

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 août 2015

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

F. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Elie Elkaim, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 16 LPGA; 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 28 octobre 1948, au bénéfice d'un CFC de plâtrier-peintre, a travaillé en qualité de plâtrier-peintre indépendant sous raison individuelle depuis 1978.

En mai 2005, en montant une plaque "Alba" de 30 kg sur une échelle, il s'est tapé la tête contre une poutre. Se plaignant depuis de maux de dos et de manque d'énergie, il a consulté son médecin traitant le Dr R._____, spécialiste en médecine générale, qui a pratiqué des radiographies de la colonne lombaire et a constaté un spondylo-listhésis L5-S1 de degré 1, avec une discopathie antérieure sur L4. Un traitement médicamenteux de Nisulid a rendu les douleurs acceptables (cf. rapport d'expertise du 4 décembre 2006 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, à l'attention de l'assureur perte de gain G._____).

Le 3 mars 2006, le Dr C._____ de l'Institut d'imagerie médicale K._____ a effectué un CT-SCAN lombaire avec comme indication : des "lombalgies avec contractures de la musculature du rachis rebelles à la physiothérapie, RX (réd. : radiographie) du 06.06.05 démontrant des troubles statiques d'origine mécanique". Dans son rapport du même jour, il a indiqué à titre de conclusion :

"Discrètes discopathies L3-L4-L5, associées à des altérations dégénératives de localisation intersomatique antérieure en L3-L4, interfaccettaire en L4-L5.

Lyse isthmique bilatérale de L5, sans antélisthésis visible sur le segment examiné. Si le status devait être précisé, les clichés fonctionnels permettraient de démontrer une éventuelle instabilité à ce niveau tandis que l'IRM pourrait mettre en évidence des altérations bio-mécaniques de part et d'autre de l'articulation interfaccettaire L5-S1."

Le 3 mars 2006, le Dr C._____ a également pratiqué une radiographie des genoux. Il conclut son rapport comme suit :

"amincissement de l'interligne articulaire tibio-fémoral interne bilatéralement, plus prononcé à gauche, associé à ce niveau, de façon à peine perceptible, à de petites calcifications linéaires des tissus mous, pouvant témoigner d'une éventuelle maladie de dépôts de cristaux débutante sans altération osseuse associée. Légères altérations dégénératives fémoro-patellaires bilatérales, plus prononcées du côté gauche."

Dans un rapport médical du 2 mai 2006 à l'attention de G._____ (assurance collective en cas de maladie), le Dr R._____ a posé comme diagnostic une discopathie L3 à L5 avec altération dégénérative et lyse isthmique bilatérale L5. Il précisait que les symptômes étaient apparus il y a plus d'un an, consistant en lombalgies basses en barre et lombosciatalgies gauches avec syndrome lombo-vertébral et contracture musculaire. Il a expliqué qu'en juin 2005, son patient avait vécu un épisode de lombalgies basses apparues progressivement et guéries ambulatoirement. Le médecin traitant a indiqué que l'incapacité de travail à 80 % avait débuté le 3 février 2006.

Dans un rapport du 13 juillet 2006 à G._____ (assurance collective en cas de maladie), le Dr R._____ a confirmé les diagnostics de lombalgies avec exacerbations par épisodes, protrusion discale L4-L5 médiane, lyse isthmique L5 bilatérale et discopathie L3-L5. Il a précisé que le type d'activité lourde de plâtrier-peintre et la malformation congénitale de son patient empêchaient une reprise du travail, estimait que l'incapacité était de 80 et 100 % pour une durée indéterminée, que l'assuré pouvait effectuer du travail de secrétariat et qu'il était prévu qu'il consulte prochainement un spécialiste.

Dans un courrier du 14 octobre 2006, le Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et de la colonne vertébrale de la Clinique [...], à Lausanne, a notamment indiqué au Dr R._____ qu'il avait constaté une discordance entre les plaintes de l'assuré et l'examen clinique. Sur le plan professionnel, il estimait que l'assuré pourrait disposer d'une activité plus adaptée.

Le 9 novembre 2006, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne et médecin conseil de la M._____ Assurances a écrit au Dr

R._____, en se référant à la police d'assurance sur la vie n° [...] de l'assuré, notamment ceci :

"Les conclusions du Dr Z._____ sont très claires : la symptomatologie ne peut être expliquée, ni par l'examen clinique, ni par tous les examens para-cliniques effectués.

Le Dr Z._____ se prononce d'ailleurs sur une capacité de travail dans un contexte raisonnablement exigible.

Dans cette situation, une expertise n'est pas utile : les médecins traitants et consultants ont posé des diagnostics. Il est clairement établi que ces diagnostics ne se répercutent pas sur une activité adaptée. Dès lors, une expertise ne pourrait qu'aggraver la problématique asséculo-logique; le patient se sentant conforté dans l'idée d'être malade.

Je reconnais qu'il n'est pas facile de garder une objectivité sans faille face à un patient revendicateur.

Je recommanderai à la M._____ Assurances de tenir compte, ceci dès le 14.10.2006 (date du rapport du Dr Z._____) d'une capacité de travail d'au moins 80% dans une activité adaptée. Jusqu'à cette date, les prestations contractuelles seront versées à 100%."

Dans un rapport d'expertise daté du 4 décembre 2006 adressé à G._____, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a répondu comme il suit aux questions de l'assureur :

"1. Anamnèse

(...)

2. La personne assurée se plaint de quel genre de douleurs?

Douleurs lombaires basses situées sur la charnière lombo-sacrée.

Il se plaint également de sciatalgies atypiques à gauche.

3. Constatations? Diagnostic?

Douleurs électives à la palpation de L5.

Absence de contracture de la musculature paravertébrale lombaire.

Bonne souplesse du rachis.

Petit renversement postérieur.

Un bassin équilibré.

Au niveau neurologique, Lasègue négatif, le patient n'ayant aucune difficulté pour marcher sur la pointe et sur les talons.

Les réflexes ostéo-tendineux sont symétriques.

Le patient décrit une diminution de la sensibilité dans le territoire de S1 à gauche.

Il se plaint également de gonalgies gauches de type syndrome rotulien, avec gêne lors de la marche prolongée.

Diagnostic :

Lombalgies basses.

Spondylo-listhésis degré I L5-S1, sans instabilité.

Sciatalgies gauches non déficitaires et atypiques.

Gonalgies gauches sur possible chondrocalcinose débutante et syndrome rotulien.

4. Les douleurs sont-elles explicables au vu des résultats des examens cliniques et éventuellement des radiographies

pratiquées? Si non, prière de décrire la situation plus en détail.

Les examens pratiqués n'ont pas mis de lésion en évidence en dehors du spondylolisthésis degré I sans instabilité qui n'a certainement aucune influence sur la douleur.

L'IRM du genou est également normale.

Les anti-inflammatoires ont eu quelques effets sur le moment, cependant la corpulence était mauvaise.

La physiothérapie a provoqué une aggravation de la symptomatologie, qu'elle soit en piscine ou à sec.

5. Quels traitement/thérapies ont lieu actuellement? Où? Fréquence?

Actuellement il n'y a pas de traitement en dehors de la prise d'anti-inflammatoires sporadiquement.

6. Comment s'est déroulé le processus de guérison jusqu'ici?

Pas d'amélioration depuis le début de la symptomatologie. Tous les traitements ont été déclarés inefficaces voire ils provoquent une augmentation des douleurs.

8. (sic) L'état de santé de la personne assurée pourrait-il être amélioré par d'autres traitements médicaux? Dans l'affirmative, lesquels?

Je proposerais le port d'une ceinture lombaire, en effet cette dernière permettrait de stabiliser la région lombo-sacrée et avoir le même effet que les mouvements effectués par le patient pour diminuer sa douleur lombaire.

9. Quels faits constatés médicalement empêchent actuellement une reprise partielle ou complète du travail? Quels travaux (p. ex. soulever/porter) ou quelles postures/mouvements sont contre-indiqués ou ne peut-on pas raisonnablement exiger que la personne assurée effectue compte tenu de son état actuel (sic)?

Les seuls faits constatés sont subjectifs, c'est-à-dire il s'agit de douleurs et de manque d'énergie que le patient ressent. Je pense que M. F. _____ doit faire valoir sa capacité de travail en passant par-dessus cet état douloureux, sachant que ce dernier n'a aucune conséquence sur son état physique.

Il est probable qu'avec le port d'une ceinture lombaire, pour autant qu'elle soit acceptée par le patient, les douleurs soient contenues et permettent au patient de reprendre une activité presque normale, sachant qu'il ne travaille pas seul et qu'il peut se faire aider pour les travaux trop lourds par son collaborateur.

10. Au vu de la réponse à la question 9, quelle est selon vous l'incapacité de travail actuelle? Quel est votre pronostic concernant la reprise partielle/complète du travail?

L'état psychique du patient, revendicateur, allant dans le sens d'une demande de rente (la demande de rente AI est d'ailleurs déjà faite) fait craindre que subjectivement il refuse une reprise du travail arguant du fait que les douleurs sont telles qu'il prend des risques.

Il s'agit donc d'une évolution morbide sous la forme de troubles somatoformes, ce qui permet de craindre que tous les traitements seront inefficaces.

11. Y a-t-il une ou des activités, compatible-s avec ses douleurs, que la personne assurée pourrait exercer? Si oui, quelle(s) activité(s) et dans quelle mesure?

N'importe quel travail léger lui permettant de changer facilement de position peut être effectué immédiatement. Il faudrait également éviter, puisqu'il y a également des plaintes au niveau des épaules,

d'avoir à faire des mouvements en charge en-dessus de la ceinture scapulaire.

(...)

13. Autres remarques de votre part?

C'est l'état psychique du patient qui empêche la reprise d'une activité professionnelle, ce dernier très revendicateur, recherche actuellement une rente lui permettant de ne plus participer activement à l'entreprise mais de faire comme maintenant exclusivement les travaux de métrés, de devis et de contact avec les clients.

Il est également indispensable de demander un rapport au Dr I._____.

(...)"

Le 15 novembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état, comme atteintes à la santé existant depuis avril-mai 2005, d'une vertèbre fissurée, de palpitations au cœur, d'arthrose dans la nuque et les deux épaules et d'un problème avec le genou gauche. Il indiquait être en incapacité de travail à 80 % depuis le 24 janvier 2006, ne plus pouvoir travailler "physiquement" mais prendre quelques métrés pour son entreprise, composée d'un ouvrier et d'une secrétaire.

Le 5 décembre 2006, l'OAI a notamment écrit à G._____ ce qui suit :

"Selon la demande de prestations AI déposée par cet(te) assuré(e), des indemnités journalières seraient versées par votre assurance.

Si tel est le cas, nous vous saurions gré de nous faire parvenir la pièce suivante :

- un relevé des indemnités versées (taux & périodes) en faveur de l'assuré(e) susmentionné(e).

(...)"

Selon le compte individuel AVS daté du 14 décembre 2006, l'assuré a réalisé un revenu soumis à cotisation de 171'900 fr. en 2003, de 168'100 fr. en 2004 et de 212'800 fr. en 2005.

Dans un avis médical du 26 janvier 2007 adressé au Dr R._____, le Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie, notait, sur le plan objectif, notamment la présence "chez ce patient corpulent" d'une

rectitude vertébrale avec légère scoliose dorso-lombaire en "S" s'accompagnant de contractures partielles paralombaires bilatérales, des latéroflexions sensibles des deux côtés. Il relevait que l'assuré se déplaçait sans boiterie ni steppage et se tenait par ailleurs symétriquement sur les points et les talons. Les gónuflexions étaient difficiles et nécessitaient un appui en remonté "(gonalgies d'origine dégénératives ?)". Ce neurochirurgien indiquait qu'il avait fait réeffectuer un examen IRM lombaire qui avait confirmé la présence de troubles dégénératifs partiels modérés basi-lombaires des 3 derniers espaces intervertébraux avec minime protrusion discale associée prédominant aux niveaux L3-L4 et L4-L5 ainsi que pincement partiel L5-S1 et spondylolyse en partie remaniée bilatérale de L5 mais sans listhésis majeur instable associé. Il n'y avait pas de hernie discale extrusive significative ni luxée, ni de canal lombaire étroit significatif. Le Dr I. _____ en concluait qu'il n'avait pas de proposition neurochirurgicale pour cet assuré (absence de hernie discale d'un canal étroit significatif ou d'instabilité majeure). Il recommandait la poursuite de traitements conservateurs (physiothérapie/ostéopathie) associés au port d'une ceinture lombaire baleinée. Il estimait également utile de laisser effectuer une série d'infiltrations (péridurales-facettaires).

Dans un rapport médical du 19 février 2007 à l'OAI, le Dr R. _____, indiquait comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail existant depuis 2005 et surtout 2006 : des lombalgies sur protrusion discale L4-L5, sur lyse isthmique L5 bilatérale et sur relâchement interligamentaire L3-L4, une cruralgie gauche intermittente au repos et persistante à l'effort physique, une gonarthrose bilatérale "D > G" débutante et des omalgies bilatérales sur probable "PSH" (réd. : (périarthrite scapulo-humérale). Comme diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, il indiquait un angor d'effort subjectivement positif mais électriquement négatif à la coronographie, une hypercholestérolémie et un tabagisme chronique. Le médecin traitant indiquait qu'une incapacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle de plâtrier-peintre existait depuis le 3 février 2006 et perdurait. Selon lui, l'activité habituelle n'était plus exigible, l'assuré ne pouvant plus travailler manuellement (donc, baisse de rendement) et il n'était pas possible

d'améliorer le poste de travail actuel pour cette raison. Il mentionnait qu'une activité adaptée, soit un travail non manuel était exigible, sans limitation en heures. Le Dr R._____ indiquait que l'activité adaptée devait respecter les limitations fonctionnelles suivantes : position assise limitée à 1 heure/jour, debout 2-3 heures/jour, maintien de la même position limitée à 1 heure/jour, éviter la position à genoux, en inclinaison du buste, accroupie, limiter la marche à plus de 800 mètres ainsi que l'utilisation complète des deux bras, éviter le lever ou le port de charges supérieures à 5 kg, éviter de devoir se baisser plus de 2 à 3 fois, éviter les mouvements des membres et du dos répétitifs (occasionnels possibles) ainsi que les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur (échelles), les déplacements en sol irrégulier ou en pente, le froid et le bruit. Il relevait notamment que l'état de son patient s'aggravait, que la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, que le pronostic était médiocre, la motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel faible et l'absentéisme prévisible dû à l'état de santé important. A la question de l'OAI : "Capacité de travail raisonnablement exigible en tenant compte des limitations existantes", le Dr R._____ a indiqué : "pas de possibilité sinon doit fermer son entreprise".

Le 16 mai 2007, la société A._____ a adressé à G._____ son rapport final. L'inspecteur des sinistres indiquait notamment ce qui suit :

"INDICATIONS PROFESSIONNELLES :

profession(s) apprise(s) : peintre en bâtiment

Activités précédentes : travaille dans le bâtiment depuis l'âge de 14 ans

Activité actuelle : peintre en bâtiment indépendant

Effectuée depuis : propre entreprise depuis 1978 (...)

Degré d'occupation/horaire de travail : 100%

Organisation de l'entreprise :

Il s'agit d'une petite entreprise qui occupe 3 personnes;

- M. F._____, dont le 90 % de l'activité consiste au travail physique sur les chantiers et 10 % consacré à l'établissement des devis et contacts avec la clientèle
- 1 employé qui travaille avec lui depuis 20 ans
- sa femme qui se charge du travail de bureau (établissement des devis/factures, caisse, banque et téléphones)

Organisation depuis l'arrêt de travail :

M. F. _____ n'a pas engagé de personnel supplémentaire; il a refusé et réduit le nombre de mandats; il conserve un 20 % de capacité de travail pour les contacts avec la clientèle, l'établissement des devis et le contrôle des chantiers et les instructions à donner à son ouvrier.

Situation de l'entreprise selon l'assuré :

Son entreprise fonctionne bien; l'année 2005 a été une année exceptionnelle. Il réalisait un CA (réd. : chiffre d'affaires) entre 650/750'000.--.

Avec son incapacité de travail qui l'oblige à refuser des travaux, son CA va probablement diminuer de plus de la moitié.

(...)"

L'inspecteur des sinistres ajoutait encore que l'activité de l'assuré était à 90 % physique et que le degré actuel de son incapacité de travail était de 80 %. Il rapportait que la question de la reprise du travail posait particulièrement un problème à l'assuré, dès lors que ce dernier était dans l'incertitude : depuis le début de son arrêt de travail, il ne voyait pas d'amélioration et son médecin n'était pas à même de se prononcer à ce sujet. L'assuré souhaitait que son médecin se prononce quant à l'évolution de son état de santé, en ce sens que soit celui-ci s'améliorait et il pouvait poursuivre son activité, soit il devait envisager une autre solution pour le futur. De l'avis de l'assuré, changer la structure de son entreprise ou l'agrandir dans le but de ne faire plus que du travail administratif n'était pas envisageable. La solution à laquelle il songeait pour l'instant était de maintenir son entreprise afin de garantir les salaires à son employé et à son épouse; son taux d'activité continuerait à se limiter à 20 % pour les contacts avec la clientèle, l'établissement de devis et le contrôle de chantier. Dans sa prise de position, l'inspecteur des sinistres indiquait que, s'agissant de l'augmentation de la capacité de travail dans les 3 mois à venir, dans la profession de peintre en bâtiment, l'on s'orientait vraisemblablement vers une invalidité. Il recommandait l'avis d'un spécialiste quant à savoir si d'autres mesures thérapeutiques seraient de nature à améliorer la situation, éventuellement si une intervention chirurgicale était envisageable. Dans le cas contraire, l'assuré pourrait alors prendre des décisions quant à son avenir professionnel.

L'assuré a aussi rapporté l'opinion du Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur. Celui-ci a relevé que l'assuré, plâtrier-peintre aidé par deux employés et

travaillant depuis l'âge de 13 ans, souffrait de longue date de lombosciatalgies gauches de topographie L5, avec une décompensation douloureuse évoquée dans les suites d'un traumatisme survenu sur un chantier en juin 2005. Depuis lors s'était installé un tableau de lombalgies chroniques avec échec des différents traitements conservateurs appliqués par la suite. Cette situation avait justifié de multiples consultations, aussi bien en "physiatrie" qu'en neurochirurgie, et de nombreuses investigations radiologiques. Ce praticien ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré (rapport du 21 mai 2007 adressé au Dr [...]).

