdre du poids. Enfin, le Prof. G._____ a relevé qu'il lui semblait socialement raisonnable et indiqué d'attribuer une rente d'invalidité à l'assuré pour lui donner la chance de pouvoir se reconstruire physiquement et psychologiquement. Se qualifiant de médecin « sévère » pour ce qui était des demandes d'invalidité, il pensait que la demande de l'intéressé se justifiait pleinement. Une expertise médicale pluridisciplinaire comportant au moins un volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne a été mise en œuvre. Par courrier du 15 septembre 2015, l'assuré a renoncé à l'aide au placement, au motif qu'il ne se sentait pas apte à reprendre une activité professionnelle en raison de son état de santé. Selon un rapport final PLA du même jour, l'OAI a mis fin à la mesure d'aide au placement accordée le 27 mai 2015, une expertise médicale ayant été demandée par le SMR et la recherche d'un emploi n'étant pas réalisable en raison de l'état de santé de l'assuré qui n'était pas stabilisé (opération à venir). L'expertise médicale pluridisciplinaire a été attribuée par SuisseMED@P à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique H._____). Les Drs T._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et expert principal, V._____, spécialiste en rhumatologie, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont fait part de leurs constatations et conclusions dans une expertise médicale du 12 juillet 2016. En préambule, ils ont relevé s'être basés sur l'anamnèse et l'examen clinique de l'assuré du 28 juin 2016 par le Dr T._____, l'expertise rhumatologique et psychiatrique du 29 juin 2016 des Drs V._____ et R._____, le dossier médical AI mis à disposition et les documents obtenus auprès du médecin traitant.

Ils ont ensuite résumé des extraits du dossier – parmi lesquels figuraient un écrit du Prof. G._____ du 23 juin 2015 et une réponse de ce même professeur « à la demande concernant la reprise d'un travail adapté au handicap physique » – avant de décrire les données fournies par l'intéressé et les données objectives, puis de poser les diagnostics suivants : "Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : · Poly-artériopathie avec artériopathie oblitérante des membres inférieurs prédominant à gauche ; status après revascularisation des artères fémorales superficielles et profondes compliqué par une obstruction du stent de l'artère fémorale profonde en mai 2011, angioplastie d'une sténose intra-stent au niveau de l'artère fémorale superficielle gauche en août 2012 · Coronaropathie avec status après infarctus antérieur en juillet 2014, revascularisation percutanée d'un stent actif sur l'interventriculaire antérieur · [G]onarthrose prédominant à droite (M 17.1) Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : · Obésité majeure (IMC 41.8 kg/m²) (E 66.99) · [S]uspicion de bronchopneumopathie obstructive chronique (J 44.9) dans un contexte de tabagisme chronique (F 17.1) · Dysthymie (F 34.1) " Les experts ont par ailleurs observé ce qui suit dans la partie « Appréciation » de leur expertise médicale : " [...] De l'étude du dossier on retient la notion d'atteintes somatiques significatives sous forme d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs prédominant à gauche, d'une coronaropathie avec un status après infarctus du myocarde antérieur en juillet 2014 et d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale prédominant à droite. Il y a des facteurs de comorbidité avec une obésité majeure et un tabagisme important. Le médecin traitant annonce un état dépressif réactionnel. Les plaintes de l'assuré sont concordantes avec celles figurant au dossier. En premier lieu il mentionne des douleurs survenant à la marche et la limitant à environ 200 mètres sous forme de brûlures des pieds puis de crampes de mollets. Il a également des douleurs du membre inférieur droit, essentiellement localisées à la face interne et postérieure du genou. Ces douleurs, en grande partie mécaniques, limitent également son périmètre de marche et la descente des escaliers. Il est facilement essoufflé à l'effort même minime, par exemple pour ramasser quelque chose par terre. Dernièrement il a une toux et une exacerbation de sa dyspnée. Il présente une obésité majeure de longue date, augmentée à la suite d'un an de sevrage tabagique dans un contexte de limitation progressive de ses activités physiques. L'examen de l'assuré nous met en présence d'un homme de [...] ans qui se montre tout à fait collaborant et qui participe sans rechigner aux tests proposés. Le seul signe comportemental est une certaine auto-limitation dans les tests de préhension des mains. L'examen clinique est marqué par une obésité majeure avec un indice de masse corporelle à 41,8 kg/m² . L'obésité est à prédominance tronculaire avec un abdomen extrêmement globuleux. Il tousse fréquemment avec une prolongation de l'expiration et des râles expiratoires à l'auscultation pulmonaire. Il y a un œdème en chaussette prenant le godet, prédominant au membre inférieur gauche où les pouls distaux sont mal palpés. Sur le plan neurologique, le Dr W._____ ne retrouve pas de déficit neurologique ni d'évidence d'atrophie musculaire. Il pratique un électroneuromyogramme qui se révèle dans les normes. D'un point de vue rhumatologique, le Dr V._____ constate des mobilités rachidiennes conservées, une limitation de mobilité des genoux prédominant à droite avec une flexion limitée à 100° pour 105° à gauche avec une douleur prédominant au compartiment fémoro-tibial médial et fémoro-patellaire droit. Les documents radiologiques confirment l'existence d'une gonarthrose fémoro-tibiale médiale droite sévère avec pincement subtotal de l'interligne. Au total, sur le plan somatique, cet assuré présente plusieurs pathologies : Il souffre d'une poly-artériopathie avec artériopathie oblitérante des membres inférieurs

