

## VD\_GERICHTE ZD19.022860 vom 13. Juli 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-07-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD19.022860](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.022860)

FR: VD\_GERICHTE ZD19.022860 du 13 juillet 2020

IT: VD\_GERICHTE ZD19.022860 del 13 luglio 2020

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 188/19 - 236/2020 ZD19.022860 CO UR DE S  
ASSURANCES S OCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 13 juillet 2020 \_\_\_\_\_ Composition : Mme BRÉLAZ  
BRAILLARD, présidente Mme Dessaux et M. Piguet, juges Greffière : Mme Neurohr  
\*\*\*\*\* Cause pendante entre : C. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Christian  
Favre, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE  
CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 4 al. 1, 8 al. 1, 17 al. 1 et 28  
al. 1 LAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1980, a effectué  
un apprentissage de peintre en carrosserie durant cinq ans de 1995 à 2000, sans obtenir le  
certificat fédéral de capacité (CFC). En 2006, il a repris à titre indépendant la carrosserie  
dans laquelle il travaillait puis l'a transformée en société à responsabilité limitée, inscrite au  
registre du commerce depuis le 15 décembre 2006 sous le nom de G. \_\_\_\_\_ Sàrl  
(désormais enregistrée sous la raison sociale W. \_\_\_\_\_ Sàrl depuis le 13 novembre  
2019). Il en est l'unique associé gérant, au bénéfice de la signature individuelle. Le 26  
janvier 2018, il a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de  
l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé),  
faisant état d'une incapacité de travail totale du 12 au 17 octobre 2017, de 80 % du 18  
octobre au 5 décembre 2017 puis de 60 % du 6 décembre 2017 au 5 février 2018, en raison  
des séquelles d'une fracture de la rotule du genou droit consécutive à un accident survenu  
en 2003. Procédant à l'instruction de la cause, l'OAI a demandé des rapports au médecin  
traitant de l'assuré et le dossier constitué par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas  
d'accidents (ci-après : la CNA). Il ressort de l'extrait de compte individuel de l'assuré, daté  
du 6 février 2018, qu'il a perçu un revenu annuel de 69'600 fr. de 2011 à 2016. Selon le  
dossier de la CNA adressé à l'OAI, l'assuré a été victime le 18 février 2003 d'un accident  
de la voie publique qui lui a occasionné une fracture ouverte de la rotule droite qui a été  
réduite et ostéosynthésée. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse a été réalisée le 26  
septembre 2003. Le 16 juillet 2017, l'assuré a annoncé une rechute de l'accident du 18  
février 2003 à la CNA, qui a pris en charge le cas.

- 3 - L'intéressé a consulté le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et  
traumatologie de l'appareil locomoteur, en raison de gonalgies droites. Une arthroscopie  
réalisée le 12 octobre 2017 a montré une chondropathie de stade II à la partie supérieure de  
la facette externe de la rotule, confirmant une déchirure en anse de seau de toute la corne  
postérieure du ménisque interne, lequel a été régularisé. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a en effet  
constaté, dans un rapport du 6 décembre 2017, que l'évolution au niveau du compartiment  
interne était favorable, le patient ayant quasiment vu disparaître toutes ses plaintes. L'assuré  
disposait dès lors d'une capacité de travail de 40 %. Il recommandait un examen par un

médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents. Un collaborateur de la CNA s'est rendu sur le lieu de travail de l'assuré, le 14 décembre 2017. Il ressort du rapport rédigé le même jour que l'assuré avait travaillé environ 5 ans comme peintre en carrosserie avant de venir à la G. \_\_\_\_\_ Sàrl et de la reprendre. Il expliquait que son genou le gênait beaucoup depuis l'accident et qu'il avait tenu le maximum mais que, depuis l'automne 2016, les douleurs étaient devenues trop importantes. Il avait décidé de consulter en juillet 2017. L'entreprise comptait trois personnes, soit lui-même, un apprenti de 4ème année et un tôlier à 50 %. Le local disposait d'un petit lift mais il était utilisé exclusivement par le carrossier. L'installation était fixe et ne pouvait pas être utilisée pour les travaux en relation avec la peinture. L'assuré estimait son rendement à 40 % net ; il pouvait faire les devis et les factures, étant précisé que le Garage V. \_\_\_\_\_ s'occupait de tout le reste, y compris de la comptabilité. Pour le surplus, il était peintre mais il n'arrivait plus à rester accroupi ou à genou. L'assuré ne voulait pas s'annoncer auprès de l'OAI car il était exclu pour lui de quitter sa carrosserie. Le 5 février 2018, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen final de l'état de santé de l'assuré. Il a constaté, à l'examen clinique, que l'intéressé était de constitution athlétique, manifestement en bonne forme et qu'il ne semblait pas avoir de limitation fonctionnelle importante. Il a noté une certaine discordance entre l'ampleur des plaintes et les constatations objectives. Du point de vue thérapeutique, il n'y avait pas grand-chose à proposer. Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement les charges lourdes et les positions sollicitant fortement