Dans un avis du 29 juin 2007, la Dresse A.W._____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a notamment relevé ce qui suit :

"L'assuré se plaint depuis 2005 de lombalgies et plus tard de gonalgies G (réd. : gauches) et de scapulalgies. Le dossier radiologique montre de discrètes discopathies L3-L4 et L4-L5, une lésion dégénérative du mur antéro-supérieur de L4, un spondylolisthésis L5-S1 de degré 1, une lyse isthmique bilatérale de L5 sans instabilité, l'absence de hernie discale (IRM) et l'absence de lésion du genou G (IRM),

Le Dr R._____ MT (réd. : médecin traitant) atteste une IT (réd. : incapacité de travail) de 80% dès février 2006, mais une CT (réd. : capacité de travail) entière dans une activité non manuelle.

Le Dr Z._____, méd physique, constate que les découvertes organiques et l'examen clinique ne permettent pas d'expliquer l'intensité des douleurs et leur répercussion socioprofessionnelle.

Dans son expertise pour la G._____ le 04.12.06, le Dr J._____, orthopédiste, relève que les seuls faits constatés sont subjectifs (douleurs et manque d'énergie) et que les plaintes ne sont pas explicables par les constatations objectives. L'assuré doit faire valoir sa CT en passant par-dessus cet état douloureux, sachant que ce dernier n'a aucune conséquence sur son état physique. Les limitations fonctionnelles sont précisées et ne sont pas invalidantes, puisque, dans son activité d'indépendant, l'assuré peut se faire aider pour les travaux trop lourds par son collaborateur. La CT est également exigible dans tout travail léger permettant des changements de position et évitant des mouvements en charge au-dessus de la ceinture scapulaire. Il relève l'état revendicateur de l'assuré.

Il n'existe aucun élément permettant de suspecter une affection psychiatrique d'une gravité telle qu'elle entraînerait une invalidité, étant donné que son médecin traitant ne mentionne aucune pathologie psychiatrique, et que l'assuré n'a pas de suivi psychiatrique spécialisé. Une expertise psychiatrique ne se justifie donc pas.

Les deux spécialistes s'accordent pour démontrer qu'il n'existe pas d'atteinte à la santé invalidante, et que les découvertes

radiologiques ne sont pas de nature à influencer la CT dans l'activité qu'exerce l'assuré ou dans toute autre activité adaptée. Les conclusions de l'expert peuvent donc être suivies."

Se fondant sur l'avis SMR ci-dessus cité, l'OAI a, par décision du 20 août 2007, refusé à l'assuré tout droit à des prestations AI. Cette décision a été confirmée par le Tribunal des assurances du canton de Vaud dans son arrêt du 12 mai 2008 (AI 368/07).

Par lettre du 3 octobre 2007 adressé à l'avocate de l'assuré à l'époque, Me Katia Elkaïm, le Dr H. _____ a indiqué qu'une incapacité de travail de 50 % pouvait être retenue de manière durable dans l'activité de plâtrier-peintre de l'assuré. Il précisait que ce taux d'incapacité demeurait associé aux troubles statiques et dégénératifs affectant plusieurs étages de son rachis lombaire, susceptibles d'occasionner une décompensation douloureuse subaiguë sur chronique, lors de contraintes physiques inappropriées, comme le port de charges ou le travail avec inclinaison antérieure ou latérale du tronc, en particulier en hauteur. Il estimait qu'un taux d'incapacité supérieur ne pouvait être retenu, en l'absence d'hernie discale objectivée sur un scanner lombaire effectué le 3 mars 2006. Ce spécialiste précisait encore qu'une activité allégée pouvait être envisagée dans son activité professionnelle, ce patient disposant du soutien de deux employés. Un taux d'activité de 50 % pouvait être raisonnablement retenu. Enfin, il indiquait que les troubles statiques et dégénératifs pluriétagés objectivés par les examens radiologiques susmentionnés pouvaient être mis en relation avec les plaintes douloureuses évoquées.

Le 19 décembre 2007, le Dr H. _____ s'est adressé au médecin responsable de la Clinique [...] en priant celui-ci de bien vouloir convoquer l'assuré à sa consultation, précision étant donnée qu'il suivait ce patient depuis le 21 mai 2007. Il expliquait que l'ensemble des traitements conservateurs appliqués jusqu'alors, en l'occurrence les mesures de médecine physique et la prescription de supports plantaires sur mesure, n'avaient pas permis d'offrir un soulagement significatif au tableau clinique douloureux, désormais compatible avec des fibromyalgies avec atteinte de la ceinture scapulaire aux deux épaules. Il relevait que le

traitement médicamenteux antalgique, sous forme d'Irfen® déclenchait des céphalées et diarrhées, dans un contexte d'épigastalgies. Il requérait du médecin de la Clinique [...] qu'il évalue les possibilités thérapeutiques à offrir à ce patient, particulièrement handicapé dans son activité quotidienne comme indépendant, malgré l'aide de ses deux employés. Il précisait encore que le tableau clinique intervenait dans un contexte de troubles statiques et dégénératifs pluriétagés et que le traumatisme de juin 2005 avait participé à la décompensation douloureuse de ces lésions ostéoarticulaires, silencieuses jusqu'alors.

Le 13 juin 2008, le Dr H. _____ s'est adressé à l'OAI en ces termes :

"Par la présente, je vous informe suivre à ma consultation le patient susnommé, depuis le 21.05.2007, dans le contexte d'une atteinte invalidante affectant l'appareil locomoteur, en voie d'aggravation depuis quelques années, justifiant d'actualiser le rapport médical établi par son médecin-traitant, le Dr R. _____ à Lausanne, établi dans le courant 2005.

A ce titre, je vous remercie de bien vouloir me faire parvenir un nouveau rapport médical attestant de l'aggravation de son état de santé et du handicap inhérent à son activité comme plâtrier-peintre indépendant."

Le 20 juin 2008, l'OAI a répondu au Dr H. _____ ce qui suit :

Nous accusons réception de votre courrier du 13 juin 2008 lequel a retenu toute notre attention.

Par la présente, nous vous informons que M. F. _____ a reçu une décision de refus de prestations AI en date du 20 août 2007. De plus, son recours auprès du Tribunal cantonal des assurances a été rejeté par jugement du 13 mai 2008.

Vous nous demandez de vous faire parvenir une demande de rapport médical car l'état de santé de votre patient s'est aggravé depuis 2005.

Cependant, nous vous informons que seul l'assuré peut déposer une demande de prestation AI et il lui appartient de nous fournir, à ses frais, un certificat médical détaillé, (vu qu'il a déjà reçu une décision de refus de notre part) précisant entre autres, le diagnostic et la description de l'aggravation de son état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue, le nouveau degré d'incapacité de travail et le pronostic."

L'assuré a cessé l'exploitation de son entreprise de peinture-plâtrerie, qui a été radiée du registre du commerce (ci-après : RC) en octobre 2008.

Le 26 février 2009, le Dr X._____, médecin associé auprès du Département de l'appareil locomoteur (ci-après : DAL) du Centre hospitalier U.____ (ci-après : U.____), a écrit au Dr Q._____, spécialiste en médecine générale, notamment ce qui suit :

"J'ai revu le patient susnommé à ma consultation le 25 février 2009, à l'issue des 7 premières séances de reconditionnement et de récupération, à travers des techniques de reconstruction posturale. Cette prise en charge, pour la première fois, apporte une amélioration à notre patient. Sur le plan de la douleur, il est devenu asymptomatique au repos. Par contre, les efforts, c'est-à-dire pratiquement le moindre mouvement en charge, en particulier un essai de déblayer la neige à l'occasion des chutes récentes, se sont soldés par une récurrence aiguë dans le sens d'une micro-instabilité. Nonobstant cette situation, Monsieur F._____ reconnaît pour la première fois une efficacité de l'approche thérapeutique conservatrice, il en est satisfait, considérant que son amélioration au repos atteint donc 100%, alors que la simple possibilité de refaire un effort même en le payant plus tard représente également un mieux. (...)

Sur le plan objectif, la mobilité en flexion antérieure (je n'ai pas testé les autres éléments) reste inchangée, c'est-à-dire pratiquement normale, alors que le redressement après flexion, même s'il est encore douloureux, se fait de façon nettement plus harmonieuse. On se place donc dans cette situation en terme de rééducation fonctionnelle. Le docteur B._____, médecin-conseil de la M._____ Assurances, m'interroge sur les différents éléments suivants :

1. Evolution clinique depuis le 04.12.2008 ?

Favorable.

2. Pas de nouveau diagnostic.

Je rappelle que Monsieur F._____ présente un tableau d'ancienne hypermobilité articulaire généralisée avec des lombalgies chroniques non spécifiques, l'un et l'autre se combinant pour atteindre un niveau important de déconditionnement physique et une micro-instabilité segmentaire lombaire basse dans un contexte de spondylolisthésis du 1^{er} degré sur lyse isthmique bilatérale.

3. Traitement en cours :

Rééducation active selon les principes de la reconstruction posturale.

4. Evaluation de la capacité de travail dans une activité raisonnablement exigible

Pour l'instant elle est encore nulle. En effet, la symptomatologie douloureuse est corrélée aux constatations cliniques et radiologiques, ceci malgré les affirmations contraires de l'expert orthopédiste. En effet, son appréciation repose sur un examen instantané, sans évaluation fonctionnelle en termes d'endurance, sans prise en compte des limitations fonctionnelles que j'ai pu

constater moi-même lors du premier examen et qui découlent de la perte de la condition physique en termes d'endurance, de mobilité et de coordination. Il s'y ajoute des éléments de surcharge réactionnelle par le stress entraîné par les différents conflits ainsi que et surtout par la douleur, élément à même d'aggraver la situation musculo-ligamentaire selon un mode qui n'a rien de subjectif pour un examinateur avisé.

Pour l'instant, l'incapacité de travail est totale comme plâtrier-peintre, elle l'est même dans une activité adaptée. Par contre, compte tenu des bons résultats des 7 premières séances de physiothérapie, on peut augurer d'une poursuite de cette amélioration, laquelle dépend également de l'environnement psychologique du patient, à qui j'ai expliqué la nécessité pour lui d'essayer de se montrer moins revendicateur et de calmer sa colère, celle-ci agissant de façon négative sur son tonus musculaire et par conséquent sur sa situation globale.

En ce qui concerne la compliance thérapeutique, comme précisé dans le rapport de la physiothérapeute, elle est complète chez un patient appliqué à suivre les consignes reçues et qui a, pour la première fois, une motivation pour faire ses exercices.

5. Remarques et pronostics.

Je noterais que l'amélioration d'une situation comme celle de Monsieur F._____, si l'on reprend les données de la littérature, demandera beaucoup de temps. Les chiffres vont de 3 mois à 3 ans en fonction de la complexité du tableau et des intervenants externes, non biologiques et socioprofessionnels et en particulier des conflits avec les assurances. Qu'on le veuille ou non, ceux-ci font partie du tableau clinique, doivent être pris en compte et également essayé d'être diminués. C'est dans ce sens que je soutiens totalement l'incapacité de travail complète actuelle et encore pour un temps indéterminé.

J'ai donc prolongé la prescription thérapeutique, je reverrai Monsieur F._____ d'ici fin avril."

Par arrêt du 11 mars 2009 (9C_515/2008), le Tribunal fédéral a admis le recours formé par l'assuré contre l'arrêt du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 12 mai 2008 et l'a annulé, renvoyant la cause à la juridiction cantonale, notamment pour les motifs suivants :

"2.1 Même si certains praticiens ont relevé l'absence de corrélation entre la symptomatologie douloureuse et le substrat organique objectivé, ainsi qu'un comportement revendicateur (docteurs Z._____, B._____ et J._____), il n'en demeure pas moins que l'intéressé souffre bel et bien de troubles objectifs (lombalgies sur protrusion discale en L4/5, lyse isthmique en L5 et relâchement ligamentaire en L3/4, spondylolisthésis et gonarthrose) et qu'il existe des diagnostics fondés sur la douleur (gonalgies, cruralgies et omalgies) qui ont amené tous les médecins consultés à mentionner - peut-être de manière peu convaincante - des limitations entravant l'exercice de l'activité usuelle ou une capacité de travail seulement dans une activité adaptée (capacité totale dans une activité légère autorisant l'alternance des positions et évitant les mouvements en charge au-dessus de la ceinture scapulaire pour le Dr J._____); sur

le plan professionnel, le recourant pourrait disposer clairement d'une activité plus adaptée d'après le docteur Z._____; les diagnostics retenus engendrent une incapacité de travail de 80% dans l'activité habituelle, mais n'empêchent pas l'exercice d'un métier non manuel à plein temps pour le médecin généraliste traitant, le Dr R._____; il est clairement établi que les diagnostics ne se répercutent pas sur une activité adaptée pour le Dr B._____; une incapacité de travail de 50% peut être retenue durablement dans le métier de plâtrier-peintre selon le Dr H._____). Même le SMR a fait allusion à une activité légère permettant les changements de positions et évitant les mouvements en charge au-dessus de la ceinture scapulaire.

2.2 Dans ces circonstances, les premiers juges ne pouvaient pas conclure à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. Ils ont certes entériné les conclusions de l'office intimé qui reposaient elles-mêmes sur celles du SMR. Cependant, le raisonnement de ce dernier, plus que succinct, ne pouvait servir de base à une telle décision dans la mesure où il contenait au moins une erreur évidente. En effet, il est notoirement impossible d'assimiler la profession de plâtrier-peintre à une activité essentiellement légère ne comptant que d'exceptionnelles tâches lourdes, qui pourraient de surcroît être réalisées par le seul collaborateur travaillant dans l'entreprise, d'autant moins qu'en l'absence d'enquête économique, on ignore tout de l'organisation ou de la spécialisation de ladite entreprise (activités axées sur la peinture ou la plâtrerie avec pose de plaque d'alba, etc.) et de la répartition des tâches en son sein."

A la suite du renvoi de la cause par le Tribunal fédéral (arrêt du 11 mars 2009), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a renvoyé la cause à l'OAI, à charge pour lui d'instruire plus avant sur les plans médical et économique (arrêt du 29 mars 2009, AI 142/09).

Dans un rapport du 3 avril 2009 à l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste en médecine générale, a retenu comme diagnostics sur la capacité de travail :

"- Lombalgies chroniques persistantes dans le contexte d'un trouble de la statique, discopathie L3-L4 et L4-L5, associées à des altérations dégénératives intersomatiques, interfacéaires L4-L5 avec spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthmique L5 bilatérale. Relâchement inter ligamentaire L3-L4. Déconditionnement physique global et focal. Probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse

- Syndrome d'hypermobilité articulaire généralisé
- Cruralgies G intermittentes associées
- Gonarthrose bilatérale prédominant à D
- Omalgies bilatérales sur probable tendinopathie des épaules"

En ce qui concerne les symptômes et l'état actuel de son patient, le Dr Q._____ a indiqué ce qui suit :

"Sur le plan sémiologique, les lombalgies sont devenues chroniques. Elles sont de localisation basse, quotidiennes et fluctuantes en intensité. Elles sont statiques, dynamiques et influencées par les postures. Elles s'accompagnent d'un syndrome radiculaire L5 G voire des cruralgies G intéressant la racine 4. Impulsivité à la toux, étternuement et à la défécation.

Au plan fonctionnel, limitation du périmètre de marche à environ 400m à plat. Aussi limité dans la montée que dans la descente. Des réveils nocturnes sont signalés. La douleur est cotée à 10/10 au moment des crises et chute à 1/10 au repos. Importante gêne pour les activités quotidiennes, aussi bien pour les soins corporels que lors des activités ménagères. De même dans ses activités ludiques (a dû cesser son sport favori, le golf). Le trajet en véhicule est limité à environ 1 heure. Les rapports sexuels nécessitent des ajustements posturaux. Il souffre, par ailleurs d'omalgies bilatérales vraisemblablement dans le cadre d'une tendinopathie bilatérale des épaules. Angor chronique d'effort stable sous Béta-bloquants. Thymie dépressive avec épuisement psychique, sentiment de révolte et dévalorisation, irritabilité, adynamie, trouble mnésique et de la concentration, fatigue."

S'agissant du pronostic, le Dr Q. _____ a relevé une impossibilité de réinsertion dans l'ancienne activité de plâtrier-peintre et, au stade actuel de son état de santé, un pronostic réservé vis-à-vis d'une activité adaptée. Selon lui, la capacité de travail de l'assuré est donc nulle depuis le 3 février 2006, avec des limitations fonctionnelles majeures vis-à-vis des activités quotidiennes, professionnelles et ludiques. Ce médecin a toutefois indiqué qu'en cas de résultats positifs du traitement multimodal en cours, on pouvait attendre une amélioration de la capacité de travail mais inférieure à 50 %. Dans l'annexe au rapport médical, le Dr Q. _____ a indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : "Pas d'activités uniquement en position assise (à temps complet), pas d'activités uniquement en position debout, pas d'activités dans différentes positions (à temps complet), pas d'activité exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), pas d'activités impliquant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête (à temps complet), en position accroupie, à genoux (à temps complet), en rotation en position assise/debout, impliquant de soulever porter (près/loin du corps), de monter sur une échelle/un échafaudage, des escaliers et de soulever des poids supérieurs à 10 kg."

Dans un avis SMR du 17 juillet 2009, le Dr L._____ a notamment relevé ce qui suit :

"Par jugement du 13.05.2008, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé par l'assuré. Le Tribunal Fédéral a rendu un arrêt le 11.03.2009 admettant le recours de l'assuré, annulant le jugement du 13.05.2008 et renvoyant la cause au Tribunal des assurances vaudoises pour complément d'instruction. Par jugement du 23.03.2009, la cour des Assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a renvoyé le dossier à l'Office AI, afin que l'on procède à un complément d'instruction. La manière, dont doit être complétée l'instruction, n'a pas été précisée par le tribunal. La seule indication est que nous n'aurions pas assez bien instruit la capacité de travail de l'assuré et que ce dernier n'est en principe plus en mesure d'exercer son ancienne activité de plâtrier-peintre. L'avocat de l'assuré, Me Elkaim, a envoyé en date du 22.04.2009, le rapport médical du 26.2.2009 du Dr X._____ adressé au Dr Q._____. A ce moment, le Dr X._____ atteste d'une incapacité de travail totale comme plâtrier-peintre et dans une activité adaptée pour l'instant. Cependant, vu les bons résultats des séances de physiothérapie, il précise que l'on peut augurer d'une poursuite de l'amélioration de la symptomatologie. Le Dr X._____ précise que l'amélioration d'une situation comme celle-ci, si l'on prend les données de la littérature, demande entre 3 mois et 3 ans en fonction de la complexité du tableau et des intervenants externes non-biologiques et socioprofessionnels.

Dans cette situation, nous proposons à l'administration d'envoyer :

- Un rapport médical au Dr X._____ en lui demandant quelle est l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis février 2009 et de la capacité de travail, notamment dans une activité adaptée.
- L'assuré semble être également suivi par le Dr Q._____. Merci d'envoyer aussi un rapport médical à ce médecin.
- Nous vous proposons également d'adresser un nouveau rapport médical au Dr R._____, médecin-traitant de l'assuré en 2007.