prédominant à gauche avec un status après revascularisation des artères fémorales superficielles et profondes compliqué par une obstruction du stent de l'artère fémorale profonde en mai 2011, angioplastie d'une sténose intra-stent au niveau de l'artère fémorale superficielle gauche en août 2012. Il persiste une claudication du membre inférieur gauche à 200 mètres en partie d'origine vasculaire et en partie d'origine ostéo-articulaire avec une gonarthrose bilatérale prédominant au niveau fémoro-tibial interne et à droite. L'assuré présente une coronaropathie avec un status après infarctus antérieur en juillet 2014, revascularisation percutanée d'un stent actif sur l'interventriculaire antérieur. De ce point de vue l'évolution est favorable avec une ergométrie subjectivement et objectivement négative en janvier 2015. L'obésité majeure joue un rôle défavorable tant sur la gonarthrose que sur la dyspnée. Celle-ci est également possiblement liée à un syndrome obstructif, cliniquement évident au moment de l'expertise, dans un contexte de tabagisme chronique à plus de 40 UPA. Ce problème justifierait des investigations complémentaires et, le cas échéant, un traitement bronchodilatateur. Au vu des symptômes dépressifs annoncés par l'assuré, nous avons effectué une expertise psychiatrique. Au terme de celle-ci, le Dr R. _____ ne retrouve aucune psychopathologie incapacitante. Bien que l'assuré exprime une tristesse en relation avec ses déboires socio-économiques, il ne présente pas les critères d'un état dépressif constitué. Les symptômes de fatigue et de dépression sont le mieux expliqués par un diagnostic de dysthymie. Il n'y a pas d'indice d'un trouble de la personnalité et son contexte familial est stable. En conclusion, les experts s'accordent à estimer que les pathologies somatiques présentées par cet assuré entraînent des limitations fonctionnelles : pas de longs déplacements, pas d'utilisation répétée d'escaliers, pas de travail à genoux ou accroupi. Ces limitations fonctionnelles ne semblent pas compatibles avec la dernière activité exercée comme restaurateur indépendant. En l'absence de comorbidité psychiatrique limitant la capacité de travail, celle-ci est théoriquement complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur le plan thérapeutique, les experts ne peuvent que conseiller un arrêt du tabagisme et une perte pondérale. La mise en place d'une prothèse totale du genou droit est par ailleurs envisagée. Ces mesures ne sauraient cependant suffire à récupérer une capacité complète dans l'activité de restaurateur indépendant. Théoriquement, des mesures professionnelles pourraient être envisagées. Elles semblent cependant vouées à l'échec chez un assuré qui se considère comme totalement invalide. Des facteurs contextuels contribuent à assombrir encore le pronostic d'une reprise d'activité, notamment l'âge de l'assuré, la longue incapacité de travail et l'absence de formation certifiée. " Interpellé par l'OAI, le Dr T. _____ a précisé dans un courrier du 27 septembre 2016, que l'activité de restaurateur indépendant n'était plus possible médicalement au moins depuis mai 2011. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était par contre théoriquement exigible au moins depuis mars 2013. L'expert a ajouté que, par la suite, l'assuré avait été totalement incapable de travailler du 20 juillet 2014 à fin 2014 en raison d'une convalescence suite à un infarctus du myocarde non compliqué, mais que la capacité de travail exigible d'un point de vue médico-théorique dans une activité adaptée aux pathologies discutées dans l'expertise était à nouveau de 100 % depuis le début de l'année 2015. Dans un avis médical du 10 octobre 2016, le Dr K. _____ a retenu les diagnostics de poly-artériopathie avec artériopathie oblitérante des membres inférieurs prédominant à gauche, coronaropathie avec status post infarctus antérieur en juillet 2014 et de gonarthrose prédominant à droite. Il a également relevé que les limitations fonctionnelles étaient similaires à celles retenues par le SMR et que, dans une activité adaptée, les experts appréciaient la capacité de travail comme entière et sans baisse