- 4 - et/ou de manière répétée les genoux. Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail était entière. Par courrier du 7 mars 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2018, l'examen médical réalisé ayant mis en évidence que l'intéressé n'avait plus besoin de traitement. Le 24 avril 2018, l'OAI s'est vu transmettre les déclarations d'impôt de l'assuré ainsi que les bilans et comptes d'exploitation de la G. \_\_\_\_\_ Sàrl pour les années 2012 à 2016. Dans un questionnaire complété le 9 mai 2018, l'employeur, la G. \_\_\_\_\_ Sàrl, a indiqué qu'un salaire mensuel de 5'800 fr. avait été versé à l'assuré pour qu'il puisse faire face à son entretien. Bien que ce salaire ne corresponde plus à son rendement depuis le 1er octobre 2016, il avait été versé en 2016 et 2017. Selon la société, la part du salaire social s'élevait à 3'480 fr. tandis que la part correspondant au rendement effectif s'élevait à 2'320 francs. Depuis le 6 décembre 2017, l'assuré effectuait 3,36 heures par jour, soit un total de 16,80 heures par semaine, contre 42 heures hebdomadaires auparavant. Décrivant les tâches que l'assuré assumait auparavant, elle a indiqué que la réparation de véhicules et la peinture représentait sa charge principale, à savoir de 3 à 5 heures par jour, tandis que le contrôle de véhicules était parfois réalisé, entre une demi-heure à 3 heures par jour, et que l'assuré œuvrait rarement à la réception de clients, l'organisation du travail, la préparation de devis et la livraison de véhicules. Le travail était effectué le plus souvent en position accroupie ou debout et nécessitait également de marcher, de rester debout ainsi que de soulever ou porter des poids légers jusqu'à 10 kg. Il arrivait parfois de devoir soulever des poids moyens compris entre 10 et 25 kg et plus rarement des poids excédant 25 kg. Il était rare que l'assuré soit assis. La réalisation de ces tâches exigeait une grande attention, concentration, endurance et soin. L'assuré pouvait désormais s'occuper de la gestion de la carrosserie, du service clients, des devis et de la supervision du travail, représentant environ un taux d'activité de 30 à 40 %.

- 5 - Le 25 mai 2018, l'assuré s'est entretenu téléphoniquement avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI. Leur entretien a fait l'objet d'un rapport initial duquel il ressort qu'il était toujours incapable de travailler à 60 %. Concrètement, il était présent tous les jours à la carrosserie, durant toute la journée, mais son rendement n'était que de 40 %. En tant que patron de sa propre entreprise, il pouvait se ménager et se reposer. Il ne pensait pas pouvoir mieux travailler ailleurs ni à un autre poste de travail car il garderait ses douleurs. Il n'envisageait pas de devoir remettre ou vendre son entreprise pour occuper un poste salarié. Il pensait qu'un employeur ne comprendrait pas ses besoins de santé, notamment quant au repos, et qu'il ne voudrait pas « se prendre la tête ». L'assuré n'avait pas d'attente particulière de l'OAI ni de demande quant à des cours ou des mesures de réadaptation dans la mesure où il ne souhaitait pas vendre son entreprise. Dans une communication du 28 mai 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'après analyse de la situation, il considérait qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce ni d'autres mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Dans un rapport médical du 12 juin 2018 à l'attention de la CNA, le Dr J. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de chondropathie dégénérative débutante fémoro-patellaire secondaire à une ancienne fracture de rotule droite opérée en 2003, ayant une incidence sur la capacité de travail, et de status après résection d'une anse de seau de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit par arthroscopie le 12 octobre 2017 ayant évolué favorablement, sans incidence sur la capacité de travail. Il a précisé ne plus avoir vu l'assuré en consultation depuis le mois de janvier 2018 et avoir attesté des périodes d'incapacité s'agissant de l'activité de carrossier. Compte tenu de l'âge de l'assuré, il ne fallait pas espérer une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, et ce jusqu'à l'âge de la retraite. Ce praticien admettait une baisse de rendement de 40 à 60 % dans l'activité habituelle, l'assuré ne pouvant plus s'agenouiller ou s'accroupir de manière répétitive et sur une longue durée, soulever des