En fonction de ces rapports, nous déciderons dans un 2ème temps, si une expertise rhumatologique est encore nécessaire."

Par courrier du 3 août 2009, le Dr X._____ a écrit à l'OAI notamment ce qui suit :

"En résumé, ce patient présente une symptomatologie douloureuse, ayant débuté en 2005 à l'occasion d'un événement accidentel, dont les conséquences ont été une dégradation immédiate de sa condition physique, qui s'est manifestée relativement rapidement, avec, dans les semaines qui ont suivi, l'impossibilité de poursuivre son travail lourd de plâtrier-peintre, parallèlement au développement d'une symptomatologie qui suggère un syndrome radiculaire mais également des douleurs basées sur le spondylolisthésis, lui bien documenté radiologiquement. Par la suite, les traitements ont été inadéquats et la non-reconnaissance par les assurances de la réalité de son problème, en particulier l'ignorance

totale de la part des médecins qui l'ont vu de la présence d'un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée couplé au spondylolisthésis et qui en fait partie, cette ignorance a favorisé le développement de traitements inadéquats et insuffisants, lesquels ont entraîné la situation actuelle. Celle-ci s'est encore aggravée par la liquidation de son entreprise, alors que celle-ci était florissante, selon les données anamnestiques dont je dispose.

Quand j'ai reçu Monsieur F. _____ fin 2008, il était dans une situation de révolte justifiée, dans le contexte de son conflit asséculoologique et de la non-reconnaissance de la réalité de sa souffrance, qui, encore une fois, est bien documentée aussi bien par l'anamnèse que par l'examen clinique et les documents radiologiques.

Dans ce sens, la récupération d'une capacité de travail efficace est plus que problématique. Je l'ai vu pour la dernière fois en avril 09; auparavant, en février et pour la première fois (comme en attestent les rapports de sa physiothérapeute), il notait un progrès dans sa situation. Ce progrès traduisait un potentiel d'amélioration, qu'il s'agit de conserver. Les données de la littérature ne permettent pas d'avancer un délai chiffré quelconque, compte tenu de la présence d'une hypermobilité articulaire, conjuguée à une activité lourde et à une situation psychiatrique probablement désastreuse et qui n'a, à ma connaissance, jamais fait non plus l'objet d'un examen. Celui-ci est inévitable, dans un contexte asséculoologique, il revient à l'A.I. de le programmer.

Ainsi, actuellement, bien que je ne l'aie plus revu depuis avril, il est très probablement encore et pour un délai qui va de l'ordre de 6 mois à une année, en incapacité de travail, en tous cas dans une activité lourde. Je propose donc à l'A.I. de compléter l'instruction, telle qu'elle a été décidée par le Tribunal Fédéral. Il convient de recevoir le patient pour refaire le point avec lui, dans un esprit de reconnaissance de la réalité de son problème et d'empathie par rapport à sa situation.

Il est indispensable de prendre en compte le diagnostic d'hypermobilité articulaire généralisée et ses conséquences fonctionnelles au sens de la CIM 10, diagnostic structurel et objectif.

Cette rencontre devrait permettre de définir les possibilités éventuelles résiduelles de réadaptation.

Je reste à disposition, pour, après évaluation du travail possible et description de ce poste de travail, juger de son adéquation ou non par rapport à l'ensemble du tableau.

L'hypermobilité articulaire est un tableau pratiquement inconnu de la plupart des médecins non spécialistes, de même que de beaucoup de rhumatologues. Ce tableau s'observe, si l'on y est attentif, derrière beaucoup de situations douloureuses ayant entraîné à tort un diagnostic de fibromyalgie ou de syndrome somatoforme douloureux. De multiples publications de la littérature récente le montrent clairement. Cette entité nosologique implique des précautions particulières dans la prise en charge thérapeutique, dans le sens d'un seuil douloureux abaissé, d'une proprioception perturbée et d'une vulnérabilité augmentée de l'appareil musculo-ligamentaire-tendineux à l'exercice, qui doit se pratiquer de façon adaptée ; le tout se double d'une résistance diminuée à la fatigue. Je laisse de côté les nombreuses autres atteintes systémiques qui font que cette entité semble correspondre à l'ancien syndrome d'Ehlers Danlos."

Dans un rapport médical non daté, reçu par l'OAI le 31 août 2009, le Dr Q._____ a confirmé en tous points son précédent rapport du 3 avril 2009.

Dans un rapport médical du 15 septembre 2009, le Dr R._____ a indiqué que son patient suivait une rééducation fonctionnelle et une physiothérapie de reconditionnement. Comme symptômes actuels, il mentionnait des lombo-cruro-sciatalgies avec épisodes de blocage brutal lombaire sur probable mécanisme de microluxation, une lyse isthmique des lombalgies-sciatalgies et un blocage. Son pronostic était réservé. Il précisait qu'actuellement, l'assuré était en incapacité totale de travail et que selon l'évolution, une réadaptation dans une autre profession était possible à envisager. Selon lui, se référant aux rapports médicaux du Dr X._____ annexés (rapports des 26 février et 30 avril 2009), l'activité habituelle n'était plus exigible. Dans l'annexe au rapport, le Dr R._____ indiquait les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité uniquement en position assise au-delà de 30 minutes, pas d'activités en position debout, activités dans différentes positions pas au-delà d'une heure (performance 10-20 %), pas d'activités exercées principalement en marchant en terrain irrégulier, en terrain mixte jusqu'à 3 heures, pas d'activités impliquant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux, rotation en position assise/en position debout (performance de 10-20 %), pas d'activités impliquant de soulever/porter (près/loin du corps), de monter sur un échelle ou un échafaudage ni de monter des escaliers plus d'un étage; pas de position allongée et pas de soulèvement ou port de charges de plus de 10 kg.

Dans un avis SMR du 15 octobre 2009, le Dr D._____ a relevé que les rapports médicaux complémentaires ne permettaient pas de définir clairement des limitations fonctionnelles et leur impact sur la capacité de travail et qu'au vu du parcours juridique déjà long du dossier, une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) externe était le seul moyen de pouvoir prendre une position équitable.

Par décision du 14 janvier 2010, l'OAI a maintenu sa décision du 20 octobre 2009 de confier une expertise bidisciplinaire au Bureau romand P._____ sàrl (ci-après : P._____).

Le 6 avril 2010, les Drs S._____, spécialiste en rhumatologie, N._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, et T._____, spécialiste en rhumatologie et médecin coordinateur de l'expertise, du P._____ ont rendu leur rapport d'expertise bidisciplinaire. Il y a lieu d'en retenir notamment les éléments suivants :

"A. 4 DISCUSSION

RESUME DE L'HISTOIRE MEDICALE AU PLAN SOMATIQUE

M. F._____ âgé actuellement de 61 ans, peintre en bâtiment, indépendant, a pratiqué son métier au sein de la petite entreprise qu'il a créée en 1978. Il a joui d'une très bonne santé jusqu'en 2005. Son épouse avait été opérée d'une hernie discale en 2004.

A partir de 2005 (arrêt de travail de plusieurs mois), mais plus particulièrement depuis février 2006, il a commencé à souffrir de son genou gauche sur une arthrose débutante et de lombalgies sur des atteintes dégénératives mineures associées à un spondylolisthésis de degré I. Il a demandé à son médecin traitant de le mettre à l'arrêt de travail de 80% de sorte à pouvoir suivre l'administration de son entreprise et de petits travaux en cours.

Nous ne savons pas précisément dans quelle proportion M. F._____ était aidé par des tierces personnes ni la répartition des tâches dans son entreprise. Il parle d'un peintre, de son épouse au secrétariat. Nous n'avons pas pu définir exactement à quel % travaillait Mme. Elle avait elle-même été opérée du dos l'année précédente.

M. parle d'un 10% de travail administratif tout en justifiant qu'il avait demandé initialement à son médecin une IT de 80% pour vaquer aux travaux administratifs et de surveillance de chantiers en cours pour 20%.

Cette situation n'a pas eu de répercussion initiale sur le fonctionnement de l'entreprise, l'enquête réalisée par la SIZ le 16.05.2006 attestait que l'année 2005 avait été une année exceptionnelle pour M. F._____ au plan du chiffre d'affaire. Ce ne fut plus le cas les années suivantes.

L'état n'évoluant pas au plan médical, il s'est adressé à un spécialiste du rachis, le Dr Z._____ qui évoque un cortège douloureux lombaire avec un handicap fonctionnel qui ne correspondait pas à l'examen clinique, dans un contexte de revendication incessante de rente. La discordance a également été relevée auprès des thérapeutes qui ont procédé aux analyses fonctionnelles, en physiothérapie et en ergothérapie, avec un refus de M. F._____ de collaboration thérapeutique. Sur le plan professionnel, le Dr Z._____ suggérait une activité plus adaptée avec un examen auprès du médecin conseil, voire une expertise.

Le médecin conseil retenait une capacité de travail de 80% au moins dans une activité adaptée.

[Le] Dr J. _____ orthopédiste réalise une expertise en fin d'année 2006. Son examen clinique est superposable au nôtre. Il précise que les faits sont uniquement subjectifs et décrit également un patient revendicateur demandant une rente. Il pronostiquait un trouble somatoforme. Il estimait que l'expertisé pouvait effectuer n'importe quel travail léger tenant compte de toutes les plaintes y compris le travail en hauteur, le patient évoquait alors des douleurs des épaules. Cela lui a valu de la part de M. F. _____ la proposition d'une semaine de stage en entreprise de peinture, que M. F. _____ suggérait à notre collègue expert de l'indemniser pour ce faire selon les tarifs conventionnels du bâtiment. M. F. _____ a précisé que le médecin expert n'a pas donné suite.

Son précédent médecin traitant a poursuivi les investigations de cet état douloureux répétant les examens neuroradiologiques, les radiographies, prenant un avis neurochirurgical auprès du Dr I. _____ qui n'a trouvé aucune indication chirurgicale.

En 2007, M. F. _____ est examiné par le Dr H. _____, orthopédiste, qui retient la notion d'un tableau de lombalgies chroniques avec échec thérapeutique. Il avait annoncé initialement son problème de dos à son assureur accident car il s'était tapé la tête contre un plafond en montant une plaque d'alba. Un statu quo sine a été porté en juin 2007 selon le rapport médical du Dr H. _____.

Le rapport d'examen SMR du 29.06.2007 retient une capacité de travail totale dans l'activité habituelle tout comme dans une activité adaptée tout en admettant les limitations fonctionnelles (travail léger, éviter les mouvements en dessus de la ceinture scapulaire). Le SMR ne suit pas les avis des médecins traitants ou experts qui suggéraient une activité adaptée et ne retient pas que la partie d'activité de l'expertisé sur les chantiers est physiquement pénible.

Peu après le Dr H. _____ explique à l'avocat de M. F. _____ qu'une capacité résiduelle de 50% est exigible dans le métier de plâtrier-peintre. Il suggérait comme aménagement professionnel l'appoint d'un 2^{ème} employé. Cela lui a valu une lettre de M. F. _____ qui se montre révolté face au corps médical.

Un an plus tard ce praticien évoque une aggravation de l'état de santé de son patient sans en préciser les raisons objectives.

Depuis 2008, M. F. _____ est suivi à la consultation du Dr X. _____ au U. _____ au Département de l'Appareil Locomoteur qui retient comme diagnostic des lombosciatalgies avec syndrome radiculaire fruste L5 voire L4. L'analyse des indices de mobilité rachidiens de son patient est similaire aux chiffres relevés dans les actes du dossier. Il conclut à des lombalgies communes persistantes dans un contexte de déconditionnement global, de probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et de probable syndrome d'hypermobilité. Il pense que le spondylolisthésis s'est décompensé. A partir de ce moment-là, fort des explications qui lui ont été données M. F. _____ s'est montré compliant à un programme de physiothérapie active, qu'il poursuit actuellement. Dès lors on assiste à une amélioration lentement progressive, retenue dès début 2009 par le Dr X. _____. M. F. _____ est asymptomatique au repos. Par contre, les efforts, c'est-à-dire le moindre mouvement en charge, en particulier un essai de déblayer la neige à l'occasion des chutes récentes, se soldent par une récurrence douloureuse aiguë. Mais M. F. _____ est satisfait, considérant confirmant une amélioration certaine. Au médecin conseil de la M. _____, il répond que l'évolution est favorable depuis décembre 2008. En revanche, alors

que l'on pouvait s'attendre à une reprise professionnelle, tout en encourageant son patient à reprendre une activité sportive, le Dr X._____ maintient la reconnaissance d'une IT totale dans toute activité, même adaptée. Il estime que son patient manque encore d'endurance et présente une surcharge réactionnelle par le stress entraîné par les différents conflits ainsi que et surtout par la douleur. Sur le plan psychologique, il propose au patient de se montrer moins revendicateur et de calmer sa colère, celle-ci agissant de façon négative sur son tonus musculaire et par conséquent sur sa situation globale. De son côté son médecin traitant, le Dr Q._____ prévoyait une reprise d'activité mais inférieure à 50% sans préciser dans quelle profession.

L'expérience de plâtriers-peintres suivis à la consultation des atteintes dégénératives du rachis atteignant l'âge de la retraite avec une problématique rachidienne modérée et stationnaire montre que s'il leur est attribué des tâches légères de retouches, des calculs de métrées et de devis qui étaient tout à fait à la portée de M. F._____, ils peuvent maintenir une capacité de travail de l'ordre de 50%. M. F._____ ne veut pas entendre parler de ces possibilités et devient extrêmement revendicateur quand ce sujet est abordé. On n'arrive pas à obtenir d'informations sur les possibilités qu'il aurait pu avoir de se réadapter soit au sein de sa propre entreprise soit dans l'entreprise de ses frères.

[...]

Sur le plan psychique, le dossier ne contient aucune allusion à un problème psychique de 2006 à 2009, hormis la description d'un patient "revendiquant" une rente. En avril 2009 le médecin généraliste évoque une "humeur dépressive" et un "épuisement psychique", mais sans donner aucun élément clinique pour appuyer cette appréciation, et il ne retient aucun diagnostic d'ordre psychiatrique. En août 2009, la notion de "situation psychiatrique probablement désastreuse" est signalée par le Dr X._____. C'est la première fois que ce médecin mentionne un élément psychiatrique, mais il ne donne aucune précision (symptômes subjectifs, signes objectifs) pour étayer son impression.

Qu'en est-il à 5 ans d'apparition des symptômes ?

Les plaintes de M. F._____ restent importantes au plan subjectif bien qu'améliorées depuis 2008-2009. Il décrit sa lombalgie en termes d'handicaps plutôt qu'en descriptif précis des douleurs. Il est difficile de savoir comment il passe ses journées puisqu'il nous annonce ne tenir ni assis ni debout et ne marcher que sur de courtes distances. Il met ainsi en avant ses handicaps et si on le laisse parler spontanément, il n'évoque plus guère d'aptitude résiduelle spontanément. A d'autres moments, il évoque un périmètre de marche de 1h30 voire 2h30, mais cet exercice accentue son état douloureux.

Notre examen clinique objectif et l'expérience des affections rachidiennes qu'il présente nous font confirmer la persistance d'aptitudes fonctionnelles compatibles avec une activité professionnelle résiduelle et nous nous rapportons aux avis antérieurs de nos collègues pour la période 2006-2008.

Confronté à l'évolution favorable évoquée par le Dr X._____, l'expertisé admet aller mieux depuis 2 ans.

Confronté au manque de collaboration au traitement dénoncée par le Dr Z. _____ en 2006, M. F. _____ admet qu'il n'était convaincu par aucun traitement car il souhaitait prendre une retraite anticipée. Il a déployé initialement beaucoup d'énergie dans la tentative de résoudre son problème asséurologique plutôt que dans la mise en oeuvre des moyens thérapeutiques proposés par l'équipe du Dr Z. _____ pour recouvrer une capacité professionnelle, même allégée. Il dénonce que toute tentative de traitement en physiothérapie ait été alors délétère.

Le Dr X. _____ l'a convaincu de prendre une autre orientation, dès lors l'évolution est favorable. Bien qu'ambivalent, M. F. _____ se déclare prêt à envisager une réorientation professionnelle. Il attribue toutefois à l'AI le fait que ceci aurait dû lui être proposé bien antérieurement.

Au plan clinique, notre examen reste superposable à celui qui est décrit dans les actes du dossier depuis 2006. Il se conforte à des examens radiologiques ne démontrant pas de lésion grave ni significativement évolutive depuis tout au plus le listhésis est devenu un peu instable en extension de l'ordre de quelques mm. Nous retenons des facteurs d'amélioration algo-fonctionnels depuis 2008.

Nous n'adhérons pas aux conclusions des médecins du SMR qui admettaient une pleine capacité dans l'ancienne activité. Ceci ne correspond pas aux avis médicaux figurant au dossier. Aucun des médecins ayant examiné M. F. _____ n'a émis une telle conclusion. [...]

En conclusion

Tout comme le Dr Z. _____, nous confirmons que M. F. _____ n'a pas de pathologie rachidienne gravement évolutive et invalidante et qu'une exigibilité partielle existait dans son métier et dans une plus forte proportion dans une activité adaptée en 2006. Nous avons suffisamment d'arguments pour déduire qu'à ce moment-là M. F. _____ n'a pas tout mis en oeuvre pour maintenir sa capacité résiduelle de travail ni pour envisager un quelconque aménagement en vue d'améliorer celle-ci.

Vu qu'il exerçait un métier physiquement pénible, au-delà de 55 ans, au moment de la survenue des troubles, nous admettons les processus du vieillissement et de la sarcopénie de l'âge qui s'ajoutent à sa problématique rachidienne pour retenir une diminution de sa capacité professionnelle pour les charges les plus lourdes et les activités en position non ergonomiques à la hauteur de 50% depuis 2006 jusqu'en 2008 date à laquelle le Dr H. _____ retenait une capacité de travail du même ordre. A partir de **juin 2008**, le Dr H. _____ admettait une péjoration sans soulever toutefois d'argument objectif.

Même s'il s'est amélioré depuis fin 2008-2009, au plan subjectif et des tests biodynamiques du Dr X. _____, nous ne retenons pas d'amélioration significative de sa capacité de travail depuis lors, car les processus du vieillissement ont perduré. L'instabilité segmentaire a un peu progressé.

Nous estimons dès lors que la capacité de travail a diminué quelque peu depuis juin 2008 pour atteindre une exigibilité de 30% correspondant à une activité occupationnelle dans son métier.