de rendement. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle dès février 2013 tandis que la capacité dans une activité adaptée était estimée à 100 % dès mars 2013, à 0 % dès le 20 juillet 2014 et à 100 % dès janvier 2015. Par décision du 17 octobre 2016, identique à son projet de décision du 10 juin 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. B. Par acte du 9 novembre 2016, M. _____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée de l'OAI, concluant implicitement à son annulation. En substance, il a fait valoir que, dans un courrier du 23 juin 2015, son médecin traitant avait contesté sa capacité de travail à partir de plusieurs rapports médicaux. N'ayant séjourné que deux jours à la Clinique H. _____, il ne comprenait pas que l'OAI se soit fondé sur l'expertise alors que les médecins qui avaient rédigé les certificats médicaux l'avaient suivi plusieurs années. Le recourant a également contesté que l'expertise pluridisciplinaire ait pu être basée sur des examens complets décrivant clairement le contexte médical, en trente minutes dans le domaine psychiatrique et en une heure environ dans les autres domaines. Il a soutenu encore qu'une activité adaptée en position assise demandait une formation qualifiée qu'il ne possédait pas. Par ailleurs, l'intéressé a ajouté que le service social l'avait dirigé vers l'OAI en raison d'une détérioration de sa santé, avant de faire valoir que son incapacité de travail totale avait débuté bien avant 2014 et perdurait encore. Finalement, le recourant a qualifié de consternant l'affirmation des experts selon laquelle il présentait une capacité de travail à 100 % depuis 2015, alors même que leur expertise médicale avait été effectuée les 28 et 29 juin 2016. Par réponse du 8 février 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse. En résumé, il a considéré que l'expertise pluridisciplinaire avait pleine valeur probante, étant précisé qu'une consultation de courte durée, pour autant que cela ait été le cas en l'espèce, n'excluait pas nécessairement une étude fouillée et complète. Il a ajouté que les éléments apportés par le recourant n'étaient pas de nature à modifier sa position. Par réplique du 6 avril 2017, le recourant, représenté par Me Catarina Monteiro Santos, avocate à Genève, a persisté dans les termes de son recours du 9 novembre 2016. Il a notamment conclu à titre préalable à son audition ainsi qu'à l'audition du Prof. G. _____ et à une expertise judiciaire. A titre principal, il a conclu à ce que la Cour de céans dise qu'il présentait une invalidité de 100 % ouvrant le droit à une rente AI et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2013. En substance, il a fait valoir que l'anamnèse des experts de la Clinique H. _____ était incomplète, plusieurs rapports médicaux du Prof. G. _____, dont celui du 14 juillet 2015 indispensable selon lui à l'évaluation de son état de santé, manquant dans son dossier. Il a également considéré que l'expertise de la Clinique H. _____ et l'instruction du dossier étaient incomplètes et inexactes. Finalement, il a soutenu que son incapacité de travail était largement supérieure à une année, avant de prétendre à un taux d'abattement supérieur à 15 %, une baisse de rendement devant également être prise en considération. Le recourant a produit une copie du courrier du Prof. G. _____ du 23 juin 2015. Par duplique du 28 avril 2017, l'intimé a maintenu sa position. Il a en particulier relevé que si le rapport du Prof. G. _____ n'était pas listé dans les pièces produites par l'assuré, cela ne signifiait pas qu'il n'avait pas été pris en compte par les experts de la Clinique H. _____, dans la mesure où il faisait partie du dossier AI mis à disposition de ceux-ci. L'OAI a ajouté que les diagnostics figurant dans ce courrier étaient déjà mentionnés dans les autres rapports du Prof. G. _____, avant de préciser que ce n'était pas au médecin traitant de déterminer si un assuré pouvait bénéficier de prestations d'assurance. Il ne voyait dès lors pas comment ce courrier aurait été susceptible de modifier ou d'apporter une plus-value à l'expertise. C.

