

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 491 vom 3. Juli 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-07-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__491

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 491 du 3 juillet 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 491 del 3 luglio 2017

Regeste

MÉTHODE EXTRAORDINAIRE D'ÉVALUATION, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, ACTIVITÉ LUCRATIVE INDÉPENDANTE | 28 LAI, 28a LAI, 4 LAI, 16 LPGA

Erwägungen

E. 9

septembre 2009. Par acte du 26 mars 2010, l'assuré a interjeté recours à l'encontre de cette décision, concluant à l'annulation de celle-ci et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50 % ou de toutes autres prestations légales. Lors de l'audience de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois qui s'est tenue le 1^{er} octobre 2010, les parties ont convenu des difficultés de compréhension de la méthode appliquée pour calculer le degré d'invalidité, et des conclusions de l'enquête économique. Un délai de vingt jours a été fixé à l'OAI pour produire ses déterminations, le cas échéant dans le sens d'une décision de reprise d'instruction. Le dossier de la cause a été réexaminé par l'OAI, qui, le 29 octobre 2010, a suggéré de changer de méthode et d'appliquer la méthode extraordinaire pour la détermination du taux d'activité de l'assuré, et ce au moyen d'une nouvelle enquête. Le 11 novembre 2010, l'OAI a proposé au Tribunal de mettre en place une nouvelle enquête destinée à clarifier la situation, en particulier quant à la nouvelle répartition des champs d'activité de l'assuré, après les mesures professionnelles allouées. Par arrêt du 1^{er} février 2011, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a admis le recours, annulé la décision du 22 février 2010 et renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle décision après complément d'instruction. B. Une nouvelle enquête économique pour les indépendants a été réalisée par l'OAI le 12 juillet 2011. Dans ce cadre, l'activité de l'assuré au sein de l'entreprise suite à l'atteinte à la santé et au reclassement professionnel a été décrite comme suit : « Actuellement le secteur charpente occupe en général 6 ouvriers (2 fixes et 4 temporaires) plus des sous-traitants en cas de besoin. Selon les dires de notre assuré cet effectif permet généralement de tourner avec 5 chantiers en parallèle. Monsieur M._____ débute généralement ses journées vers 7 h ¼ au dépôt par la mise en route des équipes qui quittent le dépôt vers 7 h 30. Ensuite il règle quelques affaires par téléphone, s'occupe du suivi des affaires, discute avec son frère, etc. Ensuite, il rentre généralement se reposer un moment, puis il se rend sur les chantiers, soit pour des « rendez-vous de chantier », avec architectes, ingénieurs, maître d'œuvres, autres maîtres d'état, etc., soit pour la supervision de ses équipes. En général il participe à environ 5 RDV de chantiers hebdomadaires (1 par chantier) et chacun de ces RDV dure environ 1 h ½ en moyenne. Chaque jour, il passe également sur chacun de ses chantiers afin de superviser la bonne marche et apporter des conseils ou des directives aux chefs d'équipes. La durée d'une visite sur chantier varie entre 15 minutes si tout est en ordre et 1 heure (voir plus) en cas de