Il ne nous a pas été possible de nous faire entendre sur les limitations fonctionnelles théoriques qu'il juge inutiles et irréalisables.

Dans un travail plus léger, sans port de charges, avec alternances de position, sans nécessité de se déplacer sur des échelles ou des terrains instables, sans se mettre à genoux de manière prolongée, avec une certaine épargne des activités en dessus du niveau de la ceinture, l'exigibilité est de 80% au moins depuis 2006 et atteint les 100% depuis 2008 période à partir de laquelle M. F. _____ s'est sensiblement amélioré. Dans une activité légère les processus du vieillissement et de la sarcopénie ne jouent effectivement plus un rôle aussi important que dans les métiers physiquement plus pénibles à cet âge et l'exigibilité peut être maintenue jusqu'à l'âge de la retraite.

En revanche, vu l'IT depuis 4 ans, nous suggérons une remise progressive au travail sur 3 mois pour permettre une adaptation des éléments d'endurance au travail et d'apprentissage d'une nouvelle activité.

[...]

CONSENSUS ENTRE LES EXPERTS

M. F. _____ présente une IT dans son activité de plâtrier peintre de 50% depuis février 2006 et de 80% dans une activité légère, adaptée, depuis février 2006.

Depuis 2008, avec les processus du vieillissement, de déconditionnement au travail, l'exigibilité nous paraît avoir diminué à un taux de 30% dans son activité de plâtrier peintre physiquement pénible qu'il ne peut exercer qu'à titre occupationnel.

En revanche, l'amélioration subjective et objective attestée par le Dr X. _____ permet d'envisager une pleine capacité dans une activité adaptée à partir de la fin de l'année 2008 – le début de l'année 2009.

Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique susceptible d'influencer ce taux, ni une réadaptation.

[...]

A.5.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Spondylodiscarthrose modérée M 47.8
- Spondylolisthésis de degré I non évolutif M 43.1
- Status après PSH prédominant à gauche, dans le contexte d'un status après fracture de clavicule M 75.0
- Gonarthrose incipiens avec dépôts de chondrocalcinose sans atteinte articulaire arthritique ni manifestation à distance M 17.9

Depuis quand sont-ils présents ?

Symptômes lombaires depuis 2005 et de manière plus importante depuis février 2006.

[...]

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

I. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique depuis juin 2008

Eviter les charges répétitives de plus de 5 kg et occasionnelles de plus de 10 kg.

Favoriser une activité semi-sédentaire avec changement de position.

Eviter les activités en position de flexion/extension/rotations extrêmes du tronc.

Eviter le travail à genoux plus de 1/4 d'affilée.

Eviter le travail en abduction/antépulsion des bras de plus de 90° de manière répétitive.

De 2006 à juin 2008 cf discussion ci-dessus

Activité antérieure à 50%.

Au plan psychique et mental

Pas de limitation.

Au plan social

Bonne insertion sociale et familiale.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Au plan physique

IT de l'ordre de 50% depuis début 2006.

Au plan psychique

Nihil.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Au plan physique

Cf. limitations fonctionnelles.

Au plan psychique

--

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Au plan physique

Oui, à 50% de 2006 à juin 2008. A 30% (à titre occupationnel) depuis juin 2008 jusqu'alors.

Au plan psychique

Oui, à 100%.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Au plan physique

Non, pas au taux de 50%.

Au plan psychique

Non.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Au plan physique

Février 2006.

Au plan psychique

--

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Au plan physique

Il nous paraît stable à 50% depuis 2006 au plan objectif toutefois les processus du vieillissement, plus difficiles à déterminer de manière précise, ont joué un rôle à l'âge actuel du patient pour faire admettre que l'incapacité de travail actuelle atteint les 70% dans son métier antérieur. Nous avons admis comme date d'aggravation l'attestation du Dr H. _____ qui l'a suivi en 2007-2008 sans pouvoir donner un critère précis donnant lieu à l'aggravation. Il s'agit d'un faisceau de convergences qui rendent cette aggravation vraisemblable à ce moment-là chez un patient qui atteignait la soixantaine.

Des éléments d'ordre non médical sont venus contrecarrer les processus de maintien du poste et de réadaptation.

Au plan psychique

Question sans objet.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Au plan physique et au plan psychique

Oui.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants:

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons ?

Au plan physique

Oui, cf. limitations fonctionnelles.

Au plan psychique

Pas d'indication à de telles mesures sur le plan psychique. Mais pas de contre-indication non plus.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui, par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Au plan physique

Lombotrain, maintien de la physiothérapie. Encourager le patient à prendre sa médication plus régulièrement, sous protection gastrique.

Au plan psychique

Question sans objet.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Au plan physique

Aucune, pas de réelle motivation du patient pour une reprise.

Au plan psychique

Question sans objet.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Au plan physique

Oui, activité répondant aux limitations fonctionnelles données ci-dessus.

Au plan psychique

Pas de limitations d'ordre psychique.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

Au plan physique

En plein après une période de remise en route professionnelle sur 3 mois, de 50% à 100%.

Au plan psychique

A temps plein.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Au plan physique

Non, pas selon la progression sous 3.2.

Au plan psychique

Non.

[...]"

Un avis SMR du Dr D. _____ du 19 avril 2010 rappelle les diagnostics retenus par le P. _____ et conclut comme suit :

"Les limitations fonctionnelles sont détaillées en page 51 de l'expertise.

L'anamnèse révèle que l'état de santé est stable de 2006 à mai 2008. Une aggravation est admise en juin 2008.

Nous retenons donc les conclusions suivantes :

- Capacité de travail comme plâtrier-peintre indépendant : 50% de février 2006 à mai 2008 30% depuis juin 2008
- Capacité de travail dans une activité adaptée : 100% après une période de remise en route de 3 mois, depuis 2006."

Le 2 juin 2010, à la demande de l'OAI, la fiduciaire de l'assuré a produit les documents comptables relatifs aux années 2001 à 2008 (bilans et comptes d'exploitation, déclarations fiscales). Selon la déclaration d'impôt relative à l'année fiscale 2005 et la décision de taxation fiscale du 19 septembre 2007 y relative, l'assuré a réalisé un revenu de 197'772 fr. provenant de son activité lucrative d'indépendant, alors que son épouse a réalisé un revenu salarié de 48'854 francs. Selon la déclaration d'impôt relative à l'année 2006, l'assuré a réalisé un revenu de 27'056 fr. provenant de son activité lucrative d'indépendant auquel se sont ajoutés 48'227 fr. d'indemnités journalières (maladie/accident). Son épouse a réalisé le même revenu qu'en 2005. La décision de taxation fiscale du 5 novembre 2007 relative à la période fiscale 2006 retient un revenu imposable pour le couple de 117'800 francs. Selon la déclaration d'impôt relative à l'année 2007, l'assuré a réalisé un revenu de 26'481 fr. provenant de son activité lucrative d'indépendant auquel se sont ajoutés 29'477 fr. d'indemnités journalières (maladie/accident). Le revenu brut de l'épouse s'élevait à 47'775 francs. La décision de taxation fiscale du 20 mai 2010 pour la période fiscale 2007 indique un revenu imposable pour le couple de 95'700 francs. Selon la déclaration d'impôt relative à l'année 2008, l'assuré a réalisé un revenu de 37'806 fr. provenant de son activité lucrative d'indépendant auquel se sont ajoutés 5'733 fr. d'indemnités journalières (maladie/accident). Son épouse a réalisé un revenu salarié de 39'539 fr. auquel se sont ajoutés des indemnités journalières (perte de gain/chômage) de 4'891 francs. La décision de taxation fiscale du 20 mai 2010 pour la période fiscale 2008 retient un revenu imposable pour le couple de 70'481 francs.

Le 4 juin 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une orientation professionnelle. Le 9 juillet 2010, Me Elie Elkaïm, nouveau mandataire de l'assuré, a demandé que soit rendue une décision sujette à recours sur ce point; il relevait en outre des incohérences dans l'expertise du P._____. A son courrier était jointe une copie de la déclaration d'impôt pour l'année 2009, selon laquelle l'assuré n'avait perçu aucun revenu ni indemnités journalières. Son épouse avait perçu des indemnités journalières (assurance-chômage) d'un montant de 18'914 fr. et une rente (AVS/AI/LAA/SUVA) de 6'950 francs.

Le 13 juillet 2010, l'OAI s'est adressé au Service d'enquêtes pour indépendants en requérant que celui-ci détermine le revenu sans invalidité de l'assuré et précise les activités exercées par l'intéressé dans son entreprise. Il relevait notamment que, selon le CI, les revenus de l'assuré se montaient à 212'800 francs en 2005 et que son avocat alléguait un chiffre d'affaires (ci-après : CA) de 600'000 fr. par an.

Le 11 janvier 2011, le Service d'enquêtes pour indépendants a rendu son analyse économique, qui retient notamment ce qui suit :

"[...]

4.1 Tableau des comptes d'exploitation Voir Annexe 1

Sur la base des documents comptables transmis par l'assuré (comptes 2001-2008), on relèvera que l'assuré a pu réaliser des chiffres d'affaires intéressants. Si l'on examine les postes de MO, on relèvera que dès 2004, l'entreprise semble fonctionner dans la mesure à laquelle l'assuré le signale, à savoir un ouvrier et une secrétaire. Si l'on se base sur les déclarations fiscales (salaire de l'épouse brut de Sfr. 52'000.--), on obtient par déduction un salaire mensuel brut (*13) d'environ Sfr. 6'000.—pour son employé, ce qui paraît tout à fait compatible avec le salaire d'un plâtrier-peintre expérimenté.

L'entreprise employait également des temporaires, ainsi que des sous-traitants, mais la part de ceux-ci a diminué de manière importante dès 2006 (année du début des incapacités de travail), ce qui aurait logiquement pu constituer une possibilité de poursuivre le volume des travaux pour compenser l'incapacité de travail de celui-ci, et laisse donc à penser que l'assuré n'a par conséquent plus cherché qu'à assumer suffisamment de travaux pour pouvoir occuper son employé et assumer la charge salariale de son épouse et de son employé.

En nous fondant sur la moyenne des 5 années avant l'atteinte à la santé (majorée des charges sociales AVS), nous obtenons un RS de

Sfr. 180'170.--(cf annexe 2). La fixation de ce revenu relève de la pratique courante en matière d'évaluation (moyenne), dès lors que l'on ne peut ni effectuer une projection, ni retenir le revenu le plus ou le moins favorable à l'assuré au long de sa carrière professionnelle. Ce montant reste relativement élevé en regard des informations figurant sur les CI pour les années précédentes, mais dès lors que durant les 5 années précédant la survenance, l'assuré a démontré pouvoir réaliser ce revenu, celui-ci peut par conséquent être retenu.

[...]

4.4 Préjudice économique déterminé sur la base de l'examen des comptes :

Il sied de relever que l'assuré a cessé l'exploitation de son entreprise en octobre 2008, et il semble difficile d'apprécier si l'assuré a, entre 2006 et 2008, réellement mis en valeur et entrepris tout ce qui était à sa portée, pour maintenir son entreprise (l'assuré sous-traitait une part de ses travaux, et avait recours à des temporaires, et on peut imaginer qu'il aurait pu modifier l'organisation de son travail pour mieux viabiliser son revenu). Chiffrer ou apprécier dans quelle mesure il aurait pu ou non augmenter son revenu n'est pas possible. En effet, et dès lors que l'entreprise sous-traitait une partie des travaux, le chiffre d'affaires réalisé n'est pas directement proportionnel uniquement à la capacité de travail de l'assuré ; si généralement la marge sur la sous-traitance est moins importante que le travail effectivement effectué, et ce également si l'on prend en compte la main d'oeuvre temporaire, la diminution du chiffre d'affaires de moitié n'est pas directement liée à l'incapacité de travail de l'assuré, mais également à la diminution de main d'oeuvre extérieure. Dès lors qu'une partie des frais sont fixes (non déterminés par le volume d'activité), le résultat s'en retrouve par conséquent diminué, mais non réellement en proportion de la capacité de travail effective de l'assuré.

On relèvera également que le salaire de l'épouse est resté le même en 2006-2007, alors même que si le volume de travail a diminué de moitié, la part des tâches administratives devrait avoir connu la même modification, ce qui aurait une incidence sur le résultat net et la part attribuable à l'assuré s'en serait trouvée augmentée.

Pour l'ensemble des éléments mentionnés ci-dessus, les données comptables ne nous paraissent pas fiables pour évaluer le préjudice économique de l'assuré en cohérence avec l'exigibilité fixée.

5. Comparaison des champs d'activités

L'assuré a cessé ses activités en octobre 2008, et une comparaison des champs d'activité a posteriori ne nous paraît pas possible en l'état. S'agissant de la question de l'exigibilité, et au vu de la taille de l'entreprise, il est clair qu'au vu des limitations fonctionnelles signalées, il n'était pas possible pour notre assuré, de ne réaliser que des tâches adaptées (devis, métrés, contacts clientèle, contrôles). Les tâches de production faisaient par conséquent également partie de son activité. Au vu de la masse du chiffre d'affaires, et si l'assuré employait son épouse pour l'administration à 100%, on peut en déduire que la part des contacts clientèle relevait probablement de bien plus qu'un 20% (tel que mentionné dans divers documents au dossier), mais il est difficile de pouvoir être plus précis à ce sujet.

S'agissant de la spécificité de son métier (plâtrier et peintre), s'il on peut considérer que les tâches de gypserie sont plus lourdes que celles de peintre, il n'en demeure pas moins que les activités de

peinture nécessitent également des efforts d'une certaine intensité, et les limitations retenues ne sont pas entièrement compatibles avec une telle activité. Rétrospectivement, on peut difficilement apprécier la capacité résiduelle de l'assuré dans son activité antérieure, et le fait que celui-ci ait dans le cadre des diverses expertises médicales, contesté une quelconque capacité de pouvoir effectuer son métier, rend objectivement impossible une approche réelle.

Si une telle approche était à retenir, nous estimons que sur un plan théorique l'exigibilité de 50% (en prenant en compte les limitations fonctionnelles et les tâches propres au patron d'une entreprise avec un employé), lui auraient permis d'accomplir tant les tâches d'organisation, devis, gestion, ainsi qu'une partie des tâches de production (peinture essentiellement, mais durant une partie de la journée, par exemple). Le fait que l'assuré disposât d'un ouvrier permet effectivement plus de latitude dans les possibilités d'admettre que notre assuré n'effectue que des tâches à sa portée et puisse mettre en valeur une partie de sa capacité de travail à des tâches de production adaptées.

Une telle capacité ne serait cependant admissible que jusqu'en juin 2008, puisque les médecins estiment qu'une aggravation est survenue à cette période, limitant la capacité de travail de l'assuré à 30% seulement.

Dès cette date, et du fait que l'assuré a effectivement cessé ses activités en octobre 2008, se pose la question de l'exigibilité à retenir et l'assuré étant alors âgé de 60 ans, l'âge légal le séparant de la retraite étant alors de 5 ans, se pose la question de l'exigibilité et de l'évaluation de son invalidité dans une activité adaptée (cf également conclusions).

6. Mesures de réadaptation

[...]

Au vu de la procédure et des recours entrepris contre la décision initiale, et dès lors que l'exigibilité a connu une modification a posteriori, il nous semble important que le service juridique se détermine s'agissant des conditions permettant d'exiger de l'assuré qu'il change d'activité.

Si l'on reprend la jurisprudence, divers facteurs doivent être pris en considération pour juger de l'exigibilité.

Des facteurs tels que l'âge, les limitations fonctionnelles, les investissements consentis dans l'entreprise, l'exigibilité tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, et le préjudice économique induit par l'atteinte à la santé.

Si l'on se réfère aux seules données au dossier, force est de constater que la décision initiale n'avait pas suffisamment pris en compte les revenus réalisés par l'assuré et l'incidence des limitations fonctionnelles de l'assuré sur ses possibilités de maintenir son activité lucrative (travail léger permettant des changements de position en évitant les mouvements en charge en dessus de la ceinture scapulaire), les activités de plâtrerie surtout, et la peinture nécessitant de tels efforts. Si l'on aurait alors pu s'interroger sur la possibilité pour notre assuré de recourir à de la main d'oeuvre pour compenser ses limitations fonctionnelles et calculer son préjudice économique en prenant en compte le coût en main d'oeuvre, il est difficile d'apprécier le taux d'activité ce d'autant qu'un salarié est conditionné par un taux horaire, et que l'indépendant ne travaille généralement pas l'équivalent des 40 à 45 heures hebdomadaires. Au vu du revenu réalisé par l'assuré et notre expérience en la

matière, force est d'admettre que l'assuré travaillait probablement à raison de 55 à 60 heures par semaine, ce qui conduirait alors à devoir pondérer son revenu de l'équivalent d'un salarié à environ 70%. Une partie des activités restant à la portée de l'assuré, il est difficile de déterminer concrètement la part d'activités qu'il aurait pu assumer dans la production.

L'assuré ne semble pas avoir après lecture des documents au dossier, tenté soit d'engager du personnel, soit de réorganiser ses activités, s'estimant incapable de reprendre son activité et ne revendiquant que l'octroi d'une rente. Les comptes des années 2006 à 2008 ne sont pas exploitables, dès lors que la masse salariale (une secrétaire à 100% (l'épouse) et un ouvrier) sont restés constants pour un chiffre d'affaires diminué de moitié ce qui aurait en toute logique dû diminuer la part des activités administratives et donc le coût en main d'oeuvre sur ce plan. Le fait que la rémunération soit restée identique relève du fait qu'elle était effectuée par l'épouse et que par conséquent elle représentait la rémunération du couple.

Selon la jurisprudence (9C_236/2009), l'administration ne peut effectuer de projection, en considérant que par l'engagement de personnel supplémentaire l'assuré pourrait diminuer son préjudice. L'assuré ayant par ailleurs cessé son activité indépendante en octobre 2008 (cf annexes) et une diminution de sa capacité d'assumer son activité ayant été admise selon l'expertise du P. _____ dès juin 2008, se pose par conséquent la question de déterminer s'il était alors exigible que l'assuré reprenne une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles (l'assuré était alors âgé de 60 ans), une exigibilité entière lui étant reconnue dans l'exercice d'une activité adaptée.

De la jurisprudence (9C_918/2008, et 9C_1043/2008), il a été considéré qu'il était exigible qu'un assuré entreprenne tout ce qu'il pouvait entreprendre, afin de réduire les conséquences de son atteinte à la santé. L'assuré ayant cessé son activité indépendante (les revenus nets réalisés étant bien en-deça des revenus réalisés avant l'atteinte à la santé), reste à déterminer quelles activités étaient alors exigibles pour l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles compte tenu de la capacité de travail qui lui était reconnue médicalement (soit 100% selon le SMR).