Par décision du 15 décembre 2016, faisant suite à une demande d'assistance judiciaire du 9 décembre 2016, la juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant, l'exonérant d'avances et de frais judiciaires et lui nommant un avocat d'office en la personne de Me Monteiro Santos. Par courrier du 8 juin 2017, Me Monteiro Santos a produit sa liste des opérations. Elle a indiqué avoir consacré onze heures et trente-neuf minutes à cette affaire, ce qui correspondait à un montant de 2'097 fr., et a évalué ses débours à 34 fr.50. Elle a par ailleurs mentionné 167 fr. 80 de TVA sur les honoraires. E n d r o i t : 1. a) 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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). 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, formé en temps utile selon les autres formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 se définit 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 (art. 6 LPGA). b) Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let.

b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40 % minimum (let. c) (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 29 al. 1 LAI).

c) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_662/2016 du 15 mars 2017 consid. 2.2 et 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 et 125 V 193 consid. 2 ; TF 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle 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 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

d) 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, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1). 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 consid. 3 et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2).

e) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou

diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.2, 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). 4. a) En l'espèce, la décision du 17 octobre 2016 par laquelle l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressé se fonde pour l'essentiel sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 12 juillet 2016 des experts V._____, T._____ et R._____ et du courrier du 27 septembre 2016 du Dr T._____, ainsi que sur l'avis médical du 10 octobre 2016 du Dr K._____. Dans leur expertise, les spécialistes ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de poly-artériopathie avec artériopathie oblitérante des membres inférieurs prédominant à gauche (status après revascularisation des artères fémorales superficielles et profondes compliqué par une obstruction du stent de l'artère fémorale profonde en mai 2011 et angioplastie d'une sténose intra-stent au niveau de l'artère fémorale superficielle gauche en août 2012), de coronaropathie (status après infarctus antérieur en juillet 2014, revascularisation percutanée d'un stent actif sur l'interventriculaire antérieur) et de gonarthrose prédominant à droite. Sur le plan somatique, le Dr T._____ et le Dr V._____ ont en particulier observé que l'intéressé présentait des mobilités rachidiennes conservées, une limitation de la mobilité des genoux prédominant à droite avec une douleur prédominant au compartiment fémoro-tibial médial et fémoro-patellaire droit. Les documents radiologiques confirmaient l'existence d'une gonarthrose fémoro-tibiale médiale droite sévère avec pincement subtotal de l'interligne. Il persistait en outre une claudication du membre inférieur gauche à 200 m, en partie d'origine vasculaire et en partie d'origine ostéo-articulaire avec une gonarthrose bilatérale prédominant au niveau fémoro-tibial interne et à droite. S'agissant de la coronaropathie, l'évolution était favorable avec une ergométrie subjectivement et objectivement négative en janvier 2015. Les experts ont en outre retenu que, sur le plan neurologique, le Dr W._____ n'avait relevé aucun déficit neurologique ni évidence d'atrophie musculaire, l'électroneuromyogramme pratiqué étant dans les normes. Sur le plan psychique, l'expertise psychiatrique du Dr R._____ n'a pas permis de déceler une psychopathologie incapacitante, ni d'indice d'un trouble de la personnalité. L'intéressé ne présentait pas les critères d'un état dépressif constitué et son contexte familial était stable. Les symptômes de fatigue et de dépression étaient ainsi le mieux expliqués par un diagnostic de dysthymie. Dans ce contexte, les experts ont estimé que l'activité de restaurateur indépendant n'était plus possible médicalement au moins depuis mai 2011. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était par contre théoriquement exigible au moins depuis mars 2013, sous réserve d'une période d'incapacité de travail complète du 20 juillet 2014 à fin 2014 (convalescence suite à un infarctus du myocarde non compliqué). Les pathologies somatiques présentées par l'assuré entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de longs déplacements, pas d'utilisation répétée d'escaliers et pas de travail à genoux ou accroupi. Le Dr K._____ s'est rallié aux diagnostics posés par les experts ainsi qu'à leur évaluation de la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (avis médical du 10 octobre 2016). Il a en revanche mentionné des limitations fonctionnelles légèrement différentes de celles retenues par les experts, étant précisé qu'elles leur étaient superposables. Il fallait une activité sédentaire ou semi-sédentaire répartie sur cinq jours ouvrables, en milieu tempéré, principalement en position assise, sans port de charges lourdes supérieures à 5-7 kg, sans déplacement