problèmes particuliers. Après discussion avec l'assuré, nous avons admis que cette activité l'occupait environ 2 h ½ par jour en moyenne (1/2 h par chantier). Une part importante des activités de Monsieur M._____ consiste en l'établissement de devis ou offres pour des travaux de charpente. Nous avons retenu que 5 ou 6 fois par semaine, voire plus, il se rendait avec des collègues couvreurs pour l'établissement de petits devis (pour la pose de Velux par exemple). Ce type de devis avec prises de mesures simples, l'occupent environ 6 heures par semaine. L'entreprise réalisant de nombreuses transformations ou rénovations de charpentes complètes, il est fréquemment amené à établir des devis plus complexes pour des objets relativement conséquents. La prise de mesures doit alors être effectuée avec un aide (un ouvrier de l'entreprise ou un apprenti) alors que s'il n'était pas atteint dans sa santé il procéderait seul à ces prises de mesures. Selon ses dires, notre assuré réalise 1 ou 2 devis par semaine et la durée moyenne de la prise des mesures est d'environ 3 heures par objet. Nous retiendrons une moyenne de 4 h ½ par semaine pour cette activité avec un rendement diminué par la nécessité de se faire seconder. Notre assuré consacre environ 2 h ½ par jour à des travaux administratifs ou de dessin : finalisation des devis, mise au propre, établissement de dessins assistés par ordinateur, établissement des factures d'après métrés, etc. En résumé, il consacre environ 43 heures par semaines à ses activités professionnelles, étant entendu que certaines de ces heures ne sont pas totalement productives (principalement la prise de mesures sur les gros chantiers). » Dans la partie intitulée « Conclusion, mesures de réadaptation », l'OAI a en outre indiqué ce qui suit : « Le but de la présente enquête complémentaire était de chiffrer le taux d'invalidité de Monsieur M._____ à l'aide de la méthode extraordinaire. Comme mentionné ci-dessus, nous avons procédé à 2 variantes de comparaison des champs d'activité : A) Variante tenant compte de la comparaison des champs d'activité sans atteinte à la santé identique à celle figurant sur l'enquête initiale du 02.05.2002. B) Variante basée sur la situation actuelle de l'entreprise, en admettant que sans atteinte à la santé notre assuré effectuerait probablement les mêmes tâches que celles qu'il réalise actuellement, compte tenu des compétences acquises dans le cadre du reclassement professionnel et que le nombre d'heures manquantes (différence entre les 43 heures actuelles et les 50 heures hypothétiques) seraient consacrées à des activités manuelles de charpentier (moitié sur les chantiers et moitié à l'atelier). Pour l'application de la méthode extraordinaire nous avons retenu la variante B (plus favorable à l'assuré) qui tient compte du fait qu'au vu de l'évolution de la structure de l'entreprise, Monsieur M._____ aurait probablement modifié ses activités au fil des ans afin de consacrer plus de temps à des tâches administratives et de direction qu'à des activités manuelles sur les chantiers. Le tableau de l'annexe 3 (application de la méthode extraordinaire) nous donne les résultats économiques suivants : RS : Sfr. 73'238.- RI : Sfr. 56'824.- Préjudice économique : Sfr. 16'414.- Le taux d'invalidité déterminé sur ces bases se monte à 22.41% » L'annexe 2B de ce rapport se présentait comme suit : L'annexe 3 de ce rapport comportait quant à elle le tableau suivant : Par projet de décision du 9 juillet 2012, annulant et remplaçant le projet du 9 septembre 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Il expliquait qu'à l'issue de son reclassement professionnel, l'assuré était à même de travailler au sein du bureau technique de son entreprise. Appliquant la méthode extraordinaire pour évaluer le préjudice économique subi par l'intéressé, l'OAI a considéré que le revenu de ce dernier sans invalidité se montait à 73'238 fr. et que le revenu d'invalidité était de 56'824 fr., correspondant à une perte de gain de 16'414 fr., soit une degré d'invalidité de 22 % n'ouvrant pas le droit à une rente. Le 12 septembre 2012, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formulé ses objections à