Si l'on reprend les limitations fonctionnelles, force est de constater que celles-ci laissent à penser que l'exercice d'activités industrielles légères étaient compatibles avec les problèmes de santé de l'assuré (cf p. 1). Si l'on se réfère à l'ESS (TA 1, année 2008 niv.4) et en prenant en compte une pondération de 15 % (âge, limitations fonctionnelles), le revenu réalisable dans une activité adaptée (RI) se monterait à Sfr. 50'982.05. Une telle analyse relève cependant de la division réadaptation et n'est par conséquent qu'indicative.

En considérant un RS pour l'assuré à Sfr. 180'170.— (cf annexe 2), le préjudice économique se monte à 72 % et ce dès juin 2008.

7. Conclusion

[...] différentes approches doivent être examinées et elles nous semblent devoir faire l'objet d'un examen par le service juridique :

- L'appréciation de l'invalidité de l'assuré peut-elle se faire sur la base d'une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et ce jusqu'en juin 2008, date à partir de laquelle elle n'était plus médicalement adaptée et entraînait une incapacité de travail de 70 % ?

- Devrions-nous considérer que jusqu'en juin 2008 l'assuré pouvait mettre en valeur sa capacité de travail et de gain pour

environ 50% et que depuis lors, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, c'est une approche économique dans une activité salariée qui devrait être effectuée (faire confirmer les données salariales par la division réadaptation ?)

- Faut-il, dès lors qu'il n'est pas possible d'apprécier de manière objective le préjudice économique de l'assuré à l'échéance du délai de carence (assuré s'estimant incapable de reprendre une activité dans son activité ce qui fausse les résultats de l'entreprise), considérer qu'il était exigible qu'il reprenne une activité salariée dans le circuit économique normal ?

Enfin, se pose également la question de l'exigibilité d'un changement d'activité eu égard à l'âge de l'assuré et ce en nous référant tant aux arguments de l'assuré que de la jurisprudence en la matière (âge de l'assuré au moment de la décision notifiée ? de la survenance ?).

[...] la période depuis l'échéance du délai de carence (02.2007) jusqu'en juin 2008, doit faire l'objet d'une prise de position par le service juridique (la modification de l'exigibilité ayant eu lieu a posteriori et l'assuré étant actuellement âgé de 62 ans, et qu'il avait 58 ans à l'échéance du délai de carence, nous laissons le soin au service juridique de se positionner à ce sujet)."

L'avis juriste du 15 avril 2011 conclut notamment à ce qui suit :

"Situation médicale :

LM (réd. : longue maladie) : 2.2006

DD (début potentiel du droit à la rente) : 2.2007

LF : cf. p. 51 de l'expertise

CT dans l'activité habituelle : 50% diminuant à 30% depuis 6.08 (p. 47)

CT dans une activité adaptée: 100% selon avis SMR 19.4.2010. Cf cependant p. 48-49 de l'expertise : au moins 80% dès février 2006, 100% dès fin 2008, époque de l'amélioration de l'état de santé Réadaptable dès 2.2006. Vu qu'il ne travaille plus depuis 4 ans, les experts suggèrent une remise en route professionnelle progressive sur 3 mois pour permettre une adaptation des éléments d'endurance au travail et l'apprentissage d'une nouvelle activité (p.48 + 55)

A noter que notre assuré :

- conteste conserver une CT de 50% dans son activité habituelle (cf. notamment p.42 : réaction à la lettre du Dr H. _____ suggérant un aménagement professionnel)

- ne conteste a priori pas être réadaptable dès février 2006 mais nous reproche d'avoir tardé à lui proposer une réorientation professionnelle (cf cependant notre courrier du 5.12.2006 attirant son attention sur l'obligation de diminuer le dommage). Il n'est actuellement plus d'accord de se réadapter et n'envisage plus d'activité professionnelle du tout "c'est trop tard, on aurait dû le lui proposer avant, en 2006" (p.33+35 45; lettre de son avocat du 9.7.2010).

Situation personnelle, professionnelle et financière (cf. enquête du 11.1.2011)

Assuré né en octobre 1948; CFC de plâtrier-peintre, profession qu'il exerce depuis lors, d'abord dans l'entreprise familiale puis dans sa propre entreprise dès 1978 (p.29). Lors de la survenance de

l'atteinte à la santé, l'entreprise fonctionnait avec l'assuré, 1 ouvrier et 1 secrétaire (son épouse) et engageait des temporaires et des sous-traitants. Après la survenance de son atteinte, il a continué à exercer jusqu'en 2008 (radiation de l'entreprise en octobre 2008)

RS : 180'170.- (moyenne des 5 années avant l'atteinte)

Exigibilité lors du DD : dans le cas particulier de cet assuré (âgé de 57 ans lors de la LM, patron de son entreprise de plâtrier-peintre, profession qu'il exerce depuis son plus jeune âge, donc sans expérience dans un autre domaine), on ne pouvait à mon avis pas exiger — en 2007 - qu'il abandonne son activité lucrative pour rechercher une activité salariée dans la mesure où il conserve, dans son activité habituelle de patron d'entreprise de plâtrier-peintre, une CT estimée à 50%, certaines tâches restant adaptées à ses limitations fonctionnelles (cf. notamment p. 43).

Cependant, on ne peut pas se baser sur les salaires perçus dans son entreprise entre 2006 et 2008. D'une part, notre assuré ne semble pas avoir mis pleinement en valeur sa CT résiduelle (ni cherché à l'améliorer par des aménagements ou une réorganisation de son entreprise de façon à minimiser son PE mais, bien plutôt, avoir envisagé une préretraite, pensant qu'il allait toucher des prestations financières des assurances sociale et privée (p. 31ss)

D'autre part, les données comptables ne paraissent pas fiables pour évaluer le préjudice économique de l'assuré (ainsi, le salaire de l'épouse est resté inchangé malgré la diminution des tâches administratives).

Il n'est ainsi pas possible de déterminer le PE (réd. : préjudice économique) sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus de sorte qu'il y a lieu de recourir à la méthode extraordinaire. Il nous faut donc retourner le dossier au service d'enquête. Il est en effet indispensable de procéder à une comparaison des champs d'activités et de déterminer ce qu'il faisait avant l'atteinte à la santé et ce qu'il pouvait faire après la survenance de cette atteinte aux vu de ses limitations fonctionnelles.

Par ailleurs, une modification notable de l'état de fait a eu lieu en 2008, à savoir :

- en juin 2008, la diminution de sa CT dans son activité habituelle (p.52 ; CT de 30% qualifiée d'occupationnelle) puis
- en octobre 2008, la fermeture de l'entreprise (il a alors 60 ans).

Exigibilité lors de la modification de l'état de fait de 2008: au vu des circonstances de ce cas particulier (proche des 60 ans lors de la modification de 2008 + qui n'a d'expérience que dans le domaine de plâtrier-peintre, profession qu'il exerce depuis son jeune âge), on ne peut pas exiger un changement d'activité avec prise d'activité salariée.

Proposition : retourner le dossier au service d'enquête pour établir le taux d'invalidité selon la méthode extraordinaire avec comparaison des champs d'activités pour :

- février 2007 (DDD - CT de 50% dans une activité adaptée) puis
- juin 2008 (aggravation de l'état de santé - CT diminuant à 30%)

S'il s'avère que - après l'aggravation de juin 2008 - le taux d'invalidité est inférieur à 70%, merci à l'enquêteur de préciser si notre assuré aurait pu continuer à exploiter son entreprise avec une CT de 30% (entreprise viable ?)"

Le 15 septembre 2011, une seconde enquête économique pour indépendants a été rendue. Elle conclut notamment à ce qui suit :

"[...]

3. Comparaison des champs d'activités (cf. annexe 3)

Ainsi que précisé sous 1, une telle approche nous paraît impossible à réaliser *posteriori* et nous doutons de la valeur juridique qui puisse lui être donnée, tant au vu de la durée de la fin de l'activité que de l'appréciation objective, tant de la proportion des champs d'activité que de leur pondération, ainsi que des éléments à prendre en compte (avec le critère de l'exigibilité d'une telle activité).

A la demande du service juridique nous avons néanmoins tenté (nous fondant sur notre expérience et les données économiques) de procéder à une approche selon la méthode extraordinaire.

Ainsi que mentionné dans notre précédent rapport, et en prenant en compte (hypothèse) le fait que l'assuré exerçait vraisemblablement une activité à raison de 55 heures par semaine avec des tâches productives correspondant à 70 % d'un plâtrier salarié, la répartition se monterait à 30 heures pour les tâches productives, et à 25 heures pour les activités dédiées à de la gestion d'entreprise (organisation du travail, contact clientèle, soumissions, rendez-vous de chantier, commandes...), activités ne nécessitant pas d'efforts physiques importants. Le fait que l'assuré recoure à un ouvrier salarié, à des sous-traitants, pour 10 % du CA ainsi qu'à du personnel temporaire et que l'épouse travaille à 100% au bureau démontre que l'assuré a suffisamment de chantiers et activités annexes à organiser excepté la production à proprement parler et que la part des tâches non productives (et lourde représente une part importante des champs d'activité).

S'agissant de la pondération, nous avons retenu les éléments suivants :

Contacts client, devis, soumissions, rendez-vous de chantier, organisation du travail, commandes.

Dès lors que l'assuré n'avait pas compensé son incapacité de travail par un engagement supplémentaire, la part des heures résiduelles dans les activités non productives, a diminué en proportion de la diminution de la capacité de travail de l'assuré par rapport à la masse de production (par hypothèse, un employé 42 h /semaine plus 30 heures de l'assuré, soit 72 heures avant atteinte contre 54 heures productives effectives après atteinte pour l'entreprise (soit ouvrier 42 h et assuré 12 h, soit une diminution de la productivité de 25%).

Par voie de conséquence, il est donc nécessaire de procéder à une diminution des heures réalisables dans ce champ d'activité, l'assuré n'ayant pas la possibilité de fabriquer des heures s'il n'est pas en mesure, eu égard à la taille de son entreprise, d'en assumer l'exécution.

Activités de plâtrerie-peinture

Selon expertise, CT de 80% dans une activité adaptée et 50% dans les tâches de plâtrerie. L'assuré disposant d'un employé susceptible d'accomplir les travaux lourds, nous avons par conséquent considéré qu'il lui était encore possible d'accomplir le 80% des activités de production (activités choisies, allégées), mais avons considéré qu'il

présentait dans celle-ci un rendement diminué de 50% (efforts, rythme de travail, choix des activités).

La comparaison des champs d'activité donne une capacité résiduelle de travail de 49.1%, soit une incapacité de travail de 50.9%.

4. Application de la méthode extraordinaire (chiffre 3103 de la CII)

Voir annexe 4

Selon cette approche, le préjudice économique de l'assuré serait de 50.38%

Cette approche ne nous semble cependant pas applicable à ce cas (cf conclusion)

5. Détermination du préjudice économique sur la base d'une capacité de 30%, soit l'annonce de la diminution de la CT en juin 2008

Cette approche ne nous paraît pas pouvoir être retenue en tant que telle.

Si sur le plan médical, on aurait clairement pu confirmer que la part des activités du chef d'entreprise étaient adaptées à ses limitations et lui auraient permis, s'il avait engagé du personnel pour remplacer son incapacité, la projection en charges et la proportion en chiffre d'affaires change et il s'agit ensuite de déterminer si l'assuré aurait été en mesure d'augmenter les chantiers pour pouvoir récupérer une marge significative.

On rappelle également que notre assuré a réalisé des revenus conséquents jusqu'en 2006 et qu'il dispose par conséquent de compétences dans le contact et les affaires, qui lui ont permis de pouvoir réaliser des revenus si importants. Il ne nous est néanmoins pas possible de pouvoir apprécier les conditions et possibilités effectives de l'assuré de parvenir à trouver plus de mandats, et exploiter différemment son entreprise de manière à la viabiliser celle-ci et un surcoût éventuel en personnel. La conjoncture, l'implantation de l'entreprise et le réseau de l'assuré et de sa projection n'est pas présumable, et le TF a clairement rejeté les possibilités d'apprécier un préjudice de cette manière.

Au vu de ce qui précède et de manière empirique, il nous semble que si l'assuré n'avait globalement pu mettre en valeur qu'une capacité de travail moyenne de 30% dans son activité habituelle ainsi qu'elle est retenue médicalement, la cessation de l'activité aurait été prévisible à court terme (et que l'assuré a cessé son activité à fin 2008).

6. Conclusion, mesures de réadaptation

Ainsi que nous l'avons clairement mentionné dans notre rapport précédent, il n'y a aucune possibilité de déterminer, dans le cas d'un assuré qui clairement s'estimait en IT totale, et a liquidé son entreprise, les pondérations et les possibilités de poursuivre son exploitation moyennant des adaptations. Si l'on peut affirmer que l'engagement de personnel supplémentaire aurait permis de limiter la chute des bénéficiaires, la jurisprudence nous empêche de la prendre en compte dans l'évaluation, et bien évidemment, en matière de projection (dans la méthode extraordinaire), il semble difficile de pouvoir la prendre en compte alors qu'elle n'est pas exigible, ce qui dès que l'assuré a cessé celle-ci rend toute comparaison impossible.

Le fait que l'assuré ait de son propre chef décidé de liquider son entreprise ne lui enlevait pas sur le fond (bien que la question de l'évaluation de son préjudice dans la présente situation ne change rien, au fond à nos prestations), l'obligation d'entreprendre tout ce qui était exigible pour tenter de diminuer son préjudice économique

et dès lors que l'exercice d'une activité adaptée lui était reconnue et ce à 100%, il ne nous paraît pas qu'à 60 ans, nous eussions pu attendre de celui-ci qu'il n'exerce aucune activité, puisque plus lié par des contraintes liées à son entreprise.

Au vu de ce constat, et dès lors que l'appréciation médicale (30% dans l'activité habituelle) coïncide à peu de chose près avec la cessation de l'entreprise et que si nous avons effectué une approche théorique, le préjudice économique se serait élevé à plus de 70%, il nous paraît que dans cette situation, la prise en compte des incapacités médicales retenues selon l'expertise dans l'activité habituelle, jusqu'à la remise de l'activité soit possible, et qu'à l'issue de cette remise, dès lors que l'assuré n'aurait pu reprendre d'autre activité qu'une activité sans qualifications particulière (cf avis JUR également), on doit conclure que son préjudice étant identique, le droit à une rente entière puisse alors lui être reconnu. (situation discutée avec JUR). Proposition au vu de l'ensemble des éléments :

Droit à une demi-rente (50%) dès février 2007

Passage à la rente entière (70%) au sens du 88 RAI suite aggravation de juin 2008."

L'annexe 3 de l'enquête économique a la teneur suivante :

Champ d'activité	Heures hebdo sans handicap	Pondération sans handicap (en %)	Heures hebdo avec handicap	Rendement estimé avec handicap	Capacité de travail résiduelle avec handicap (en %)	Capacité de travail pondérée	Commentaires de la limitation
Contacts clients, devis, soumissions, rendez-vous de chantier, organisation du travail, commandes	25	45,5 %	15.0	100%	60%	27,3%	25h*80%-25%=15h
Plâtrerie-peinture	30	54,5%	24.0	50%	40%	21.8%	30h*80%*50%=12h
Total	55	100%	39.0			49.1%	

Par projet de décision du 9 novembre 2011, se référant aux conclusions de l'expertise du P. _____ et à la proposition de la seconde enquête économique pour indépendants ci-dessus mentionnée, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente du 1^{er} février 2007 au 31 août 2008 et une rente entière dès le 1^{er} octobre 2008.

Par lettre du 15 décembre 2011 de son mandataire, l'assuré a contesté le projet de décision. Ses arguments sont énumérés et examinés dans l'avis juriste du 17 février 2012 reproduit ci-après.

L'avis juriste du 17 février 2012 conclut à ce qui suit :

"Cf contestation du 15 décembre 2011 contre le projet de décision du 10 novembre 2011 portant sur le plan médical qu'économique
1) Dans un 1^{er} temps il faut encore prier la REA de procéder à une approche théorique pour la période après cessation de l'activité indépendante (valeur 2008) Merci de préciser quel genre d'activités lucratives (exemples) l'assuré, alors âgé de 60 ans et qui a uniquement œuvré comme plâtrier-peintre, pourrait concrètement exercer vu son état de santé, ses limitations fonctionnelles et sa situation personnelle (merci de prendre position sur le courrier 9.7.2010 dans lequel l'avocat dit que son client ne s'oppose pas à une orientation professionnelle mais que celle-ci apparaît très théorique vu l'âge...).

Remarques :

- si la REA estime que la perspective de retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail est illusoire (pourquoi ?), le degré d'invalidité serait de 100%,

- si la REA confirme l'exigibilité de mise en valeur de sa CT, on devrait aboutir à un PE de l'ordre de 70% (p.6 du rapport d'enquête du 11.1.2011), soit dans le même ordre de grandeur que l'incapacité médicale dans l'activité habituelle retenue par l'expertise.

Dans les 2 cas (taux de l'ordre de 70% ou 100%) le droit à la rente entière serait ouvert (éventuel impact concernant d'autres assurances... LPP ?)"

2) Une fois le PE pour la période dès juin 2008 précisé par la REA, on pourra donner suite à la contestation : a priori, maintient de notre position en complétant notre motivation comme suit :

Sur le plan médical, notre assuré conteste la capacité de travail (activité habituelle et activité adaptée) que nous avons retenue sur la base du rapport d'expertise du 6 avril 2010. A l'appui de sa contestation, il énumère une série de pièces médicales dont il estime qu'elles attestent clairement d'une incapacité de travail de 100% dès le mois de février 2006.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal fédéral considère comme déterminant que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références).

Dans le cadre l'expertise effectuée les 18 janvier et 22 mars 2010 au P._____, l'assuré a été examiné par un médecin spécialiste en rhumatologie et un spécialiste en psychiatrie-psychothérapie. L'examen a fait l'objet d'un rapport détaillé ; les médecins se basent sur un examen complet, ont tenu compte des plaintes exprimées ainsi que des autres avis médicaux au dossier, et les conclusions sont claires et motivées. Nous considérons dès lors que cette expertise remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence pour admettre la valeur probante d'un rapport médical, et n'avons ainsi aucune raison de nous écarter de ses conclusions.

Certes, les médecins suivant notre assuré ne partagent pas le même avis en ce qui concerne en particulier la capacité de travail dans l'activité habituelle, attestant d'une incapacité de travail comme plâtrier-peintre.