prolongé en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, à genou et/ou en station accroupie. b) Le recourant a contesté la valeur probante de l'expertise des Drs V. _____, T. _____ et R. _____. Il a premièrement semblé remettre en cause la durée des expertises ainsi que le caractère ponctuel du mandat des experts, ce qui aurait selon lui compromis le caractère complet de l'expertise médicale (recours du 9 novembre 2016 p. 1). A cet égard, il y a lieu de relever que la durée de l'examen n'est pas en soi un critère pour juger de la valeur probante d'un rapport médical et que cet aspect ne saurait remettre en question la valeur du travail d'un expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré concerné dans un délai relativement bref (TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1, 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 5.2 et 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2). Bien plus, le caractère ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un médecin traitant ne saurait ensuite ôter toute valeur à la première dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre – moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement un médecin traitant à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) – et autorisé sur un cas particulier (TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). On ajoutera que, dans tous les cas, l'appréciation des experts ne reposait pas uniquement sur les observations qu'ils ont directement effectuées mais tenait compte de l'intégralité du dossier médical mis à leur disposition, ce qui leur a permis d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale. Du reste, rien ne démontre ici que la durée des entretiens avec les experts ou le caractère ponctuel de l'expertise aurait exercé une quelconque influence sur le jugement porté par les experts de la Clinique H. _____. Le fait qu'ils se soient prononcés sur la capacité de travail du recourant en 2015 dans le cadre de cette expertise réalisée en juin 2016, non plus. Le recourant a dans un deuxième temps fait valoir que plusieurs courriers du Prof. G. _____ manquaient dans son dossier et n'auraient par conséquent pas été pris en compte dans l'anamnèse des experts (réplique du 6 avril 2017 p. 3). Il n'a toutefois cité expressément qu'une seule correspondance du professeur – celle du 14 juillet 2015 –, tout en produisant celle du 23 juin 2015 uniquement, de sorte que le reproche fait aux experts semble peu clair. La Cour observe néanmoins que, dans tous les cas, il ressort de l'expertise médicale du 12 juillet 2016 que les experts ont en réalité bien eu connaissance de ces deux courriers du Prof. G. _____, puisque tant celui du 23 juin 2015 que celui du 14 juillet 2015 sont indiqués et résumés dans le chapitre « extrait du dossier » de l'expertise médicale, après le sous-titre « le Professeur G. _____ écrit à l'office AI le 23 juin 2015 », respectivement après « à la demande concernant la reprise d'un travail adapté au handicap physique, le Professeur G. _____ répond » (expertise médicale du 12 juillet 2016 p. 3 et 4). L'anamnèse des experts apparaît donc complète. De surcroît, il y a lieu de souligner que les experts ont réalisé leur propre examen clinique les 29 et 30 juin 2016. Ils ont étudié l'ensemble du dossier (anamnèse), en particulier le dossier AI ainsi que les documents obtenus du médecin traitant, et ont effectué des examens complémentaires dans le cadre de l'expertise psychiatrique (échelle de dépression MADRS [Montgomery Asberg Depression Rating Scale] du 29 juin 2016) et de l'expertise rhumatologique (ENMG [électroneuromyogramme] des membres inférieurs du 30 juin 2016). Les experts sont également revenus sur les antécédents de l'intéressé, ses plaintes, sa situation sociale et professionnelle ainsi que ses habitudes quotidiennes. Ils ont en outre discuté de sa situation médicale et expliqué les raisons pour lesquelles ils ne retrouvaient pas l'état dépressif dont l'assuré se plaignait et qui avait également été mis en avant par son médecin traitant. Finalement, leurs conclusions – qui résultent d'une analyse complète de la situation