l'encontre du projet de décision du 9 juillet 2012. En substance, l'assuré reprochait à l'OAI de ne pas avoir procédé à la véritable clarification de ses champs d'activités, telle que préconisée par le Tribunal, en tous les cas pas suffisamment dans les détails, de ne pas avoir comparé l'évolution de son revenu avec celui de son associé, ce dans l'optique de déterminer son véritable revenu sans invalidité, et de ne pas avoir tenu compte de la composante de « salaire social » comprise dans son revenu avec invalidité. Il considérait également que l'OAI avait retenu à tort qu'il travaillait 43 heures par semaine, alors que de fréquentes pauses étaient nécessaires en raison de l'état de son dos opéré à plusieurs reprises. Il soutenait aussi que l'OAI avait retenu à tort une capacité de travail entière dans une activité adaptée et partant avait sous-estimé son préjudice économique. Il estimait que des mesures d'instruction complémentaires étaient nécessaires et qu'il avait droit au minimum à une demi-rente d'invalidité. Dans un avis du 23 mai 2013, J. _____, juriste au sein de l'OAI, a maintenu intégralement la position de l'assurance-invalidité. Par courrier du 15 septembre 2014, se fondant sur l'avis de sa juriste, l'OAI a informé le conseil de l'assuré qu'il maintenait intégralement sa position. En annexe à ce courrier, il lui a remis « une décision identique au projet du 9 juillet 2012 », datée du 19 septembre 2012, aux termes de laquelle il a rejeté la demande de l'assuré, pour les motifs développés dans le projet de décision du 9 juillet 2012. C. Par acte du 20 octobre 2014, M. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours à l'encontre de cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50 % ou de toutes autres prestations légales. A l'appui de son écriture, le recourant réitère en substance les griefs soulevés dans ses objections du 12 septembre 2012. Il soutient en outre que l'intimé aurait « gonflé » les heures de travail attribuées aux diverses activités, lesquelles ne correspondraient pas à la réalité ni à ses déclarations. Par ailleurs, selon le recourant, le total des heures « gonflées » ne donne que 30.5 heures hebdomadaires et non pas 43 heures par semaine. Il ajoute que le revenu annuel sans invalidité de 73'238 fr. est beaucoup trop bas et que le revenu avec invalidité de 56'824 fr. est beaucoup trop haut, alors qu'il comporte une composante de « salaire social ». Le recourant reproche également à l'OAI de ne plus avoir opéré d'examen de sa situation médicale depuis plusieurs années, alors que celle-ci s'est détériorée. Enfin, il requiert son audition par la Cour de céans. Dans sa réponse du 21 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Concernant l'aspect médical, il relève que le recourant n'a pas fait état d'une aggravation de la situation avant le dépôt de l'acte de recours. Ce n'est qu'en octobre 2014 que l'intéressé allègue des troubles nécessitant une prochaine intervention chirurgicale. Pour l'OAI, il n'y a donc pas de raison de penser que la capacité de travail dans une activité compatible avec les mesures d'épargne lombaire n'ait pas été entière jusqu'au moment où la décision litigieuse a été prise. En ce qui concerne l'aspect économique, l'intimé se réfère à ses explications données précédemment. Il précise à cet égard que la situation du recourant a fait l'objet d'une enquête soigneuse, que les données ont été recueillies sur la base d'une discussion entre le recourant, son frère et la personne chargée de l'enquête. En particulier, l'aménagement du temps de repos au cours de la journée a été pris en compte. Enfin, l'intimé précise que les revenus avec et sans handicap mentionnés en dernière page du rapport n'ont rien à voir, dans le contexte d'une évaluation de l'invalidité selon la méthode extraordinaire, avec les revenus avec et sans atteinte à la santé utilisés lors d'une comparaison des revenus « classique ». Il s'agit ici de revenus statistiques correspondant aux salaires usuels dans chaque branche d'activité, tirés de l'Enquête suisse des salaires. Ces revenus théoriques servent à pondérer économiquement les activités réalisées par

l'assuré dans son entreprise, ce qui permet de calculer le taux d'invalidité. Dans sa réplique du 1^{er} octobre 2015, le recourant a confirmé ses conclusions. Il explique notamment avoir récemment subi un pontage aorto-fémoral et indique que la situation médicale sur ce plan semble désormais être rentrée dans l'ordre, « c'est-à-dire revenue à celle qu'elle était au moment présentement litigieux, à savoir celle d'un status post trois interventions chirurgicales au dos ». Il ajoute que sa situation professionnelle a évolué, puisqu'il est désormais employé et salarié d'une nouvelle entreprise, déclarant toutefois qu'il s'agit d'un élément postérieur au moment litigieux. Il déclare ainsi formellement annoncer à l'OAI une péjoration de sa situation économique et de son revenu d'invalidité. Dans sa duplique du 19 octobre 2015, l'intimé a confirmé ses conclusions. Il prend également note qu'un nouvel examen de la situation est demandé et indique avoir transmis cette annonce au service compétent.

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]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173]). c) La décision entreprise, datée du 19 septembre 2012, a été transmise par l'intimé au conseil du recourant en annexe à son courrier du 15 septembre 2014. Elle a été reçue par Me Elsig le 19 septembre 2014. Dans sa réponse du 21 janvier 2015, l'OAI se réfère à sa « décision du 19 septembre 2014 ». Dès lors, la date de la décision querellée est manifestement erronée. On retiendra, compte tenu des circonstances, qu'elle a ainsi été rendue le 15 septembre 2014, soit le même jour que la lettre de l'OAI au conseil du recourant, et qu'elle a été notifiée à ce dernier le 19 septembre 2014. Le recours a par conséquent été interjeté en temps utile, et devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA). Satisfaisant en outre aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est ainsi recevable. 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 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a). b) Le présent litige porte sur le refus de l'OAI d'accorder une rente d'invalidité au recourant. Il s'inscrit dans le cadre d'une instruction complémentaire de l'OAI faisant suite à l'arrêt de la Cour de céans

du 1^{er} février 2011 admettant le recours de M. _____ et renvoyant le dossier de la cause à l'intimé pour nouvelle décision après complément d'instruction.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). 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.

4. a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334 ; 130 V 393 ; 125 V 146).