Cependant, le P._____ explique qu'il y a lieu de pondérer les plaintes de l'assuré et de les confronter à l'examen clinique

radiologique comparativement aux examens objectifs antérieurs ; pour la période de 2006 à juin 2008, une exigibilité partielle (de l'ordre de 50%) existait dans son métier mais notre assuré n'avait alors pas tout mis en oeuvre pour maintenir sa capacité résiduelle de travail ni pour envisager un quelconque aménagement en vue d'améliorer celle-ci. Par contre, dès juin 2008 le P. _____ retient une diminution de la capacité de travail, l'exigibilité n'étant dès lors plus que de 30%.

S'agissant de la capacité de travail dans une activité légère adaptée, le P. _____ l'estime à 80% au moins depuis 2006, l'exigibilité pouvant même être totale depuis l'amélioration de fin 2008 (cf p.43 et 47 de l'expertise).

Nous n'avons aucune raison de nous écarter de cette expertise, probante, dont il y a lieu de préciser qu'elle tient compte de toutes les pièces médicales citées à l'appui de la contestation du 15 décembre 2011.

Sur le plan économique, il y a lieu de distinguer entre deux périodes. Période jusqu'à l'été 2008, notre assuré - qui conservait alors une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle - poursuivait son activité indépendante. On ne pouvait alors pas exiger de lui qu'il mette fin à son entreprise pour prendre une activité salariée. Le service d'enquête a dès lors procédé à une approche théorique selon la méthode extraordinaire, aboutissant à préjudice économique de 50,38%. Peu convaincu par cette méthode dans ce cas particulier, l'enquêteur a proposé de prendre en compte les incapacités médicales retenues selon l'expertise dans l'activité habituelle (50% pour la période jusqu'à l'aggravation de juin 2008).

Les deux approches précitées aboutissent à un résultat très proche. Il y a lieu de s'en tenir à ce taux d'invalidité de l'ordre de 50% pour cette première période.

A noter qu'on ne peut pas suivre l'avocat lorsqu'il compare le bénéfice de l'entreprise pour l'année 2005 (fr. 197'771.59) avec le bénéfice de l'année 2006 (fr. 27'331.-). En effet, il ressort des pièces au dossier qu'après la survenance de son atteinte à la santé, l'assuré n'a pas entrepris tout ce qui était à sa portée pour maintenir son entreprise, ni réellement mis en valeur sa capacité de gain résiduelle, s'estimant inapte à la poursuite de son activité. On ne peut dès lors pas retenir le bénéfice effectif de fr. 27'331.- à titre de revenu d'invalidé.

Période à partir de juin 2008 : à cette époque, la capacité de travail de notre assuré dans son activité habituelle a considérablement diminué et il a cessé son activité indépendante, ce qui constitue un motif de révision."

Dans une note interne du 18 septembre 2012 relative au calcul du préjudice économique selon l'approche théorique, il est relevé notamment ce qui suit :

"Selon notre approche habituelle et compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par le SMR, nous devons considérer qu'il existe des activités adaptées aux limitations fonctionnelles y compris pour des personnes de l'âge de notre assuré. Nous retenons donc un RI équivalent à CHF 50'982.05 pour l'année 2008 (voir calcul ESS ci-joint).

Pour déterminer le RI susmentionné, nous nous sommes basés sur le calcul ESS, niveau 4 (activités simples et répétitives). Nous avons tenu compte d'une déduction de 15% pour les limitations fonctionnelles et l'âge."

Le "Calcul REA" du 18 septembre 2012 retient un revenu sans invalidité de 180'170 fr., un salaire exigible mensuel (ESS [réf. : Enquête suisse sur la structure des salaires]; TA 1 niveau de qualification 4 - année 2008) de 4'806 fr. (40 heures hebdomadaires, versé douze fois l'an) qui, compte tenu de l'horaire habituel des entreprises (41.6 heures hebdomadaires), doit être porté à 4'998 fr. 24, ce qui donne un revenu avec invalidité annuel de 59'978 fr. 88. Après déduction de 15 % au titre de désavantage salarial eu égard à l'âge et aux limitations fonctionnelles de l'assuré, le revenu avec invalidité s'élève à 50'982 fr. 05. Le préjudice économique est dès lors de 129'187 fr. 95 (180'170 fr. ./ 50'982 fr. 05) et le taux d'invalidité de 71,70%.

Le 3 octobre 2012, l'OAI a envoyé au conseil de l'assuré la motivation suivante en vue de la notification de sa décision définitive prochaine :

"Nous nous référons à votre contestation du 15 décembre 2011 à l'encontre de notre projet d'acceptation de rente du 9 novembre 2011 et y répondons comme il suit :

Sur le plan médical, vous contestez la capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée que nous avons retenue sur la base du rapport d'expertise du 6 avril 2010. A l'appui de votre contestation, vous énumérez une série de pièces médicales dont vous estimez qu'elles attestent clairement d'une incapacité de travail de 100 % dès le mois de février 2006.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal fédéral considère comme déterminant que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur les examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références).

Dans le cadre de l'expertise effectuée les 18 janvier et 22 mars 2010 par le Bureau Romand P. _____ (P. _____), M. F. _____ a été examiné par un médecin spécialiste en rhumatologie et un spécialiste en psychiatrie-psychothérapie. L'examen a fait l'objet d'un rapport détaillé ; les médecins se basent sur un examen complet, ont tenu compte des plaintes exprimées ainsi que des autres avis médicaux au dossier, et les conclusions sont claires et motivées. Nous considérons, dès lors, que cette expertise remplit

toutes les conditions posées par la jurisprudence pour admettre la valeur probante d'un rapport médical, et n'avons ainsi aucune raison de nous écarter de ses conclusions.

Certes, les médecins suivant M. F. _____ ne partagent pas le même avis en ce qui concerne en particulier la capacité de travail dans l'activité habituelle, attestant d'une incapacité de travail comme plâtrier-peintre.

Cependant, le P. _____ explique qu'il y a lieu de pondérer les plaintes de M. F. _____ et de les confronter à l'examen clinique radiologique comparativement aux examens objectifs antérieurs; pour la période de 2006 à 2008, une exigibilité partielle (de l'ordre de 50 %) existait dans son métier mais M. F. _____ n'avait alors pas tout mis en oeuvre pour maintenir sa capacité résiduelle de travail ni pour envisager un quelconque aménagement en vue d'améliorer celle-ci. Par contre, dès juin 2008, le P. _____ retient une diminution de la capacité de travail, l'exigibilité n'étant dès lors plus que de 30 %.

S'agissant de la capacité de travail dans une activité légère adaptée, le P. _____ l'estime à 80 % au moins depuis 2006, l'exigibilité pouvant même être totale depuis l'amélioration de fin 2008 (cf p.43 et 47 de l'expertise).

Nous n'avons aucune raison de nous écarter de cette expertise, probante, dont il y a lieu de préciser qu'elle tient compte de toutes les pièces médicales citées à l'appui de votre contestation du 15 décembre 2011.

Sur le plan économique, il y a lieu de distinguer entre deux périodes :

Période jusqu'à l'été 2008, M. F. _____ - qui conservait alors une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle - poursuivait son activité indépendante. On ne pouvait alors pas exiger de lui qu'il mette fin à son entreprise pour prendre une activité salariée. Notre service d'enquête a dès lors procédé à une approche théorique selon la méthode extraordinaire, aboutissant à un préjudice économique de 50,38 %. L'enquêteur a tout de même proposé de prendre en compte les incapacités médicales retenues selon l'expertise dans l'activité habituelle (50 % pour la période jusqu'à l'aggravation de juin 2008).

Les deux approches précitées aboutissent à un résultat très proche. Il y a lieu de s'en tenir à ce taux d'invalidité de l'ordre de 50 % pour cette première période.

Période à partir de juin 2008 : à cette époque, la capacité de travail de M. F. _____, dans son activité habituelle, a considérablement diminué et il a cessé son activité indépendante, ce qui constitue un motif de révision.

Nous avons donc soumis le dossier de M. F. _____ à notre service de réadaptation pour que celui-ci se prononce sur le genre d'activités lucratives encore exigibles.

Il ressort donc de leur rapport que compte tenu des limitations fonctionnelles, nous devons considérer qu'il existe des activités adaptées aux limitations fonctionnelles retenues y compris pour des personnes de l'âge de M. F. _____.

Notre service de réadaptation estime que M. F. _____ aurait pu exercer des activités légères dans le domaine de la production ou des services (exemples : ouvrier dans le domaine de l'industriel léger, gardien de parking ou caissier dans une station essence). Dans ce genre d'emploi, le revenu annuel brut est de CHF 50'982.05 pour l'année 2008. Pour déterminer ce revenu, nous nous sommes

basés sur l'enquête sur la structure des salaires, niveau 4 (activités simples et répétitives). Nous avons également tenu compte d'une déduction de 15 % pour les limitations fonctionnelles et l'âge.

Ce revenu est comparé au revenu sans atteinte à la santé, pour l'année 2008, qui s'élève à CHF 180'170.00.

Nous arrivons donc à un préjudice économique de 71.70 %. Ce qui ouvre le droit à une rente entière.

Au vu de ce qui précède, nous maintenons notre position et vous recevrez, prochainement, la décision conforme à notre préavis du 9 novembre 2011, sujette à recours."

Par décision du 15 novembre 2012, l'AI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2007 au 31 août 2008 de 1'105 fr. par mois. Dès le 1^{er} septembre 2008, il a accordé une rente entière (de 2'210 fr. par mois jusqu'au 31 décembre 2008, de 2'280 fr. par mois du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2010 et de 2'320 fr. par mois du 1^{er} janvier 2011 au 31 juillet 2011. A compter du 1^{er} août 2011, la rente entière était de 1'756 fr. par mois selon dite décision. La motivation du 3 octobre 2012 était annexée à la décision.

B. Par acte de son mandataire du 16 décembre 2012, F. _____ a recouru contre la décision du 15 novembre 2012 en concluant principalement à la réforme en ce sens "qu'un degré d'invalidité de 100% est reconnu à F. _____ dès le 1^{er} février 2006, une rente d'invalidité entière lui étant octroyée dès le 1^{er} février 2007". Subsidiairement, il a conclu à l'annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la tenue d'une audience d'instruction en demandant également l'audition de plusieurs témoins, dont le directeur de son principal client qui aurait dit lui retirer les mandats des différentes gérances dont il avait la responsabilité si l'assuré les sous-traitait, un collaborateur de dite société ainsi que les employés de deux autres gérances. Il a également requis la mise en œuvre d'une expertise "afin d'instruire les aspects propres à l'entrepreneuriat dans le domaine de la plâtrerie-peinture". Il estime une telle expertise propre à prouver que l'activité de plâtrier-peintre indépendant dans une entreprise artisanale de la taille de la sienne est

totalelement incompatible avec ses limitations fonctionnelles, l'activité légère étant réduite à l'extrême et les autres activités d'organisation, de direction, de prises de métrés, de surveillance des chantiers et de soumission ne lui prenant pas plus de 10 %. Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise P._____, principalement parce que la capacité résiduelle de travail de 50 % dans l'activité habituelle jusqu'au 1^{er} juin 2008 aurait été fixée sur des critères hors du champ de compétence des experts, puisque ceux-ci indiquaient que : "L'expérience de plâtriers-peintres suivis à la consultation des atteintes dégénératives du rachis atteignant l'âge de la retraite avec une problématique rachidienne modérée et stationnaire montre que s'il leur est attribué des tâches légères de retouches, des calculs de métrées et de devis qui étaient tout à fait à la portée de M. F._____, ils peuvent maintenir une capacité de travail de l'ordre de 50%. M. F._____ ne veut pas entendre parler de ces possibilités et devient extrêmement revendicateur quand ce sujet est abordé. On n'arrive pas à obtenir d'informations sur les possibilités qu'il aurait pu avoir de se réadapter soit au sein de sa propre entreprise soit dans l'entreprise de ses frères." S'il n'a pas requis d'expertise médicale judiciaire, le recourant s'est référé aux avis de certains des médecins qu'il a consultés depuis l'apparition de l'atteinte à la santé, qui estiment qu'il n'avait plus de capacité de travail dans son activité lourde de plâtrier-peintre depuis 2006. Il conteste surtout l'aspect économique du dossier, soutenant que l'intimé devait calculer le degré d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus. A l'appui de son recours, il a notamment produit :

- un courrier du 30 avril 2009 adressé par le Dr X._____ au Dr Q._____ dans lequel il expose notamment ce qui suit :

"Consultation du 28 avril 2009

(...)

Monsieur F._____ est toujours en traitement de physiothérapie de rééducation, ce traitement lui amène une amélioration aussi bien algique que fonctionnelle, dans le sens d'une amélioration surtout de ses performances à la marche, puisqu'il est passé d'un périmètre de marche de 400 mètres à environ 1 à 1,5 km. Il note également un gain en terme de souplesse globale et de mobilité. Par contre, en terrain accidenté, alors qu'il accompagnait un ami sur un parcours de golf, il a vécu un nouveau blocage, ce qui l'a dissuadé d'essayer à

nouveau ce type d'exercices. Il en va de même du jardinage, qu'il n'a toujours pas pu reprendre.

Je lui ai donc recommandé de poursuivre dans cette voie et, sur le plan de l'activité sportive, de privilégier la natation. Dans son cas particulier, je lui propose de nager sur le dos avec des palmes, ceci afin d'épargner sa charnière lombaire, qui aurait été sollicitée par des mouvements combinés avec les bras. Les palmes permettant de démultiplier l'effort, l'utilisation des bras n'est plus nécessaire.

En ce qui concerne les aspects juridiques de son problème son avocate m'interroge sur la cause de l'incapacité de travail de Monsieur F. _____, le rapport de cette incapacité avec le choc subi en juin 2005, ainsi que d'autres commentaires éventuels.

Je rappelle donc que l'incapacité de travail de Monsieur F. _____ réside dans des insuffisances fonctionnelles structurellement bien documentées, aussi bien au niveau de son rachis que de ses genoux, ceci dans le contexte plus large d'un probable syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée, dont les conséquences générales sur le fonctionnement d'un individu donné, commencent à être de mieux en mieux connues dans le sens d'une possible diminution des capacités fonctionnelles. Ainsi, l'impact céphalique contre le plafond a provoqué un blocage brutal au niveau lombaire avec, de façon vraisemblable sinon certaine, un mécanisme de probable micro-luxation sur un rachis préalablement vulnérable dans le cadre de l'hypermobilité articulaire. Par la suite, la prise en charge médicale a été inadéquate à travers une approche de physiothérapie purement passive. En effet, un rachis déstabilisé nécessite une approche de rééducation active, visant à cesser le cercle vicieux douloureux, à récupérer la musculature atrophiée par le blocage douloureux et par conséquent également à récupérer l'ensemble des processus proprioceptifs permettant à la musculature de protéger les articulations, elles-mêmes vulnérables en raison des insuffisances ligamentaires. Dans ce sens, je note que le rapport de causalité naturelle entre la situation actuelle et le choc est certain. Il dépasse largement 50 %.

En ce qui concerne d'autres commentaires, je noterai que la poursuite du traitement actuel devrait permettre à Monsieur F. _____, dans un laps de temps qu'il est difficile de définir mais qui se compterait plutôt en mois qu'en semaines, de lui permettre de récupérer une capacité fonctionnelle appréciable, qu'il conviendra de réévaluer par la suite."

- un courrier du Dr X. _____ au Dr Q. _____ du 14 janvier 2010, dans lequel il relève notamment ceci :

"Merci de vos lignes concernant Monsieur F. _____ que j'ai revu le 13 janvier 2010.

Je le revois alors qu'il est suivi régulièrement par Mademoiselle [...], physiothérapeute à qui je l'ai confié, et qui a entrepris un travail de longue haleine, sous forme de reconstruction posturale et de rééducation globale de son rachis. Depuis février 2009, cette approche a permis d'améliorer la situation algique, également et c'est le plus important, en termes fonctionnels avec en particulier, une augmentation spectaculaire du périmètre de marche, (...). Pour arriver à ce résultat, Monsieur F. _____ suit ses séances de physiothérapie avec une compliance parfaitement stable depuis le

début de la prise en charge, à côté d'une kinésithérapie pratiquée en moyenne 2x/j à raison de 30 minutes.

[...]

En ce qui concerne les restrictions fonctionnelles, elles sont les suivantes :

- **l'exclusion en particulier :**

- de tout mouvement en porte-à-faux du rachis dans son entier,
 - qu'il soit simple ou répétitif,
 - aussi bien dans les mouvements isolés d'extension-flexion,
 - d'inclinaison gauche-droite,
 - de rotation gauche-droite
 - que de combinaison de ces différents mouvements.
- de travaux en zone basse, c'est-à-dire en dessous de la ligne de la ceinture,
- de charges au-delà de 5 kg,
- de mouvements répétitifs, statiques ou dynamiques
- de pression au rendement
- de la marche en descente ou en montée, si celle-ci provoque ou aggrave les douleurs
- des postures statiques, qu'elles soient assises ou debout, au-delà du seuil de déclenchement des douleurs
- des déplacements avec charge de plus de 5 kg
- des horaires par équipes
- de tout élément externe perturbant la capacité de récupération nocturne

En outre, nécessité de pouvoir adapter en tout temps son activité à ses douleurs. Ces restrictions, en pratique, correspondent à un travail de bureau. Elles peuvent diminuer en fonction de l'évolution sous traitement, elles doivent être réévaluées régulièrement et de façon individualisée.

Au total, Monsieur F._____ présente un tableau complexe de douleurs rachidiennes, anciennes, dans le contexte de son activité lourde de plâtrier-peintre, l'ensemble ayant été décompensé par un mouvement ayant entraîné un traumatisme accidentel, et qui a décompensé l'ensemble de la situation. Celle-ci se déroule sur un fond d'hypermobilité articulaire, qui, selon les critères de Beighton et de Brighton, consiste en une atteinte multisystémique caractérisée, sur le plan ostéo-articulaire par des troubles proprioceptifs, une sensibilité des nocicepteurs anormale à la Bupivacaïne, une fatigabilité augmentée et une fragilité relative des articulations même devant les contraintes normales définies comme telles par le "cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie", pour reprendre les termes des juristes.

En outre, ce syndrome d'hypermobilité peut s'accompagner de traits psychologiques particuliers avec une augmentation de la tendance dépressive, en réaction aux événements négatifs de la vie et surtout une dystonie neurovégétative, laquelle peut influencer le tonus musculaire et l'ensemble de la gestuelle spontanée.

C'est dans ce sens que la poursuite du traitement de reconstruction posturale et d'approche proprioceptive est indispensable au long cours, chez ce patient dont le déconditionnement physique est profond et important."