- 6 - poids de plus de 15 à 20 kg de manière répétitive ni monter des pentes, sur des escaliers ou des échelles de manière fréquente. L'assuré n'était plus apte à travailler comme carrossier-peintre à plein temps. Ce métier était trop physique et nécessitait trop de flexions sur les genoux pour espérer un bon rendement à long terme. Le Dr J. \_\_\_\_\_ n'avait aucun traitement à proposer, la situation étant stabilisée. Selon lui, l'assuré était suffisamment intelligent pour qu'une autre activité professionnelle soit envisageable, moyennant une nouvelle formation. L'assuré pouvait avoir un rendement de 100 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles et s'exerçant essentiellement en position semi-assise sans déplacements trop fréquents sur des sols irréguliers. Les limitations étaient valables depuis le début de l'année 2018. Le médecin a rajouté qu'il serait difficile de faire comprendre à l'intéressé qu'il devait changer d'activité et abandonner son métier, étant propriétaire de sa carrosserie. Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance- invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que les limitations fonctionnelles retenues par les Drs J. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 juin 2018 et N. \_\_\_\_\_ dans son examen final du 5 février 2018 étaient superposables. Au vu de la situation, l'exercice de l'activité habituelle de carrossier était compromis, la diminution de rendement étant actuellement de 40 à 60 % et aucune amélioration n'étant envisageable. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100 %. Le SMR a encore retenu que l'aptitude à la réadaptation existait depuis février 2018 et la longue maladie depuis octobre 2017, date de l'arthroscopie (communication interne du 7 septembre 2018). Il ressort notamment d'une communication interne du 12 septembre 2018 du Service des indépendants de l'OAI que l'assuré exploitait une carrosserie dont il était

l'unique détenteur des parts. Après avoir extrait les éléments économiques suivants : 2011  
2012 2013 2014 2015 2016 CA net 417195 463274 457408 517346 454844 347186  
Charges 144005 206196 196050 169542 165061 117672

- 7 - de personnel Résultat -7362 -5150 27798 -5927 28282 -27781 net CI assuré 69600  
69600 69600 69600 69600 69600 Résultat -7362 -5150 27798 -5927 28282 -27781 net Rev  
brut 62238 64450 97398 63673 97882 41819 + résultat net Moyenne 77'128.— (RS) 2011-  
2015 l'OAI a proposé de retenir la moyenne des années 2011-2015 pour déterminer le  
revenu sans invalidité, soit un montant de 77'128 francs. Au vu de la taille et de la  
composition annoncée du personnel dans l'entreprise ainsi que de l'activité, l'OAI n'a pas  
considéré que l'assuré puisse mettre à profit une capacité de travail entière dans des  
activités adaptées au sein de celle-ci. Or, l'assuré n'envisageait pas de changer d'activité.  
L'OAI a considéré qu'un tel changement était toutefois exigible, l'intéressé étant âgé de 38  
ans et sa capacité de travail étant fixée à 100 % dans une activité adaptée. Le 22 octobre  
2018, un spécialiste en réinsertion professionnelle a procédé au calcul du salaire exigible de  
l'assuré, en se fondant sur le revenu issu des données de l'Enquête suisse sur la structure  
des salaires édictée en 2016 par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'ESS), plus  
précisément le tableau TA1, niveau de compétence 1 pour les hommes (5'357 fr.), annualisé  
et adapté à l'horaire hebdomadaire usuel de 41,7 heures et à l'évolution des salaires en 2017  
et 2018 (0,4 % chaque année), soit un revenu avec invalidité de 67'553 fr. 27. Aucune  
réduction n'a été opérée sur ce montant, ni à titre de diminution du rendement ni de  
désavantage salarial, au motif que les limitations fonctionnelles étaient relativement banales  
et ne devraient pas engendrer de désavantage