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références citées ; ATF 128 V 29).

bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le

ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). cc) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 ; 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5b infra). b) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées ; 117 V 194 consid. 3b). c) Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus hypothétiques provenant d'une activité lucrative, ce qui peut être le cas pour les personnes de condition indépendante, il convient de recourir à la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, soit en procédant à une comparaison des activités et en évaluant le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique. L'invalidité n'est pas évaluée uniquement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références citées ; TF 9C_394/2009 du 8 janvier 2010 consid. 2.2 ; cf. également Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], ch. 3104 CIIAI ss). Dans le cas particulier d'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 (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in : VSI 1998 p. 121 ; I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in : VSI 1998 p. 255 ; TF 9C_394/2009 du 8 janvier 2010 consid. 2.3). 5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde 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 et réf. cit.). 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 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). b) 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 6. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel 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 (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). b) 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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.). 7. En l'espèce, dans un premier moyen, le recourant reproche à l'intimé de plus avoir opéré d'examen de la situation médicale depuis plusieurs années, alors que celle-ci se serait détériorée. Cette affirmation est toutefois sujette à caution, puisqu'aux dires du recourant lui-même, suite au pontage aorto-fémoral subi en 2015, sa situation médicale serait « rentrée dans l'ordre, c'est-à-dire revenue à celle qu'elle était au moment présentement litigieux, à savoir celle d'un status post trois interventions chirurgicales au dos ». Quoiqu'il en soit, le recourant n'a nullement fait état d'une quelconque aggravation de son état de santé avant le dépôt du recours. En particulier, lors de l'entretien avec l'OAI dans le cadre de l'enquête économique pour les indépendants au mois de juillet 2011, l'intéressé n'a pas invoqué de péjoration de sa situation médicale, se contentant de contester la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée telle que retenue par les médecins (cf. rapport d'enquête du 13 juillet 2011 et avis médical du Dr K. _____ du 30 juillet 2008), mais sans étayer sa position. De surcroît, il ne produit aucune pièce médicale susceptible de mettre en doute l'évaluation de l'OAI sur ce point. Or selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b et réf. cit.). Ainsi, on ne saurait retenir une aggravation de l'état de santé du recourant, au demeurant nullement documentée, au moment où la décision querellée a été rendue. Ce grief est par conséquent mal fondé. 8. a) S'agissant de l'évaluation du degré d'invalidité du recourant, on constatera à titre liminaire que compte tenu des circonstances du cas d'espèce, en particulier de la difficulté de déterminer de manière fiable les revenus à comparer, c'est à juste titre que l'OAI a appliqué la méthode extraordinaire d'évaluation pour déterminer le degré d'invalidité du recourant, ce qui n'est au demeurant pas contesté par ce dernier. Il soulève toutefois une série de griefs à l'encontre de l'enquête économique pour les indépendants sur laquelle s'est fondé l'intimé pour rendre la décision querellée, griefs qui seront examinés ci-après. b) En premier lieu, pour ce qui est de la comparaison des champs d'activités, on observera que dans le cadre de l'enquête économique pour les indépendants réalisée le

E. 12

juillet 2011, l'OAI a défini sept domaines d'activité différents, à savoir les travaux de charpente sur les chantiers, la préparation à l'atelier, la supervision des ouvriers, les rendez-vous de chantiers, les « prises de mesures sur les petits chantiers, Velux, petites transformations, etc », les « prises de mesures sur les gros chantiers, charpentes complètes, etc », et les dessins sur ordinateurs, préparation des plans, mise au propre des métrés, devis et factures (cf. annexe 2B au rapport du 13 juillet 2011). L'intimé a ensuite déterminé la proportion du temps consacré par le recourant aux différents champs d'activités composant son métier, en heures et en pourcents. Cette répartition a été faite sur la base des déclarations de l'assuré, lesquelles figurent au point 3.6 du rapport. On constate ainsi que M. _____ participe à environ cinq rendez-vous de chantiers hebdomadaires d'une durée d'1 heure 30 en moyenne, soit 7.5 heures par semaine. Il consacre également 2 heures 30 par jour en moyenne à la supervision des ouvriers, ce qui correspond à 12.5 heures par

