

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 décembre 2011

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :     M.     Neu et Mme Di Ferro Demierre  
Greffière     :     Mme    Mestre Carvalho

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourant,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 7, 8, 16 et 17 LPGA; art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant turque né le 17 décembre 1957, arrivé en Suisse en octobre 1980, titulaire d'une autorisation d'établissement, sans formation professionnelle, marié et père de trois enfants nés en 1985, 1995 et 1997, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en date du 30 juillet 1997, indiquant souffrir de hernies discales et cervicales depuis 1994. Il ressortait par ailleurs de cette requête que l'assuré travaillait en tant que restaurateur indépendant depuis le 1<sup>er</sup> mars 1992, exploitant un établissement public en région lausannoise.

**b)** Sur le plan médical, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) s'est adressé au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 19 août 1997, celui-ci a relevé que l'assuré se trouvait en incapacité de travail à 100% depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1996. Cela étant, il a diagnostiqué une hernie discale médiane bilatérale à prédominance foraminale droite C5-C6 avec lésion dégénérative sténosant les canaux de conjugaison droits en C3-C4 et C4-C5, une hernie discale L4-L5 paramédiane latérale droite avec discopathies étagées et protrusions discales en L3-L4 et L4-L5, et un canal lombaire étroit.

A la demande de son assureur perte de gain H.\_\_\_\_\_, l'intéressé a fait l'objet d'une expertise effectuée par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en maladies rhumatismales. Ce dernier a, dans son rapport du 24 février 1998, confirmé les diagnostics posés par le Dr L.\_\_\_\_\_, tout en indiquant que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, sous forme d'un travail allégé sur la journée entière. Dans un rapport du 29 juin suivant adressé à l'OAI, ce médecin a précisé que l'incapacité remontait à février 1998.

Par constat du 19 février 1999, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé ses précédents diagnostics, tout en ajoutant celui de douleurs à l'épaule droite investiguées avec limitation fonctionnelle.

**c)** Sous l'angle économique, un rapport d'enquête économique pour les indépendants a été établi le 7 novembre 1997, puis complété le 17 août 1998. Il en ressortait que la diminution des charges avait compensé la perte de gain due à l'atteinte à la santé (diminution du chiffre d'affaire), et que l'assuré avait finalement cédé son établissement au 1<sup>er</sup> juillet 1998 pour des raisons médicales.

**d)** Le 11 juin 1999, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une demi-rente AI à compter du 1<sup>er</sup> février 1999, fondée sur un taux d'invalidité de 50%. Cette décision a été confirmée sur opposition le 15 décembre 1999.

L'intéressé a déféré l'affaire devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud en date du 14 janvier 2000. Par jugement du 30 mars 2000, cette instance a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision, motifs pris que les documents médicaux au dossier n'étaient pas actualisés et que l'office intimé n'avait pas calculé le préjudice économique de l'assuré selon les prescriptions légales en la matière.

**d)** Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a mandaté la Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, en vue de la réalisation d'une expertise. Cette dernière a fait part de ses observations dans un rapport du 9 octobre 2000, retenant les diagnostics suivants :

- "• Trouble douloureux chronique à tropisme cervico-lombaire, avec "pseudo" héli-syndrome sensitif, latéralisé à droite.
- Canal rachidien étroit relatif (cervical et lombaire) assorti de discopathies étagées, sans évidence clinique actuelle d'un conflit disco-radiculaire déficitaire, ni indice d'évolution clinique, ni radiologique.

- Status après lombosciatalgies gauches, prouvées à l'EMG sur les myotomes L5-S1 (octobre 1996) avec protrusions discales prédominant en L4-L5 sur canal étroit, associées à un "pseudo" hémi-syndrome sensitif gauche, d'évolution favorable depuis 1998."

Cela étant, elle a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, et que dans une activité adaptée (évitant le port de charges au-delà de 10 à 15 kg, et permettant une alternance des positions assise et debout toutes les 2 heures), il pourrait retrouver une capacité de travail de l'ordre de 70% à 80% progressivement sur un an, après une période de mise au courant et en fonction de sa motivation.

**e)** En date du 1<sup>er</sup> mars 2002, l'assuré a ouvert un café-pizzeria à l'enseigne «A. \_\_\_\_\_», à [...].

Par communication du 5 mars suivant adressée à l'OAI, l'intéressé a annoncé que son épouse [recte : lui-même] avait repris une activité indépendante depuis le 1<sup>er</sup> mars 2002.