- 8 - salarial dans une activité adaptée. A titre d'exemples, l'OAI a cité les activités  
industrielles légères, le contrôle qualité, le conditionnement léger, le poste d'ouvrier à  
l'établi ou le montage-assemblage de pièces légères. Le revenu avec invalidité ainsi obtenu  
a été comparé avec le revenu sans invalidité tel que calculé le 12 septembre 2018 par le  
Service des indépendants de l'OAI, faisant apparaître un préjudice économique de 12,41 %,  
soit un montant de 9'574 fr. 73 (77'128 – 67'553.27). Dans un projet de décision du 8  
novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser de prester, au motif  
que le degré d'invalidité de 12,41 %, calculé grâce à la méthode de comparaison des  
revenus, n'ouvrait pas de droit à une rente d'invalidité. Le droit aux mesures  
professionnelles n'existait pas non plus. Par courrier du 14 décembre 2018, l'assuré,  
représenté par son conseil, a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision,  
précisant qu'il était salarié de l'entreprise G. \_\_\_\_\_ Sàrl, et non carrossier-peintre  
indépendant. Il a notamment contesté être capable de travailler dans une activité industrielle  
légère, ne voyant pas quelle serait cette activité. Il était possible de se maintenir dans son  
emploi de peintre en réduisant son taux d'activité, comme cela avait été le cas jusqu'alors.  
Dans une observation complémentaire du 28 février 2019, l'assuré a précisé à l'OAI que  
l'entreprise qu'il avait créée représentait son outil de travail et un investissement personnel  
très important. En outre, exiger qu'il exerce une activité industrielle légère, sans aucune  
qualification, était illusoire et humiliant au vu de la rétrogradation sociale que cela  
impliquait. A titre subsidiaire, il a contesté le revenu avec invalidité. S'il devait s'engager  
dans le domaine de l'hôtellerie ou de la restauration, perspective objectivement admissible,  
c'était un salaire annuel de l'ordre de 45'000 fr. auquel il pourrait prétendre, occasionnant  
une perte de gain supérieure à 40 %. Dans un avis juridique du 2 avril 2019, l'OAI a estimé  
que l'assuré devait être considéré comme un indépendant, celui-ci étant seul

- 9 - détenteur des parts de G. \_\_\_\_\_ Sàrl. De plus, l'obligation de réduire le dommage supposait pour un indépendant de devoir mettre fin à son activité au profit d'une activité salariée plus lucrative, si certaines conditions étaient remplies. Tel était le cas en l'espèce puisque l'assuré n'avait que 39 ans, qu'il ne pouvait pas mettre en valeur une capacité de travail de 100 % dans le cadre de son entreprise et que les immobilisations au bilan étaient comptabilisées pour 4'000 fr., ce qui représentait un engagement financier peu important. L'abandon de cette activité indépendante ne constituait pas une exigence excessive. Le grief du recul social ne pouvait être admis s'agissant d'un assuré indépendant depuis seulement quelques années, sans qualification particulière, âgé de 39 ans seulement et qui devait donc s'attendre à des changements professionnels jusqu'à sa retraite. L'état de santé et les limitations fonctionnelles étaient compatibles avec l'exercice d'une activité industrielle légère. Une activité dans l'hôtellerie ne serait pas adaptée aux limitations fonctionnelles, selon l'OAI. L'exercice d'une activité adaptée ne nécessitait en outre pas de mesures d'ordre professionnel préalables. Conformément à son avis juridique, l'OAI a rendu une décision de refus de prester le 4 avril 2019, confirmant ainsi son projet de décision. Il a ajouté, dans un courrier séparé daté du jour précédant, que des mesures professionnelles dans le cadre de l'activité habituelle de l'assuré n'entraient pas en ligne de compte puisqu'elles ne permettaient pas de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail. B. Par acte du 20 mai 2019, C. \_\_\_\_\_, toujours représenté par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 4 avril 2019. Il a conclu principalement à sa réforme en ce sens qu'il soit mis au bénéfice de trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2018, subsidiairement à des mesures de réadaptation professionnelle, plus subsidiairement encore à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction. Il a contesté le revenu d'invalidité retenu par l'OAI sur la base de l'ESS, en ce sens qu'il n'était pas conforme à sa situation financière réelle actuelle. Il a allégué que le fait que l'OAI