semaine. De plus, il s'occupe de l'établissement de devis ou d'offres pour des travaux de charpente durant 6 heures par semaine, ainsi que de devis plus complexes durant 4 heures 30 par semaine. Finalement, il consacre 2 heures 30 par jour à des travaux administratifs ou de dessin, soit 12.5 heures par semaine. Au total, le recourant consacre ainsi 43 heures par semaine à ses activités professionnelles. Dès lors et contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimé explique clairement quelles sont les diverses activités réalisées par l'intéressé et dans quelle proportion il est encore capable de les exercer, étant précisé qu'il a été tenu compte de la nécessité du recourant de faire des pauses durant la journée (cf. rapport d'enquête pp. 1 et 3). Dans la mesure où la détermination des champs d'activités et le nombre d'heures qui leur sont consacrées résultent d'une discussion entre l'intimé et le recourant, dont les déclarations ont été consignées dans le rapport d'enquête, on voit difficilement comment l'OAI aurait pu « gonfler » les heures de travail attribuées aux différentes activités et en quoi elles ne correspondraient pas à la réalité des déclarations du recourant. Ce dernier ne l'explique d'ailleurs pas. De surcroît, avant le dépôt du recours, il n'a jamais fait valoir que ses propos auraient été mal retranscrits dans le rapport du 13 juillet 2011. Par ailleurs, cette répartition est tout à fait compatible avec la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée telle que retenue par les médecins (cf. avis médical du Dr K. _____ du 30 juillet 2008). Certes, le recourant conteste cette pleine capacité de travail dans une activité adaptée, mais comme expliqué ci-dessus, il n'était nullement sa position, de sorte qu'il ne se justifie pas de s'écarter de l'appréciation de l'intimé sur ce point (cf. consid. 7). Quant au nombre d'heures retenu par l'OAI pour l'activité sans atteinte à la santé, soit 50 heures par semaine, on relèvera que ce chiffre a été déterminé après discussion avec le recourant et son frère, sur la base de l'horaire moyen de ce dernier (cf. rapport d'enquête p. 5). Force est ainsi de constater que l'intimé a déterminé de manière claire et précise les activités que le recourant est en mesure d'exercer avec et sans atteinte à la santé, et dans quel laps de temps il peut les accomplir (cf. Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2185 p. 589). Quant à la pondération en pourcentage avec et sans atteinte à la santé, qui n'est au demeurant pas contestée en tant que telle par le recourant, aboutissant à une capacité de travail pondérée de 76.5 % (cf. annexe 2B), elle a été correctement calculée. De surcroît, elle tient compte de la baisse de rendement dans l'activité de supervision des ouvriers et du fait que M. _____ doit se faire accompagner par un aide pour les prises de mesures sur les gros chantiers. L'appréciation de l'intimé s'agissant de la comparaison des champs d'activités, qui tient par ailleurs compte du reclassement professionnel achevé par le recourant et de la réorganisation de l'entreprise, ne prête ainsi pas le flanc à la critique. c) Il convient encore de contrôler la pondération des activités en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche. En l'espèce, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les salaires mentionnés dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour l'année 2008 (cf. notamment Valterio, op. cit., n° 2185 p. 590 ; TF 9C_731/2007 du 20 août 2008 consid. 5.2). L'OAI s'est référé aux chiffres du tableau TA7, domaine d'activité 11, soit les activités de la construction telles que la menuiserie charpente. Cette approche n'est pas critiquable, dans la mesure où l'on peut appliquer les chiffres de la table TA7 si cela permet, comme c'est le cas en l'espèce, de fixer de la manière la plus concrète possible le revenu hypothétique sans invalidité dégagé par l'assuré (cf. par analogie quant au revenu d'invalidité TF 9C_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1). Les niveaux de qualification retenus pour chaque champ d'activités sont en outre conformes aux exigences requises pour les différents types de

travaux énumérés. L'appréciation de l'OAI sur ce point, au demeurant non critiquée en tant que telle par le recourant, doit ainsi être suivie. On rappellera enfin que la méthode extraordinaire consiste à déterminer les répercussions économiques de la baisse de rendement sur la situation concrète où se déploie l'activité (Valtério, op. cit., n° 2183 p. 588). Lorsque cette méthode est appliquée, c'est justement parce que la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans l'entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet pas de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité (cf. supra consid. 4c). Par conséquent, les griefs du recourant selon lesquels l'intimé aurait dû comparer l'évolution de son revenu avec celle de son frère et tenir compte de la part de « salaire social » qui lui est octroyé doivent être écartés, ces éléments n'ayant aucune incidence lorsque la méthode extraordinaire est appliquée. Quant aux déclarations du recourant selon lesquelles sa situation professionnelle aurait évolué au cours de l'année 2015, puisqu'il serait désormais employé et salarié d'une nouvelle entreprise, il s'agit d'un état de fait postérieur à celui existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Il n'est dès lors pas déterminant dans le cadre de la présente procédure (cf. supra consid. 7 in fine). 9. Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire de procéder à l'audition du recourant. En effet, le dossier de la cause est complet, permettant ainsi au tribunal de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise, dite mesure n'étant pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. supra consid. 6b). 10. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, sont arrêtés à 400 francs. b) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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