**f)** Par décision du 14 mai 2002, faisant suite à un projet de décision du 13 juin 2001 contesté par l'assuré le 3 août 2001, l'OAI a octroyé à l'intéressé un quart de rente AI avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 1999, sur la base d'un taux d'invalidité de 42,37%. Se ralliant aux conclusions de la Dresse B. \_\_\_\_\_, l'office a retenu que l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail de 50% dans son activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée. Procédant à une évaluation théorique de la capacité de gain à la lumière des conclusions de son service de réadaptation, l'OAI a retenu qu'en travaillant à 70% dans une activité adaptée (par exemple caissier-vendeur dans une station-service, employé d'emballage, livreur pour une pharmacie, ou ouvrier en montage industriel), l'intéressé pourrait réaliser un revenu annuel moyen avec invalidité de 31'858 fr. S'agissant du revenu sans invalidité, l'office a tenu compte de la moyenne indexée des bénéfices nets des deux dernières années ayant précédé l'incapacité de travail de longue durée (1994 et 1995), soit 55'289 fr. De la comparaison de ces deux montants, il ressortait un préjudice économique

de 23'431 fr. correspondant à un taux d'invalidité de 42,37% ouvrant le droit à un quart de rente AI.

**B.**           **a)** Le 20 décembre 2004, l'assuré a transmis à l'OAI un questionnaire pour la révision de la rente non daté, complété par son médecin généraliste traitant le Dr M.\_\_\_\_\_, du Centre médico-chirurgical J.\_\_\_\_\_. Il en ressortait que les troubles de la colonne cervicale s'étaient aggravés depuis 5 à 6 mois, les atteintes lombaires demeurant, quant à elles, stationnaires. Il était par ailleurs précisé que dans son activité de restaurateur indépendant, l'assuré avait connu plusieurs périodes d'arrêt de travail dont il ne pouvait préciser les dates; en outre, depuis la modification de son état de santé en 1992 [sic], l'intéressé ne pouvait travailler que 20 heures par semaine, contre 43 heures auparavant. Enfin, l'assuré a produit les comptes de bilan et d'exploitation de son établissement l'«A.\_\_\_\_\_» pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003.

**b)** Par rapport du 10 janvier 2005, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de «*[p]roblème orthopédique*», ajoutant pour le surplus la mention «*cf. spécialiste*». Il a relevé que, de son côté, il suivait l'assuré depuis 1999 pour un problème métabolique, ce dernier présentant un diabète de type 2 sans impact sur la capacité de travail; par ailleurs, il a considéré que l'état de santé de l'intéressé était stationnaire. Cela étant, il a estimé que l'activité habituelle était exigible à raison de 4 heures par jour, avec une diminution de rendement supérieure à 50%. En revanche, il ne s'est pas déterminé quant au taux d'exigibilité d'une activité adaptée, mais a signalé une diminution de rendement de plus de 50%. Il a produit diverses pièces médicales concernant des examens de laboratoires ainsi que des consultations auprès de spécialistes en ophtalmologie, en cardiologie et en diabétologie.

**c)** Par envois des 21 avril et 16 septembre 2005, l'assuré a transmis à l'OAI les comptes d'exploitation de l'établissement l'«A.\_\_\_\_\_» pour les années 2002 et 2004.

**d)** Une enquête économique pour les indépendants a été réalisée le 10 mars 2006, sur mandat de l'OAI. Dans un rapport du 16 mars suivant, l'enquêteur a précisé que l'assuré affirmait «*n'avoir eu aucune activité lucrative de juillet 1998 au 28.02.2002, pour raison de santé*», jusqu'à l'ouverture du café-pizzeria l'«A. \_\_\_\_\_» le 1<sup>er</sup> mars 2002. Dans cet établissement, où il travaillait en famille, l'intéressé avait un taux d'activité de l'ordre de 55% à 60%. Il y employait une cousine de sa femme pour des activités de ménage, de nettoyage et de vaisselle (à 35%), et avait engagé un cousin de son épouse depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 pour travailler en cuisine et assurer le service (à 100%). S'agissant du revenu sans invalidité, l'enquêteur a repris le montant de 55'289 fr. fixé lors de la procédure initiale d'octroi de rente, et l'a indexé à 2004, obtenant un total de 59'025 fr. Concernant le revenu avec invalidité, un montant de 44'771 fr. a été retenu, correspondant aux profits réalisés par l'assuré au terme de la troisième année d'exploitation de son établissement. De la comparaison des revenus sans et avec invalidité, l'enquêteur a déduit un taux d'invalidité de 24,14%, tout en préconisant la production des comptes d'exploitation de 2005 afin de vérifier si les bons résultats enregistrés en 2004 se confirmaient.