- 10 - exige la reprise d'une activité adaptée équivalait à un déclassement professionnel qui risquait de péjorer son état de santé déjà fragilisé, selon son médecin, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consulté le 12 avril 2019. Bien qu'en incapacité de travail à 60 %, le recourant avait perçu un plein salaire, qu'il avait dû se résoudre à réduire depuis le mois de novembre 2018 à un montant de 2'320 fr. brut, correspondant à un taux d'activité de 40 %. C'est ce salaire qui devait être retenu au titre du revenu avec invalidité donnant lieu à un degré d'invalidité de 63,90 %. Il a également reproché à l'OAI d'avoir refusé des mesures de réadaptation professionnelle qui se justifiaient dès lors qu'il assumait seul la gestion administrative de son entreprise, ce qui lui prenait 25 à 30 % de son temps. Elles devaient lui permettre de se montrer plus efficient et de mieux mettre à profit sa capacité de travail résiduelle pour des tâches plus physiques. Enfin, l'intimé n'avait pas mené l'instruction de façon complète puisqu'il n'avait pas tenu compte du volet psychiatrique. Le recourant a produit, en annexe à son recours, un rapport du 9 mai 2019 du Dr Q. \_\_\_\_\_ dans lequel le médecin posait le diagnostic de trouble dépressif secondaire, d'intensité moyenne à forte avec symptômes somatiques (ICD-10 : F32.11), qui découlait directement de ses difficultés physiques. L'abandon de l'activité de l'assuré comme indépendant allait entraîner un sentiment de dévalorisation et d'échec, qui risquait d'aggraver le syndrome dépressif. Dans une réponse du 16 août 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours et renvoyé aux pièces du dossier, plus particulièrement à la communication interne du SMR du 7 septembre 2018 et à l'avis juridique du 2 avril 2019. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances

sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

- 11 - fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales auprès du tribunal compétent (art. 38 al. 4 let. a LPGA ; art. 96 al. 1 let. a et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

- 12 - maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). d) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent

normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait

- 13 - raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75, 124 V 321 consid. 3b/aa). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En outre, 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.). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude

- 14 - circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). 5. a) Du point de vue médical, l'intimé fonde sa décision sur les appréciations des Drs J. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ qui ont posé les diagnostics de chondropathie dégénérative débutante fémoro-patellaire secondaire à une ancienne fracture de rotule droite opérée en 2003 et de status après résection d'une anse de seau de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit par arthroscopie le 12 octobre 2017 ayant évolué favorablement. Les médecins considèrent que si l'assuré présente une diminution de 40 à 60 % de rendement dans son activité habituelle de peintre en carrosserie, il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 15 à 20 kg et pas de sollicitations répétitives des genoux. Aucun élément au dossier ne vient

contredire les appréciations de ces médecins et l'assuré lui-même n'y oppose aucun rapport médical objectivé et circonstancié sur le plan somatique. b) Sur le plan psychiatrique, il faut relever que le Dr Q.\_\_\_\_\_ a été consulté peu de temps avant le dépôt du recours, après que la décision attaquée a été rendue. Or, cette décision définit la période soumise à l'examen de la Cour de céans, de sorte que l'on peut se demander si le rapport du 9 mai 2019 du Dr Q.\_\_\_\_\_ n'échappe pas à l'examen judiciaire. On relèvera toutefois que son contenu est sommaire et que l'appréciation du médecin n'est fondée que sur des hypothèses, qui par définition ne sont pas réalisées à ce jour, de sorte que cette pièce médicale ne suffit pas à remettre en cause l'appréciation de l'OAI. En outre, s'agissant de faits allégués postérieurement à la décision attaquée,

- 15 - la critique selon laquelle l'intimé n'a pas suffisamment instruit la cause en raison de la problématique psychiatrique est parfaitement infondée. On ajoutera à toutes fins utiles que les difficultés de concentration dont fait état le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne sont étayées par aucun élément médical objectif et ne sont confirmées par aucun autre rapport au dossier. c)

Aucune pièce médicale au dossier ne permet donc de contester les appréciations médicales des Drs J.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ainsi que du SMR, sur lesquelles s'est fondé l'OAI pour retenir que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il convient de leur reconnaître une pleine valeur probante. 6. Il s'agit dès lors d'examiner si le changement de profession peut effectivement être exigé du recourant, ce que ce dernier conteste en raison du déclassement social que cela engendrerait et de son attachement à son entreprise. a) On applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être

- 16 - prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (T 9C\_36/2018 du 18 mai 2018 consid. 4.2 ; ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (TF 9C\_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée

au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances objectives et subjectives du cas concret, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (TF 9C\_36/2018 du 18 mai 2018 consid. 4.2 ; 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3 et les références ; 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3 et les références; voir également arrêt 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4 ; s'agissant de la situation d'un agriculteur, voir arrêt I 38/06 du 7 juin 2006 consid. 3.2 et les références). b) S'agissant de l'attachement subjectif et personnel qui lie un indépendant à son entreprise, la jurisprudence a déjà eu l'occasion de constater que le passage de statut d'indépendant à celui de salarié constitue, dans les faits, une profonde remise en question socio- professionnelle. Elle a cependant attaché de l'importance à la circonstance que les perspectives de revenus offertes par un changement d'activité n'étaient que légèrement plus élevées que celles liées aux revenus obtenus dans l'activité indépendante (TF 9C\_36/2018 du 18 mai 2018, consid. 4.3.2 ; 9C\_30/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.3.2 ; 9C\_789/2016 du