Par réponse du 21 février 2013, l'OAI a indiqué qu'en l'état du dossier, il n'avait rien à ajouter à la décision litigieuse qu'il ne pouvait que confirmer. Il a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 8 avril 2013, le recourant a confirmé ses conclusions, ses précédentes requêtes d'instruction et a complété la liste des témoins qu'il souhaitait faire entendre par la Cour de céans. Il a en outre complété l'argumentation de son recours comme il suit :

"On le rappelle ici, le Service d'enquête de l'autorité intimée fait notamment grief au recourant, dans son analyse économique pour les indépendants du 11 janvier 2011, de ne pas avoir employé de travailleurs temporaires supplémentaires dans son entreprise, de n'avoir pas sous-traité plus de tâches à des entrepreneurs externes et d'avoir maintenu le salaire de son épouse à 100% alors même que les tâches administratives auraient dû diminuer, selon l'autorité intimée.

Sur ce point et en complément à l'ensemble des motifs d'ores et déjà soulevés à l'encontre du raisonnement susmentionné, le recourant tient encore à souligner que tant l'engagement de personnel supplémentaire sous forme de personnel temporaire que la sous-traitance auraient nécessité, de la part de M. F. _____, une surveillance, une coordination et une supervision de tous les instants, sous-entendant indéniablement de se rendre sur les chantiers en cours et d'en examiner l'état d'avancement.

Pour ce faire, le recourant n'aurait eu d'autre choix que celui de se rendre sur place, de gravir échelles et échafaudages et de se déplacer comme le fait tout ouvrier réalisant des travaux de plâtrerie-peinture, des mouvements clairement incompatibles avec les limitations fonctionnelles retenues tant par l'autorité intimée que par les nombreux spécialistes ayant eu l'occasion d'examiner le recourant.

Aussi, c'est bien en violation du droit et des principes généraux prévalant en la matière, tels que l'interdiction de l'arbitraire, que l'autorité intimée a rendu la décision faisant l'objet du recours du 16 décembre 2012 et a, de manière choquante, retenu que le recourant n'avait pas entrepris tout ce qui était en son pouvoir afin de sauver son entreprise.

Ceci étant, il paraît ici à nouveau nécessaire de souligner que les raisonnements de l'autorité intimée, et en particulier ceux de son Service d'enquête, ne tiennent nullement compte de l'organisation interne propre à une entreprise de plâtrerie-peinture, ni même des aspects propres au métier de plâtrier-peintre. Il s'agit là pourtant d'éléments centraux dans le cadre du présent dossier, essentiels à une détermination du degré d'invalidité du recourant, exempté d'arbitraire.

Le recourant ne saurait dès lors, à nouveau, qu'insister sur la nécessité de la mise en oeuvre d'une expertise dans le cadre de la procédure qui l'oppose à l'OAI, qui aurait notamment pour vocation l'examen des raisonnements de l'autorité intimée à la lumière des aspects susmentionnés.

De même, le recourant tient ici à souligner, une fois encore, la nécessité de la tenue d'une audience d'instruction, lors de laquelle seraient entendus les témoins dont l'identité est déclinée ci-dessous."

Le 4 juillet 2013, l'intimé a indiqué que les déterminations du recourant du 8 avril 2013 reprenaient globalement les arguments déjà formulés dans son mémoire de recours et qu'elles n'appelaient pas de commentaire particulier de sa part.

Le 29 avril 2015, le recourant s'est enquis de l'avancement de la procédure.

Par courrier du 7 mai 2015, la juge instructeur lui a répondu que la cause lui avait été transmise pour la suite de l'instruction et la préparation d'un rapport et qu'en l'état du dossier, elle lui paraissait suffisamment instruite, sous réserve de l'avis de la Cour des assurances sociales. Elle a en outre indiqué qu'un arrêt serait rendu durant le second semestre 2015.

Le 13 mai 2015, le recourant a relevé que selon le dossier en sa possession, la Cour des assurances sociales n'avait pas statué sur ses requêtes de complément d'instruction. Il indiquait partir du principe qu'en cas de refus, une décision formelle serait notifiée à son mandant, préalablement à la décision finale.

Par lettre du 25 juin 2015, la Juge instructeur a répondu au recourant qu'elle n'estimait pas nécessaire de procéder à une instruction complémentaire du dossier ni de répondre favorablement à ses réquisitions de preuves telles que décrites dans son recours, l'avis de la Cour des assurances sociales demeurant toutefois réservé.

Le 1^{er} juillet 2015, le recourant a accusé réception du courrier du 25 juin 2015 et a indiqué "qu'au vu de son contenu, je prends acte de ce qu'une décision formelle de la Cour sera notifiée ultérieurement à mon mandant s'agissant des mesures d'instruction requises par recours du 16 décembre 2012".

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1^{er} février 2007 (naissance du droit à une rente AI) au 30 septembre 2008, en lieu et place de la demi-rente qui lui a été allouée par l'intimé pour cette période.

La décision entreprise (du 15 novembre 2012) a fixé à 1'105 fr. le montant mensuel de la demi-rente d'invalidité allouée du 1^{er} février 2007 au 30 août 2008. Le recourant demandant l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ce qui équivaut au doublement de la demi-rente allouée, la valeur litigieuse s'élève à 20'995 fr. (19 mois x 1'105 fr. = 20'995 fr.).

b) S'agissant d'une prétention du domaine de l'assurance-invalidité dont la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr. (20'995 fr. cf. consid. 2a ci-dessus), un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétent pour statuer en qualité de juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'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 les références citées). 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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

Si l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – estime que 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. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Si l'assureur 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 prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; 136 I 229 consid. 5.3; TF, 9C_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

4. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b et les références). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 246 consid. 1 et les références).

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de

manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.1), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. TF 9C_612/2007 précité, consid. 5.1 et les références citées).

b) En l'espèce, au moment de la naissance du droit à la rente - auquel il y a lieu de se placer pour déterminer l'exigibilité d'un changement d'activité (cf. TF, 9C_612/2007 précité, consid. 5.2 et les références citées), soit le 1^{er} février 2007, le recourant était dans une situation assez semblable à celle de l'arrêt précité (TF 9C_612/2007 consid. 5.2 en particulier) : âgé alors de 58 ans et 9 mois, il avait toujours travaillé en qualité de plâtrier-peintre et, comme indépendant, depuis près de 30 ans (depuis 1978). Par ailleurs, comme c'était aussi le cas examiné par le Tribunal fédéral dans l'arrêt TF 9C_612/2007 précité, le recourant n'a aucune expérience professionnelle dans un autre domaine économique que celui de la plâtrerie-peinture de sorte que la reprise d'une activité salariée nécessiterait un important effort d'adaptation de sa part. Compte tenu du contexte personnel et professionnel, il paraît difficile d'exiger du recourant qu'il abandonne son activité indépendante pour se lancer dans une recherche hasardeuse d'un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles, d'autant plus que de tels postes sont très prisés par de plus jeunes assurés ayant également des limitations fonctionnelles. On peine en effet à imaginer qu'un employeur eût consenti à engager le recourant, eu égard à l'âge de celui-ci et au temps nécessaire qu'il lui aurait fallu pour s'adapter à un emploi d'emblée limité dans le temps. L'OAI a

d'ailleurs admis que l'on ne pouvait pas exiger du recourant qu'il abandonne son activité d'indépendant pour une activité salariée adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le fait que le recourant conteste qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée selon l'expertise réalisée par le P. _____ est donc sans incidence sur l'issue du présent litige.

5. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 cons id. 4d et les références citées; TF 9C_236 2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.1). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.1 in fine et les références citées).

Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration

ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle. Conformément au principe de la proportionnalité, il convient en revanche de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées, au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (ATF 133 V 22 consid. 4d et les références citées; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.2).

b) Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèce (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^e révision de l'AI], FF 2005 4223, n. 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche inquisitive au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles - fonctionnelles et/ou intellectuelles - de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées d'un assuré doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3 et les références citées).

c) Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3, 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, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3 in fine et les références citées).

En l'espèce, comme on l'a vu au considérant 4b ci-dessus, compte tenu de son expérience professionnelle et de son âge, l'exigence de mettre fin à son activité d'indépendant au profit d'une activité salariée plus lucrative ne saurait s'appliquer au recourant.

6. a) L'intimé fonde sa décision sur l'expertise du P._____, qui conclut que le recourant disposait d'une capacité de travail comme plâtrier-peintre indépendant de 50% de février 2006 à mai 2008, et de 30% depuis juin 2008.

Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise effectuée par le P._____, principalement parce que la capacité résiduelle de travail de 50 % dans l'activité habituelle jusqu'au 1^{er} juin 2008 aurait été fixée selon lui sur des critères sortant du champ de compétence des experts, puisque ceux-ci indiquent que : "L'expérience de plâtriers-peintres suivis à la consultation des atteintes dégénératives du

rachis atteignant l'âge de la retraite avec une problématique rachidienne modérée et stationnaire montre que s'il leur est attribué des tâches légères de retouches, des calculs de métrées et de devis qui étaient tout à fait à la portée de M. F._____, ils peuvent maintenir une capacité de travail de l'ordre de 50%. M. F._____ ne veut pas entendre parler de ces possibilités et devient extrêmement revendicateur quand ce sujet est abordé. On n'arrive pas à obtenir d'informations sur les possibilités qu'il aurait pu avoir de se réadapter soit au sein de sa propre entreprise soit dans l'entreprise de ses frères."

b) Si l'expertise réalisée par le P._____ est conforme à certains des critères jurisprudentiels en matière de valeur probante d'un rapport médical (cf. consid. 3c ci-dessus), force est de constater que ses conclusions sont peu claires, en contradiction avec certains éléments du dossier pourtant mentionnés dans le rapport d'expertise lui-même; au surplus, elles ne tiennent pas compte des observations exposées par le Tribunal fédéral dans la présente cause dans son arrêt du 11 mars 2009 (TF 9C_515/2008 consid. 2.2 en particulier) en ce qui concerne la pénibilité du métier de plâtrier-peintre, l'existence de pathologies objectivées et celle de limitations fonctionnelles confirmées par la plupart des praticiens consultés par le recourant, qui préconisaient un changement de profession. Cela étant, les conclusions des experts du P._____ en ce qui concerne la capacité de travail du recourant durant la période litigieuse (1^{er} février 2007, naissance du droit à une rente, au 30 juin 2008), ne sont pas convaincantes. La Cour de céans retient à cet égard les éléments développés ci-après.

ba) Pour justifier une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité de plâtrier-peintre indépendant durant la période litigieuse, les experts du P._____ exposent ce qui suit :

"Les plaintes de M. F._____ restent importantes au plan subjectif bien qu'améliorées depuis 2008-2009. Il décrit sa lombalgie en termes d'handicaps plutôt qu'en descriptif précis des douleurs. Il est difficile de savoir comment il passe ses journées puisqu'il nous annonce ne tenir ni assis ni debout et ne marcher que sur de courtes distances. Il met ainsi en avant ses handicaps et si on le laisse parler spontanément, il n'évoque plus guère d'aptitude résiduelle

spontanément. A d'autres moments, il évoque un périmètre de marche de 1h30 voire 2h30, mais cet exercice accentue son état douloureux.

Notre examen clinique objectif et l'expérience des affections rachidiennes qu'il présente nous font confirmer la persistance d'aptitudes fonctionnelles compatibles avec une activité professionnelle résiduelle et nous nous rapportons aux avis antérieurs de nos collègues pour la période 2006-2008.

[...]

En conclusion

Tout comme le Dr Z._____, nous confirmons que M. F._____ n'a pas de pathologie rachidienne gravement évolutive et invalidante et qu'une exigibilité partielle existait dans son métier et dans une plus forte proportion dans une activité adaptée en 2006. Nous avons suffisamment d'arguments pour déduire qu'à ce moment-là M. F._____ n'a pas tout mis en oeuvre pour maintenir sa capacité résiduelle de travail ni pour envisager un quelconque aménagement en vue d'améliorer celle-ci.

Vu qu'il exerçait un métier physiquement pénible, au-delà de 55 ans, au moment de la survenue des troubles, nous admettons les processus du vieillissement et de la sarcopénie de l'âge qui s'ajoutent à sa problématique rachidienne pour retenir une diminution de sa capacité professionnelle pour les charges les plus lourdes et les activités en position non ergonomiques à la hauteur de 50% depuis 2006 jusqu'en 2008 date à laquelle le Dr H._____ retenait une capacité de travail du même ordre. A partir de **juin 2008**, le Dr H._____ admettait une péjoration sans soulever toutefois d'argument objectif.

Même s'il s'est amélioré depuis fin 2008-2009, au plan subjectif et des tests biodynamiques du Dr X._____, nous ne retenons pas d'amélioration significative de sa capacité de travail depuis lors, car les processus du vieillissement ont perduré. L'instabilité segmentaire a un peu progressé.

Nous estimons dès lors que la capacité de travail a diminué quelque peu depuis juin 2008 pour atteindre une exigibilité de 30% correspondant à une activité occupationnelle dans son métier.

Il ne nous a pas été possible de nous faire entendre sur les limitations fonctionnelles théoriques qu'il juge inutiles et irréalisables.

Dans un travail plus léger, sans port de charges, avec alternances de position, sans nécessité de se déplacer sur des échelles ou des terrains instables, sans se mettre à genoux de manière prolongée, avec une certaine épargne des activités en dessus du niveau de la ceinture, l'exigibilité est de 80% au moins depuis 2006 et atteint les 100% depuis 2008 période à partir de laquelle M. F._____ s'est sensiblement amélioré."

Pourtant, au titre de diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail du recourant et de limitations fonctionnelles, les experts indiquent :

"A.5.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Spondylodiscarthrose modérée M 47.8

- Spondylolisthésis de degré I non évolutif M 43.1
- Status après PSH prédominant à gauche, dans le contexte d'un status après fracture de clavicule M 75.0
- Gonarthrose incipiens avec dépôts de chondrocalcinose sans atteinte articulaire arthritique ni manifestation à distance M 17.9

Depuis quand sont-ils présents ?

Symptômes lombaires depuis 2005 et de manière plus importante depuis février 2006.

[...]

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

I. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique depuis juin 2008

Eviter les charges répétitives de plus de 5 kg et occasionnelles de plus de 10 kg.

Favoriser une activité semi-sédentaire avec changement de position.

Eviter les activités en position de flexion/extension/rotations extrêmes du tronc.

Eviter le travail à genoux plus de 1/4 d'affilée.

Eviter le travail en abduction/antépulsion des bras de plus de 90° de manière répétitive.

De 2006 à juin 2008 cf discussion ci-dessus

Activité antérieure à 50%."

bb) Au vu des explications des experts du P. _____ ci-dessus rapportées, la Cour de céans peine à comprendre comment ceux-ci peuvent à la fois retenir des diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail du recourant identiques pour la période allant de 2006 jusqu'au jour de l'expertise tout en retenant des limitations fonctionnelles différentes pour la période allant de 2006 à juin 2008 et celle de juin 2008 au jour de l'expertise. Ce d'autant plus que, s'agissant d'une activité adaptée à son état de santé (en retenant une capacité de travail de 80 % de janvier 2006 à juin 2008 et depuis lors de 100 %), les experts du P. _____ la décrivent comme suit : "Dans un travail plus léger, sans port de charges, avec alternances de position, sans nécessité de se déplacer sur des échelles ou des terrains instables, sans se mettre à genoux de manière prolongée, avec une certaine épargne des activités en dessus du niveau de la ceinture". Ainsi, on voit mal comment, tout en reconnaissant que le recourant exerçait un métier physiquement pénible et que la sarcopénie de l'âge, au-delà de 55 ans au moment de la survenue des troubles, les obligeait à prendre en compte les processus du vieillissement, qui s'ajoutaient à sa problématique rachidienne, ils en concluaient pour autant que la diminution de sa capacité professionnelle

pour les charges les plus lourdes et les activités en position non ergonomiques était de l'ordre de 50% depuis 2006 jusqu'en 2008.

bc) Une lecture attentive du rapport d'expertise permet de comprendre que les experts du P._____ se référaient sur ce point à un avis médical du Dr H._____, qui retenait une capacité de travail du même ordre (50 %). L'avis médical en question date du 3 octobre 2007 et était adressé au conseil du recourant de l'époque. Pour retenir une telle capacité de travail, le Dr H._____ précisait que ce taux d'incapacité demeurait associé aux troubles statiques et dégénératifs affectant plusieurs étages de son rachis lombaire, susceptibles d'occasionner une décompensation douloureuse subaiguë sur chronique, lors de contraintes physiques inappropriées, comme le port de charges ou le travail avec inclinaison antérieure ou latérale du tronc, en particulier en hauteur. Il estimait qu'un taux d'incapacité supérieur ne pouvait être retenu, en l'absence d'hernie discale objectivée sur un scanner lombaire effectué le 3 mars 2006, tout en relevant qu'une activité allégée pouvait être envisagée dans son activité professionnelle, le recourant disposant du soutien de deux employés. Il en concluait qu'un taux d'activité de 50 % pouvait ainsi être raisonnablement retenu. Or, il ressort de toutes les pièces du dossier, en particulier du rapport de la société A._____ du 16 mai 2007, que l'entreprise du recourant comptait, outre lui-même, un employé plâtrier-peintre travaillant à son service depuis 20 ans, et son épouse, qui s'occupait du secrétariat. L'hypothèse du Dr H._____ - sur laquelle se sont fondés les experts du P._____ - selon laquelle le recourant disposait de deux employés qui étaient à même de le soulager dans son travail lourd de plâtrier-peintre est par conséquent erronée. Au surplus, il y a lieu de relever que le rapport de A._____ précise que l'activité du recourant était à 90 % physique et que, de l'avis de l'intéressé, changer la structure de son entreprise ou l'agrandir dans le but de ne faire plus que du travail administratif n'était pas envisageable. L'inspecteur des sinistres rapportait en outre que le recourant lui avait expliqué que son taux d'activité de 20 % lui permettait d'établir les contacts avec la clientèle, de procéder à l'établissement de devis et de contrôler les chantiers, ce qui, au vu de la taille modeste de son entreprise paraît crédible au degré de la

vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, dans l'enquête économique pour indépendants ordonnée par l'OAI (rapport du 11 janvier 2011), il est relevé, qu'alors qu'un salarié est conditionné par un taux horaire, l'indépendant ne travaille généralement pas l'équivalent des 40 à 45 heures hebdomadaires et qu'au vu du revenu réalisé par le recourant et de leur expérience en la matière, force est d'admettre que le recourant travaillait probablement à raison de 55 à 60 heures par semaine. Il est également indiqué que "s'agissant de la spécificité de son métier (plâtrier et peintre), si l'on peut considérer que les tâches de gypserie sont plus lourdes que celles de peintre, il n'en demeure pas moins que les activités de peinture nécessitent également des efforts d'une certaine intensité et que les limitations retenues ne sont pas entièrement compatibles avec une telle activité".

bd) Par ailleurs, pour justifier une diminution de la capacité de travail du recourant dans son activité de plâtrier-peintre indépendant à compter du mois de juin 2008, les experts, tout en soulignant que la péjoration de l'état de santé de l'intéressé rapportée par le Dr H. _____ dans son avis médical du 13 juin 2008 à l'office intimé n'est pas objectivée, prennent dit avis médical en considération pour arrêter la date de l'aggravation au mois de juin 2008, tout en l'interprétant, à nouveau, de façon erronée. En effet, dit avis médical rapporte une aggravation de l'état de santé du recourant "depuis quelques années" et non depuis la date de son courrier, puisqu'il expose notamment ce qui suit :

"Par la présente, je vous informe suivre à ma consultation le patient susnommé, depuis le 21.05.2007, dans le contexte d'une atteinte invalidante affectant l'appareil locomoteur, en voie d'aggravation depuis quelques années, justifiant d'actualiser le rapport médical établi par son médecin-traitant le Dr R. _____ à Lausanne, établi dans le courant 2005.