Les documents en question ont été produits par l'assuré dans le courant du mois de novembre 2006.

Après examen de ces nouvelles pièces, l'enquêteur mandaté par l'OAI a établi un complément d'enquête économique pour les indépendants le 20 mars 2007. S'agissant de l'année 2004, il a précisé que le revenu d'invalidité corrigé brut était de 44'670 fr. et le taux d'invalidité de 24,32%. Concernant l'année 2005, il a proposé un revenu de valide de 59'340 fr., correspondant au montant de 55'289 fr. précédemment retenu après indexation à 2005, et un revenu d'invalidité corrigé de 48'052 fr., équivalant aux profits réalisés par l'assuré durant l'année 2005. Cela étant, l'enquêteur a retenu un préjudice économique de 11'288 fr., correspondant à un taux d'invalidité de 19,02%.

**e)** Par avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 20 février 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a observé que les renseignements médicaux au dossier n'indiquaient pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré. Aussi a-t-il proposé de demander à l'intéressé quels étaient les médecins qui le suivaient, afin de pouvoir ultérieurement les interpeller.

L'assuré a précisé les 24 avril et 29 octobre 2008 qu'il était suivi par le Dr [...] [recte : P.\_\_\_\_\_], médecin praticien au Centre médico-chirurgical J.\_\_\_\_\_. Ce dernier n'a toutefois pas répondu aux demandes de renseignements médicaux que lui a adressées l'OAI les 29 avril 2008, 21 août 2008 et 8 janvier 2009.

Cet office ayant interpellé le Centre médico-chirurgical J.\_\_\_\_\_ par courrier du 11 février 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_ a fait part de ses observations dans un rapport du 14 février 2010. A titre de diagnostic se répercutant sur la capacité de travail, il a mentionné : *«[p]roblème orthopédique : cf. spécialiste orthopédique. cf. anciens rapports»*. Concernant l'évaluation de la capacité de travail, il a indiqué *«cf. rapport orthopédique et rapports antérieurs»*. Enfin, il a produit divers extraits d'examens laboratoires.

Aux termes d'un rapport du 29 avril 2010 adressé au Dr M.\_\_\_\_\_, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a observé que l'assuré présentait un profil coronarien sans évidence pour une maladie cardiaque/coronarienne, signalant en particulier un test d'effort normal.

Dans un avis médical SMR du 18 mai 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_ a retenu qu'aucune preuve de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré ne figurait au dossier, et que l'exigibilité médicale restait inchangée.

**f)** En date du 3 juin 2010, l'OAI a adressé à l'intéressé un projet de décision dans le sens d'une suppression de son quart de rente d'invalidité, motivé comme suit :

**"Résultat de nos constatations :**

Vous êtes au bénéfice d'un quart de rente depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1999. Lors de la présente révision de votre dossier, nous constatons que votre état de santé est inchangé et que [votre] capacité de travail est de 50% voire davantage selon les pièces médicales apportées au dossier.

Le [t]aux d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique. Ainsi la notion d'invalidité ne se confond donc pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminée par le médecin.

Selon l'enquête économique réalisée sur la base de votre comptabilité, votre préjudice économique atteint 19%[.]

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteint.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

La rente sera supprimée dès le premier jours du 2<sup>ème</sup> mois qui suit la notification de la décision."

L'assuré a communiqué ses objections par acte du 2 juillet 2010, relevant notamment que le restaurant «A. \_\_\_\_\_» avait fermé en juillet 2008.

**g)** Par décision du 26 juillet 2010, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet du 3 juin 2010.

Par courrier du même jour, l'office a réfuté les objections de l'assuré.

**C.**        **a)** L'intéressé a recouru le 25 août 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci et au maintien de son quart de rente. En substance, il relève que l'OAI s'est fondé sur les pièces comptables de 2005 pour procéder en 2010 à la suppression de sa rente d'invalidité, sans tenir compte de l'évolution de sa situation qui «*n'est plus du tout la même*». Par ailleurs, il fait valoir que l'office considère désormais sa capacité de travail [recte : son invalidité] comme étant inférieure à 40%, bien qu'aucune amélioration de son état de santé

n'ait toutefois été médicalement attestée. A l'appui de ses allégations, il produit diverses pièces relatives à des stades antérieurs de la procédure.