médicale suivie d'un entretien de synthèse entre les experts – sont claires et convaincantes. Il y a par conséquent lieu de reconnaître pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique H._____. c) Par ailleurs, aucun rapport médical figurant au dossier ne permet de s'écarter des conclusions des experts V._____, T._____ et R._____. Le Prof. G._____ a fait état de maladie vasculaire, d'infarctus du myocarde, d'obésité, de claudication des membres inférieurs, d'hypertension, d'hypercholestérolémie, de douleur au genou et d'état dépressif. L'ensemble de ces symptômes et diagnostics ont été discutés par les experts, qui les ont également pris en considération dans leur évaluation de la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée, sous réserve de l'état dépressif dont l'existence a été réfutée de manière explicite et convaincante par le Dr R._____. On relèvera encore que le Prof. G._____ ne s'est pas prononcé clairement sur la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, seul point véritablement pertinent dans le cas d'espèce. En mai 2014, il a considéré que le recourant présentait une incapacité de travail totale depuis 2010 (rapport médical du 15 mai 2014), alors que moins de quatre mois plus tard, en septembre 2014, il a retenu que l'incapacité de travail durait depuis février 2013 (courrier du 5 septembre 2014), sans la moindre explication justifiant son changement d'avis. Le Prof. G._____ a ensuite renoncé à prendre position sur la capacité de travail dans une activité adaptée, arguant que cela était difficile et préférant renvoyer à une expertise plus spécialisée (courrier du 5 septembre 2014). Finalement, il s'est opposé aux conclusions des experts sans évaluer expressément la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée (courriers des 23 juin et 14 juillet 2015), se contentant d'affirmer qu'il lui semblait socialement raisonnable et indiqué d'attribuer une rente d'invalidité à l'assuré (courrier du 14 juillet 2015). Il a ainsi tenu compte de facteurs sociaux qui ne peuvent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Ses conclusions, au demeurant nettement moins documentées et peu précises, ne sauraient donc être suivies. La Dresse Q._____, quant à elle, a retenu dans son rapport médical du 14 janvier 2015 qu'une activité professionnelle à plein temps était possible, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : activité uniquement en position assise, uniquement en position debout ou dans différentes positions, sans activité exercée principalement en marchant et sans monter les escaliers. Ses constatations sont donc parfaitement en ligne avec celles des experts. Finalement, les rapports médicaux du Service d'angiologie du Centre hospitalier C._____ et de l'Hôpital de [...] ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant. Ainsi, faute d'éléments suffisants pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire des experts V._____, T._____ et R._____, les conclusions de ces derniers doivent être suivies. d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans son activité de restaurateur depuis mai 2011 et une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées dans la décision de l'OAI, de mars 2013 au 19 juillet 2014, puis dès janvier 2015, sa capacité de travail ayant été nulle dans toute activité du 20 juillet au 31 décembre 2014. 5. Il reste à examiner le taux d'invalidité du recourant et son éventuel droit à une rente. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le

taux d'invalidité ; dans la mesure où ils 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 et 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1 et 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1). En présence de circonstances particulières, en particulier lorsque l'assuré a cessé son activité depuis plusieurs années, il est possible de s'écarter du dernier salaire réalisé et de recourir aux données statistiques résultant de l'ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (TFA I 636/02 du 15 avril 2003 consid. 4.1). Le revenu d'invalidité doit être également évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes ([DPT] ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2 et 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2 et 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidité qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009 consid. 5.4). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut

exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2 et 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge des assurances sociales quant à l'étendue de l'abattement du salaire statistique n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« Angemessenheitskontrolle »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 6 ; TF 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2). b) En l'occurrence, dans le cadre de la détermination du taux d'invalidité du recourant au moment déterminant pour la naissance du droit (2013), l'OAI s'est basé sur les données statistiques de l'ESS tant pour fixer le revenu sans invalidité que celui avec invalidité (avant abattement). Cette manière de procéder n'est à juste titre pas contestée par le recourant, dans la mesure où ce dernier n'exerçait plus aucune activité professionnelle depuis 2010 non pas pour des motifs dus à sa santé mais à la suite de la faillite de son restaurant. L'intéressé n'a pas non plus soulevé de grief à l'encontre des calculs opérés par l'OAI. Procédant à leur vérification d'office, la Cour de céans constate qu'ils peuvent être confirmés. Reste à déterminer le taux d'abattement applicable dans le cas d'espèce. Le recourant a contesté le taux d'abattement retenu (15 %) et réclamé un abattement plus important – sans le chiffrer – afin de tenir compte d'une baisse de rendement. Cet argument est mal fondé. En effet, les experts n'ont relevé aucune baisse de rendement dans une activité adaptée. Par ailleurs, le taux d'abattement de 15 % appliqué par l'OAI ne semble pas critiquable au vu de la situation de l'intéressé qui a démontré une grande capacité d'adaptation par le passé en exerçant des activités professionnelles diverses. Celui-ci pourra ainsi en particulier utiliser son expérience professionnelle pour compenser les désavantages liés à son âge et à la nature de ses limitations fonctionnelles. A titre de comparaison, le Tribunal fédéral a appliqué un taux d'abattement de 15 % dans le cas d'un assuré de cinquante-huit ans apte à travailler uniquement à raison de deux à trois blocs d'une heure et demie à deux heures par jour dans une activité légère et adaptée et ayant effectué la majeure partie de sa carrière professionnelle dans un secteur autre que celui dans lequel il disposait de compétences professionnelles (TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 7.3). Ainsi, les spécificités de l'activité exigible (compte tenu des limitations fonctionnelles) et l'âge du recourant ne sauraient en particulier jouer un rôle sur les perspectives salariales justifiant d'appliquer un taux d'abattement supérieur à 15 %, réservé aux circonstances personnelles et professionnelles particulièrement défavorables. Le taux d'abattement de 15 % doit ainsi être confirmé, tout comme le revenu avec invalidité retenu par l'intimé. La comparaison du revenu sans invalidité (65'633 fr. 34) et du revenu avec invalidité après abattement (55'788 fr. 34) correspond à un taux d'invalidité de 15 %, inférieur au degré minimal de 40 % ouvrant le droit à un quart de rente (art. 28 LAI). Force

est ainsi de constater que le recourant ne remplit pas les conditions ouvrant le droit à une rente d'invalidité. La décision par laquelle l'intimé lui a dénié le droit à une telle rente n'est dès lors pas critiquable. 6. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction en ordonnant l'audition de l'intéressé, du Prof. G. _____ ou une expertise judiciaire. Les requêtes en ce sens du recourant doivent ainsi être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1). 7. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. c) Il n'y a, au demeurant, pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGa). d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. En l'espèce, Me Monteiro Santos a chiffré ses opérations à 11 heures et 39 minutes et ses débours à 34 fr. 50. La liste des opérations produite a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. C'est ainsi un montant de 2'097 fr. (11 heures et 39 minutes x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus la TVA à 8 %, d'un montant de 167 fr. 76, soit 2'264 fr. 76 au total. L'avocat d'office a également droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a). En l'occurrence, c'est donc un montant de 34 fr. 50, TVA à 8 % en sus, soit 2 fr. 76, qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office arrondie doit ainsi être fixée à 2'302 fr. 05 (2'264 fr. 76 + 37 fr. 26). La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 17 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité d'office de Me Catarina Monteiro Santos, conseil de M. _____, est arrêtée à 2'302 fr. 05 (deux mille trois cent deux francs et cinq centimes), débours et TVA compris. VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la

rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Catarina Monteiro Santos (pour M. _____), ■ 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 :

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