- 17 - 5 avril 2017 consid. 5.2 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

Lorsqu'un changement de profession induit une meilleure valorisation économique de la capacité de travail, l'attachement subjectif de l'assuré à son entreprise n'a pas pour conséquence de nier le caractère exigible d'un tel changement (TF 8C\_413/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.3.2; 9C\_834/2011 du 2 avril 2012, consid. 4 et les références). c) En l'occurrence, le recourant subit une diminution importante de son rendement, de l'ordre de 60 %, dans son activité habituelle, puisqu'il ne peut plus exercer la part de ses activités de peintre. L'entreprise de l'assuré n'occupe que trois employés, à savoir un apprenti, un collaborateur à mi-temps et l'intéressé lui-même. Il s'agit donc d'une entreprise de petite taille. Un transfert des tâches de l'assuré vers des tâches exclusivement administratives ne lui permet dès lors de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de son atteinte à la santé. Le recourant l'admet d'ailleurs, précisant dans son recours qu'il se charge seul des tâches administratives qui représentent un taux d'activité de 25 à 30 %. Cela n'est dès lors pas suffisant dans la mesure où il dispose d'une pleine capacité dans une activité adaptée. Âgé d'à peine 39 ans au moment de la décision entreprise, l'assuré est en outre loin de l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2). Il ne semble par ailleurs pas que le choix de postes de travail exigibles soit si limité qu'il rende très incertaine la possibilité de trouver un emploi, malgré l'absence de réelle expérience professionnelle du recourant dans un domaine économique autre que celui dans lequel il a toujours œuvré. Les limitations fonctionnelles de l'assuré ne sont en effet pas si restrictives qu'il ne puisse exercer aucune activité. Le recourant bénéficie au demeurant d'un très large panel d'activités légères à choix

- 18 - qui sont adaptées à ses limitations fonctionnelles et qui sont accessibles sans formation particulière, si ce n'est une mise au courant initiale. L'argument relatif à l'attachement subjectif de l'assuré à son entreprise ne suffit en outre pas pour conclure à l'absence d'exigibilité d'un changement d'occupation professionnelle. En effet, les perspectives de revenu offertes par un tel changement sont nettement plus élevées que les revenus qu'il réalise actuellement au sein de son entreprise (cf. consid. 7 ci-dessous). On précisera que l'exigibilité de la réinsertion dans une nouvelle activité n'oblige pas, en tant

que telle, l'intéressé à quitter son entreprise. Il demeure en effet libre de poursuivre son activité ; dans ce cas, toutefois, il ne saurait prétendre à des prestations à la charge de l'assurance-invalidité (TF 8C\_413/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.3.2). Vu ce qui précède, il peut être exigé du recourant qu'il change d'activité professionnelle au profit d'une activité salariée adaptée. 7. Le grief soulevé par le recourant, relatif au revenu d'invalidé basé sur l'ESS, est infondé puisque le revenu effectif d'environ 2'320 fr. par mois qu'il réalise actuellement ne correspond pas à sa pleine capacité de travail. Contrôlé d'office par la Cour de céans, le revenu issu de l'ESS, retenu par l'OAI, peut être globalement confirmé. Comparé au revenu sans invalidité de 77'128 fr., qui n'est pas contesté par le recourant, le degré d'invalidité ascende à 12,41 %, ce qui n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité. On précisera à toutes fins utiles que l'OAI a retenu, à titre de revenu sans invalidité, un montant plus élevé et par conséquent plus favorable à l'assuré que celui issu de son compte individuel.

- 19 - Tant les revenus avec et sans invalidité que le degré d'invalidité peuvent ainsi être confirmés. Les griefs du recourant sont infondés et doivent être rejetés. Dès lors que le taux d'invalidité est inférieur à 20 %, comme l'exige la jurisprudence (ATF 139 V 399 consid. 5.3), le recourant n'a pas droit à une mesure de reclassement selon l'art. 17 LAI. 8. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 4 avril 2019 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 mis à la charge de C.\_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens.

- 20 - La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Christian Favre (pour C.\_\_\_\_\_), - 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.