**b)** Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet dans sa réponse du 20 janvier 2011. Par ailleurs, il requiert que l'assuré se détermine sur les motifs de la fermeture du restaurant l'«A. \_\_\_\_\_» et produise toute pièce utile à ce sujet (bilan final, rapports médicaux, etc.).

**c)** Répliquant le 14 février 2011, le recourant souligne avoir annoncé la fermeture de son restaurant à l'OAI le 2 juillet 2010, sans que cet office n'entreprenne alors la moindre mesure d'instruction à ce propos. Cela étant, il expose en substance que *«les affaires ne marchaient pas et en raison de [s]on état de santé, l'établissement était ouvert de 09h00 à 14h00 et de 17h00 à 20h00, du lundi au jeudi. Le vendredi de 09h00 à 14h00 et de 17h00 à 22h00. Le samedi de 11h00 à 22h00. Le dimanche fermé. [Il] n'a[vait] pas pensé à demander un certificat médical pour prendre cette décision, vu qu'[il était] régulièrement [suivi] par [s]on médecin traitant».*

**d)** Dans sa duplique du 8 mars 2011, l'OAI expose pour l'essentiel que le fait de s'être basé sur les données économiques de 2005 pour déterminer la perte de gain de l'assuré ne prête pas le flanc à la critique, pour les motifs suivants :

"Tout d'abord, ces données étaient les plus récentes lors de la réalisation de notre dernière enquête économique. Ensuite, il importe avant tout, dans le calcul du préjudice économique, que les chiffres retenus pour le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé soient de la même année, ce qui est le cas en l'espèce. Enfin, l'instruction du dossier sous l'angle médical a permis de déterminer que l'état de santé de l'assuré est resté stationnaire depuis notre décision précédente, si bien que la cessation de l'activité indépendante n'est pas en lien de causalité avec l'invalidité. Ainsi, si nous devons prendre en considération les données économiques pour l'année 2010, nous nous contenterions d'indexer dans une même proportion le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé à cette année, ce qui n'aurait aucune influence sur le taux d'invalidité."

## **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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) – auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, 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 al. 1 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 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Est litigieuse, en l'occurrence, la suppression, par voie de révision, du droit du recourant à un quart de rente d'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 art. 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 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 (art. 6 LPGA in fine).

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.

**b)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée conformément à l'art. 17 LPGA. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à

influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TFA I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 s.; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; TF 9C\_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.1).

**4. a)** Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer 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), il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). 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. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**5.** A ce stade, il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision d'octroi d'un quart de rente AI du 14 mai 2002, justifiant la suppression de cette prestation décidée par l'office intimé le 26 juillet 2010.

**6. a)** Par décision du 14 mai 2002, l'assuré s'est vu octroyer un quart de rente AI sur la base d'un taux d'invalidité de 42,37%. Cette décision reposait essentiellement sur le rapport d'expertise de la rhumatologue B.\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2000, dont il ressortait que l'intéressé présentait des affections cervico-lombaires (à savoir un trouble douloureux chronique à tropisme cervico-lombaire avec "pseudo" hémisyndrome sensitif latéralisé à droite, un canal rachidien étroit relatif [cervical et lombaire] assorti de discopathies étagées, et un status après lombosciatalgies gauches associées à un "peusdo" hémisyndrome sensitif gauche d'évolution favorable depuis 1998) en raison desquelles il ne pouvait travailler qu'à 50% dans son activité habituelle et à 70% dans une activité adaptée.

**b)** Dans le questionnaire pour la révision de la rente transmis à l'OAI le 20 décembre 2004, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué que les troubles cervicaux de l'assuré s'étaient aggravés depuis 5 à 6 mois tandis que les affections lombaires étaient demeurées inchangées. Puis, dans un rapport du 10 janvier 2005, ce médecin a signalé que l'état de santé du recourant était stationnaire, tout en précisant qu'il le suivait depuis 1999 uniquement pour des problèmes métaboliques, ce dernier lui ayant *«peu parlé du problème orthopédique pour lequel il était suivi par un spécialiste»* (cf. rapport du 10 janvier 2005 p. 2 ch. 1.4). Dans un dernier rapport du 14 février 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_ s'est limité à renvoyer à des rapports antérieurs et au *«spécialiste orthopédique»* en charge du suivi de l'assuré. Enfin, dans un rapport du 29 avril 2010, le cardiologue S.\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant ne présentait pas d'affection cardiaque ou coronarienne.

Cela étant, la Cour de céans relève que l'aggravation des atteintes cervicales initialement signalée par le Dr M.\_\_\_\_\_, selon le questionnaire pour la révision de la rente transmis le 20 décembre 2004, ne figure toutefois plus dans ses rapports ultérieurs des 10 janvier 2005 et 14 février 2010. Si l'on peut s'étonner de cet apparent revirement, il faut toutefois garder à l'esprit que le Dr M.\_\_\_\_\_ n'est pas spécialiste en

orthopédie ou en rhumatologie - spécialités dont relèvent pourtant les affections cervico-lombaires de l'assuré -, mais qu'il est généraliste et a été consulté par le recourant pour des problèmes métaboliques; c'est donc avec une certaine circonspection que ses constatations doivent être prises en compte. Bien plus, les rapports médicaux du Dr M.\_\_\_\_\_ des 10 janvier 2005 et 14 février 2010 s'avèrent pour le moins sommaires et ne se réfèrent à aucun élément déterminant s'agissant de l'évolution des affections dorsales de l'assuré, se limitant en définitive à renvoyer laconiquement à des pièces antérieures du dossier ainsi qu'à l'avis d'un spécialiste en orthopédie que le recourant aurait consulté, mais dont l'identité n'est pas donnée. Il est vrai qu'à la requête de l'OAI, l'assuré a précisé qu'il consultait le Dr P.\_\_\_\_\_. Ce dernier n'est toutefois pas orthopédiste mais médecin praticien au Centre médico-chirurgical J.\_\_\_\_\_, ayant pris en charge l'intéressé durant l'absence du Dr M.\_\_\_\_\_ de janvier 2005 à fin 2008 (cf. rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 14 février 2010 p. 1 ch. 1.2). L'OAI n'a du reste pas réussi à obtenir le moindre renseignement médical complémentaire de la part du Dr P.\_\_\_\_\_, lequel n'a pas donné suite aux trois demandes formulées dans ce sens par l'intimé (cf. let. B.e supra). Or, en l'absence de toute pièce médicale probante concernant l'évolution des affections cervico-lombaires de l'assuré et compte tenu des indications pour le moins nébuleuses du Dr M.\_\_\_\_\_ quant à l'existence d'une prise en charge orthopédique, il incombait à l'OAI d'en référer à un médecin spécialisé avant de rendre une décision au fond, ou à tout le moins de s'adresser au Dr L.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique ayant suivi le recourant par le passé - mesures que l'office intimé s'est abstenu d'entreprendre, préférant statuer sur la base d'un dossier médicalement lacunaire.

**c)** En définitive, les pièces médicales au dossier ne permettent donc pas de statuer en toute connaissance de cause sur l'évolution de l'état de santé du recourant quant à ses troubles dorsaux. Autrement dit, on ignore si, comme le soutient l'OAI dans la décision entreprise, l'état de santé de l'assuré - et, partant, sa capacité résiduelle de travail - est demeuré inchangé depuis la décision initiale d'octroi de rente du 14 mai 2002.

**7. a)** Il reste à analyser la situation sous l'angle économique.

**b)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. A cette fin, 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 (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.1 et la référence citée).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 et les références citées).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en

compte pour fixer le revenu d'invalidé. 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'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) notamment (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

A teneur de l'art. 25 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), les revenus déterminants pour l'évaluation de l'invalidité d'un indépendant qui exploite une entreprise en commun avec des membres de sa famille seront fixés d'après l'importance de sa collaboration.

**c)** En l'occurrence, l'évaluation du préjudice économique effectuée par l'OAI est essentiellement fondée sur le rapport d'enquête économique pour les indépendants du 16 mars 2006 ainsi que sur son complément du 20 mars 2007. A teneur de ces documents, le revenu valide a été déterminé en reprenant le montant retenu à ce titre dans la décision initiale du 14 mai 2002 (soit 55'289 fr.), moyennant une indexation à 2005. On obtient ainsi un total de 59'340 fr. Quant au revenu d'invalidé, il a été fixé sur la base du chiffre d'affaire du restaurant l'«A. \_\_\_\_\_» pour l'année 2005 selon le compte d'exploitation pour cette année-là, sous déductions des diverses charges (dont les salaires et charges sociales) et en tenant compte des corrections dues aux amortissements, aboutissant ainsi à un total de 48'052 fr. De la comparaison de ces deux revenus relatifs à l'année 2005, il résulte une perte de gain de 11'288 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 19,02%.

Il ressort toutefois du rapport d'enquête du 16 mars 2006 que l'assuré employait notamment une cousine et un cousin de son épouse, respectivement à 35% et 100%, et que *«[c'était] en famille qu'il travaill[ait] dans son établissement»*. Pour autant, l'intimé n'a pas cherché

à savoir si ce travail "en famille" englobait l'aide ponctuelle d'autres proches, le cas échéant dans quelle proportion, pas plus qu'il n'a procédé à une pondération de l'importance de la collaboration de l'assuré conformément à l'art. 25 al. 2 RAI lors du calcul des revenus déterminants. Pour ce motif déjà, on ne saurait adhérer au calcul effectué par l'office intimé.

A cela s'ajoute que le recourant, qui exerçait la profession de restaurateur indépendant depuis le 1<sup>er</sup> mars 2002, a dû fermer son restaurant au 1<sup>er</sup> juillet 2008, ce dont il a informé l'OAI le 2 juillet 2010. L'office n'a toutefois pas fait mention de cet élément dans la décision attaquée et a fini par retenir, en procédure de recours, que l'état de santé de l'intéressé était demeuré stationnaire, de sorte que la cessation de l'activité indépendante n'était pas en relation de causalité avec l'invalidité, et que le changement professionnel intervenu n'avait pas d'influence sur le calcul de la perte de gain (cf. duplique du 8 mars 2011). Or, rien au dossier ne permet de confirmer cette appréciation, étant souligné que l'on ne peut déduire des pièces du dossier que l'état de santé du recourant serait resté stationnaire (cf. consid. 6 supra), contrairement à ce que soutient l'OAI. A cet égard, invité à s'expliquer sur les raisons de la fermeture de son établissement dans sa réplique, l'intéressé a certes évoqué que *«les affaires ne marchaient pas»*, mais il a également exposé qu'en raison de ses troubles de santé, il avait dû restreindre les horaires d'ouverture de son restaurant *«de 09h00 à 14h00 et de 17h00 à 20h00, du lundi au jeudi. Le vendredi de 09h00 à 14h00 et de 17h00 à 22h00. Le samedi de 11h00 à 22h00. Le dimanche fermé»* (cf. réplique du 14 février 2011 p. 2), alors même que précédemment, l'établissement était ouvert *«tous les jours de 09.00 à 23.00 environ»* (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 16 mars 2006 p. 2 ch. 3). Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, on ne peut exclure qu'une dégradation des affections de l'assuré soit à l'origine de la cessation de l'activité lucrative indépendante. Or, les motifs pour lesquels l'établissement du recourant a dû fermer méritent à l'évidence d'être éclaircis, dès lors qu'ils sont susceptibles d'influer sur l'évaluation du préjudice économique dès juillet 2008 (s'agissant en particulier du revenu

avec invalidité; cf. à cet égard TFA I 269/03 du 25 avril 2005 consid. 4.2 in fine et 6.2, faisant application, suite à la vente d'une exploitation indépendante pour raisons médicales, des données statistiques ressortant de l'ESS pour établir le revenu d'invalidé). Dès lors, pour cette raison également, il y a lieu de s'écarter de l'appréciation de l'OAI.

**d)** En définitive, il apparaît ainsi que l'évaluation du préjudice économique effectuée par l'office intimé ne peut être suivie. La situation du recourant mérite en effet d'être investiguée quant à l'importance de sa participation dans l'exploitation de son restaurant, et aux motifs l'ayant poussé à mettre un terme à son activité indépendante.

**8. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

**b)** Au vu des circonstances du cas d'espèce, il apparaît justifié de renvoyer le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sur les plans médical et économique. En ce qui concerne plus particulièrement l'angle médical, il appartiendra à l'office intimé soit de faire convoquer l'assuré par les médecins du SMR, soit d'ordonner une expertise - rhumatologique, voire orthopédique - auprès d'un expert indépendant (art. 44 LPGa). Au niveau économique, il reviendra à l'OAI de mettre en œuvre les mesures

d'instruction adéquates pour appréhender concrètement la situation de l'intéressé, puis de procéder à un nouveau calcul du préjudice économique.

**9. a)** En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

**b)** 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. Le recourant, qui a procédé seul, n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD ; 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 26 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- W. \_\_\_\_\_,
- 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 :