A ce titre, je vous remercie de bien vouloir me faire parvenir un nouveau rapport médical attestant l'aggravation de son état de santé et du handicap inhérent à son activité comme plâtrier-peintre indépendant".

c) L'analyse de l'ensemble des pièces médicales au dossier conduit à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'atteinte invalidante à la santé a eu lieu au moment de l'accident dont a

été victime le recourant, en mai 2005, alors qu'il portait une plaque Alba de 30 kg et qu'il s'est cogné la tête contre une poutre (cf. rapport médical du 4 décembre 2006 du Dr J._____ et ceux du Dr H._____ du 21 mai et 19 décembre 2007, ainsi que celui du Dr X._____ du 3 août 2009, mentionnés sous lettre A du présent arrêt, lesquels font tous état de cet événement traumatique du mois de mai 2005). La péjoration de l'état de santé remonte quant à elle au mois de février 2006, lorsque sont apparus les symptômes lombaires qui ont nécessité des examens radiographiques, lesquels ont révélé des atteintes dégénératives du rachis notamment (cf. rapports médicaux des Drs C._____ du 3 mars 2006, R._____ des 2 mai 2006 et 19 février 2007, et X._____ du 3 août 2009 in initio). La péjoration de l'état de santé au début de l'année 2006 est également corroborée par les documents fiscaux figurant au dossier. Il ressort en effet de ceux-ci que le recourant a touché des indemnités journalières pour perte de gain dès 2006 (48'227 fr.) alors que son revenu provenant de son activité de plâtrier-peintre s'est élevé cette année-là à 27'056 francs; en 2007 il a également perçu 29'477 fr. d'indemnités journalières alors que son revenu provenant de son activité de plâtrier-peintre s'est élevé cette année-là à 26'841 francs; en 2008, il a perçu 5'773 fr. d'indemnités journalières et a réalisé un revenu de 37'806 francs. Le versement d'indemnités journalières par l'assureur perte de gain du recourant démontre que cet assureur a reconnu au recourant une incapacité de travail justifiant le versement de dites indemnités, donc une péjoration de son état de santé entraînant une incapacité de travail. D'ailleurs, le statu quo sine a été arrêté au mois de juin 2007 (cf. rapport d'expertise P._____ mentionnant un rapport médical du Dr H._____ sur ce point).

Au surplus, si on se réfère aux avis médicaux des Drs Z._____ et B._____ des 14 octobre 2006 et 9 novembre 2011, les diagnostics retenus n'avaient pas de répercussion sur une activité adaptée de l'assuré. L'exigence pour le recourant d'abandonner son activité de plâtrier-peintre indépendant pour une activité salariée mieux rémunérée étant, comme on l'a vu ci-dessus exclue (cf. notamment consid. 4b), il n'en demeure pas moins qu'on ne peut que déduire des avis médicaux de ces

deux praticiens que l'activité habituelle de plâtrier-peintre n'était plus exigible eu égard aux atteintes à la santé constatées. Il n'est pas contesté, ni contestable que les examens radiologiques effectués (sur le rachis) ont révélé (rapports du Dr C._____ du 3 mars 2006) que le recourant présentait en 2006 de discrètes discopathies L3-L4-L5, associées à des altérations dégénératives de localisation intersomatique antérieure en L3-L4, interfacettaire en L4-L5 et une lyse isthmique bilatérale de L5, sans antélisthésis visible sur le segment examiné. Ces constats sont superposables à ceux ressortant du rapport du Dr I._____, neurologue, du 6 janvier 2007, qui faisait état, suite à l'IRM effectuée à sa demande, que le recourant présentait des troubles dégénératifs partiels modérés basi-lombaires des trois derniers espaces intervertébraux avec une minime protrusion discale associée prédominant aux niveaux L3-L4 et L4-L5 ainsi que le pincement partiel L5-S1, une spondylolyse en partie remaniée bilatérale en L5 sans listhésis majeur instable associé. Le Dr R._____, généraliste et médecin traitant, (rapports médicaux des 2 mai 2006, 13 juillet 2006, 19 février 2007 et 15 septembre 2009) retient l'existence d'une discopathie L3 à L5 avec altération dégénérative en lyse isthmique bilatérale. Le Dr X._____, médecin associé au DAL (rapports médicaux des 26 février, 30 avril et 3 août 2009 et 14 janvier 2010) indique pour sa part comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail existant depuis 2005 et surtout 2006 : des lombalgies sur protrusion discale L4-L5, sur lyse isthmique L5 bilatérale et sur relâchement interligamentaire L3-L4, une cruralgie gauche intermittente au repos et persistante à l'effort physique, une gonarthrose bilatérale droite-gauche débutante et des omalgies bilatérales sur probable PSH. Dans son rapport 3 avril 2009, le Dr Q._____, généraliste, reprend globalement les éléments diagnostiques indiqués par le Dr X._____ dans ses différents rapports. Même l'expert J._____ (rapport du 4 décembre 2006) retient comme diagnostics des lombalgies bases, un spondylo-listhésis degré L5-S1, sans instabilité, des sciatalgies gauches non déficitaires et atypiques et des gonalgies gauches sur possible chondrocalcinose débutante et syndrome rotulien. Enfin, les experts du P._____ indiquent comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail une spondylodiscarthrose modérée (M 47.8), un

spondylolisthésis de degré I non évolutif (M 43.1), un status après PSH prédominant à gauche, dans le contexte d'un status après fracture de clavicule (M 75.0) et une gonarthrose incipiens avec dépôts de chondrocalcinose sans atteinte articulaire arthritique ni manifestation à distance (M 17.9), en précisant que les symptômes lombaires existaient depuis 2005 et de manière plus importante depuis février 2006.

d) Cela étant, à lire les diagnostics posés par les médecins ayant examiné le recourant, nonobstant quelques petites différences, on voit se dessiner un consensus en faveur d'une atteinte lombaire dégénérative, d'une gonarthrose et d'une atteinte scapulaire. Les limitations fonctionnelles résultant de ces diagnostics sont, selon le Dr R. _____ dans son rapport du 19 février 2007, notamment : position assise limitée à 1 heure/jour, debout 2-3 heures/jour, maintien de la même position limitée à 1 heure/jour, éviter la position à genoux, en inclinaison du buste, accroupie, limiter la marche à plus de 800 mètres ainsi que l'utilisation complète des deux bras, éviter le lever ou le port de charges supérieures à 5 kg, éviter de devoir se baisser plus de 2 à 3 fois, éviter les mouvements des membres et du dos répétitifs (occasionnels possibles) ainsi que les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur (échelles), les déplacements en sol irrégulier ou en pente, le froid et le bruit. Ces limitations fonctionnelles sont superposables à celles qu'il indiquait dans son rapport du 15 septembre 2009, soit : pas d'activité uniquement en position assise au-delà de 30 minutes, pas d'activités en position debout, activités dans différentes positions pas au-delà d'une heure (performance 10-20 %), pas d'activités exercées principalement en marchant en terrain irrégulier, en terrain mixte jusqu'à 3 heures, pas d'activités impliquant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux, rotation en position assise/en position debout (performance de 10-20 %), pas d'activités impliquant de soulever/porter (près/loin du corps), de monter sur un échelle ou un échafaudage ni de monter des escaliers plus d'un étage; pas de position allongée et pas de soulèvement ou port de charges de plus de 10 kg. Dans l'annexe au rapport du 3 avril 2009, le Dr Q. _____ indiquait comme limitations fonctionnelles : "Pas d'activités uniquement en position assise (à temps

complet), pas d'activités uniquement en position debout, pas d'activités dans différentes positions (à temps complet), pas d'activité exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), pas d'activités impliquant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête (à temps complet), en position accroupie, à genoux (à temps complet), en rotation en position assise/debout, impliquant de soulever porter (près/loin du corps), de monter sur une échelle/un échafaudage, des escaliers et de soulever des poids supérieurs à 10 kg." Quant au Dr X. _____, il indiquait dans son rapport du 14 janvier 2010 :

"- l'exclusion en particulier :

- de tout mouvement en porte-à-faux du rachis dans son entier,
 - qu'il soit simple ou répétitif,
 - aussi bien dans les mouvements isolés d'extension-flexion,
 - d'inclinaison gauche-droite,
 - de rotation gauche-droite
 - que de combinaison de ces différents mouvements.
- de travaux en zone basse, c'est-à-dire en dessous de la ligne de la ceinture,
- de charges au-delà de 5 kg,
- de mouvements répétitifs, statiques ou dynamiques
- de pression au rendement
- de la marche en descente ou en montée, si celle-ci provoque ou aggrave les douleurs
- des postures statiques, qu'elles soient assises ou debout, au-delà du seuil de déclenchement des douleurs
- des déplacements avec charge de plus de 5 kg
- des horaires par équipes
- de tout élément externe perturbant la capacité de récupération nocturne

En outre, nécessité de pouvoir adapter en tout temps son activité à ses douleurs. Ces restrictions, en pratique, correspondent à un travail de bureau. Elles peuvent diminuer en fonction de l'évolution sous traitement, elles doivent être réévaluées régulièrement et de façon individualisée."

Enfin, les experts du P. _____, tout en ne retenant l'existence de telles limitations fonctionnelles qu'à partir du mois de juin 2008, indiquent que l'activité adaptée doit éviter les charges répétitives de plus de 5 kg et occasionnelles de plus de 10 kg, favoriser une activité semi-sédentaire avec changement de position, éviter les activités en position de flexion/extension/rotations extrêmes du tronc, éviter le travail à genoux plus de 1/4 d'affilée et éviter le travail en abduction/antépulsion des bras de plus de 90° de manière répétitive.

S'agissant enfin des taux de capacité résiduelle de travail pour la période litigieuse tels que retenus par les médecins traitants du recourant (Drs R._____, X._____ et Q._____), qui concluent globalement à une incapacité totale de travail en toute activité pour une durée illimitée, il y a lieu de les prendre en considération avec une certaine réserve, eu égard au lien thérapeutique pouvant influencer leur jugement (cf. jurisprudence sur ce point mentionnée au consid. 3c ci-dessus).

e) En conclusion, au vu de l'ensemble des éléments rappelés ci-dessus, il y a lieu de retenir que dès le mois de février 2006, début de l'aggravation de l'atteinte à la santé, le recourant ne disposait plus que d'une capacité résiduelle de travail de 30 % dans son activité habituelle de plâtrier-peintre indépendant, eu égard en particulier aux limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte à la santé et de la pénibilité particulière de son métier en qualité d'indépendant (cf. consid. 2.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral du 9 mars 2009 rendu dans la présente cause [9C_515/2008]). Dans ces conditions, à savoir une capacité de travail résiduelle de 30 % dans l'activité habituelle conduit à calculer le degré d'invalidité du recourant, comme l'a fait l'intimé pour la période postérieure à celle en cause, selon la méthode de comparaison générale des revenus. Le calcul en question ne prête pas le flanc à la critique et peut être confirmé. Par conséquent, la décision entreprise doit être réformée en ce sens que le recourant a droit à une pleine rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2007.

7. a) Au demeurant, la Cour de céans relève que si les experts du P._____ motivent leur conclusion selon laquelle le recourant disposait de 2006 à juin 2008 d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans son activité de plâtrier-peintre en exposant qu'il exerçait un métier physiquement pénible et que la sarcopénie de l'âge, au-delà de 55 ans au moment de la survenue des troubles, les obligeait à prendre en compte les processus du vieillissement, qui s'ajoutaient à sa problématique rachidienne, ils légitiment leur évaluation (cf. p. 43 du rapport d'expertise) par le fait que :

"L'expérience de plâtriers-peintres suivis à la consultation des atteintes dégénératives du rachis atteignant l'âge de la retraite avec une problématique rachidienne modérée et stationnaire montre que s'il leur est attribué des tâches légères de retouches, des calculs de métrées et de devis qui étaient tout à fait à la portée de M. F. _____, ils peuvent maintenir une capacité de travail de l'ordre de 50%. M. F. _____ ne veut pas entendre parler de ces possibilités et devient extrêmement revendicateur quand ce sujet est abordé. On n'arrive pas à obtenir d'informations sur les possibilités qu'il aurait pu avoir de se réadapter soit au sein de sa propre entreprise soit dans l'entreprise de ses frères."

b) Il apparaît ainsi que c'est le comportement revendicateur du recourant qui a focalisé l'attention non seulement des experts du P. _____ mais également celle du premier expert, le Dr J. _____, des médecins du SMR et enfin de l'OAI, qui en ont tiré la conclusion que le recourant n'avait pas eu la volonté à diminuer le dommage résultant de l'atteinte à sa santé, en réorganisant son entreprise. Les experts du P. _____ rapportent notamment que le Dr H. _____ a suggéré à l'assuré qu'il engage un employé supplémentaire et ils estiment eux-mêmes que la réorganisation de l'entreprise du recourant était possible et exigible afin que l'intéressé ne puisse plus qu'effectuer des travaux de retouche, des calculs de métrés et des devis. Or, cette affirmation est en contradiction avec celle qui retient une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle : si le recourant d'une part n'est plus en mesure d'effectuer les travaux de peinture et de plâtrerie (lourds, en grande partie, comme le relève l'arrêt que le Tribunal fédéral a rendu le 11 mars 2009 dans la présente cause (cf. 9C_515/2008, consid. 2.2) inhérents à son métier et d'autre part, seulement en mesure d'exercer les tâches relevant de sa fonction de patron d'une petite entreprise artisanale, on ne peut plus parler de l'activité habituelle de plâtrier-peintre indépendant, mais d'une activité partiellement adaptée dans ce métier. Ce point peut toutefois être laissé de côté au vu des considérations suivantes : si, sur la base des conclusions des experts du P. _____, le Service d'enquêtes pour les indépendants, le juriste de l'OAI et enfin l'office intimé font grief au recourant de ne pas avoir tout mis en œuvre pour diminuer son dommage, ils considèrent que la baisse significative de revenus subie par l'entreprise de l'assuré et, partant, par le recourant lui-même, résulterait de ce que ce dernier n'a pas pris les mesures nécessaires pour réorganiser

au mieux son entreprise. Ils soutiennent que l'assuré aurait dû notamment engager du personnel supplémentaire ou auxiliaire ou encore continuer à confier certains de ses mandats à des sous-traitants et reprendre au moins une partie des tâches administratives accomplies par son épouse.

c) Dans le cas d'espèce, on ne voit guère en quoi la mesure préconisée par l'intimé permettrait d'améliorer ou de développer l'aptitude à travailler de l'assuré. A cet égard, l'OAI a perdu de vue la situation individuelle et personnelle de l'assuré pour la confondre avec celle de son entreprise. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF C_236 2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.4.2 et les références), le moyen en cause vise avant tout à stimuler la rentabilité économique de l'entreprise de l'assuré, tâche qui ne fait manifestement pas partie des attributions des organes de l'assurance-invalidité. Une telle mesure ne sert pas les objectifs assignés à l'assurance-invalidité et, partant, ne saurait entrer dans le catalogue des mesures que les organes d'exécution de cette assurance peuvent raisonnablement exiger de la part d'une personne assurée au titre de son obligation de réduire le dommage. Qui plus est, la jurisprudence a clairement posé qu'il convenait de faire abstraction d'un facteur tel que celui de l'aide des collaborateurs pour évaluer la diminution de la capacité de gain d'un assuré de condition indépendante. Au surplus, on peut s'interroger - sans trancher définitivement cette question - sur le point de savoir si la mesure exigée ne constitue pas une forme d'ingérence illicite de la part de l'administration dans l'exercice de la liberté économique de l'assuré (art. 27 Cst.). Si dans le considérant suivant de l'arrêt TF C_236 2009 du 7 octobre 2009 précité, le Tribunal fédéral reprochait à l'OAI et au tribunal des assurances sociales concerné de ne pas avoir examiné si l'assuré avait tout mis en œuvre pour diminuer son dommage, notamment en changeant d'activité professionnelle, ce point, il sied de le rappeler, a été en l'occurrence examiné et exclu, vu l'âge et les circonstances particulières du cas d'espèce (consid. 4b et 5c ci-dessus).

8. a) A titre superfétatoire, la Cour rappelle que, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu

obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 : art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1^{er} janvier 2008 : 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. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 313 consid. 3a et les références).

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 : art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA; depuis le 1^{er} janvier 2008 : art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement 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 p. 30 et les références).

Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (TF 9C_236/2009 consid. 3.1 à 3.3 et les références citées).

b) En l'espèce, le choix de la méthode de comparaison des revenus/gains avant/après la survenance des troubles à la santé n'a pas à être examinée, dès lors que le taux d'incapacité de travail de 70 % conduit à retenir une rente entière d'invalidité. La Cour de céans tient toutefois à relever que les deux enquêtes économiques ordonnées par l'intimé concluent toutes deux à l'impossibilité d'utiliser la méthode spécifique de comparaison des revenus pour indépendants - en comparant les chiffres d'affaires avant et après atteinte - dès lors que les données économiques ne sont pas fiables. Ces deux enquêtes retiennent en effet des éléments étrangers à l'invalidité (salaire de l'épouse restant inchangé alors que le

chiffre d'affaires a chuté de façon importante notamment) en se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral (TF 9C_1057/2009). Invités par le juriste OAI à procéder à l'estimation de la perte de gain selon la méthode extraordinaire en déterminant le pourcentage des activités d'exploitation de celles de direction, les experts ont indiqué qu'a posteriori cela s'avérait impossible, vu que l'assuré n'avait pas tout mis en œuvre pour diminuer son dommage et qu'il avait d'ailleurs fermé son entreprise en 2008. Ils indiquaient qu'ils avaient été contraints d'avoir recours à une "extrapolation", qu'ils qualifient eux-mêmes de théorique. Celle-ci apparaît toutefois peu convaincante et en opposition avec d'autres éléments du dossier. Voir le tableau figurant à l'annexe 3 de la seconde économique ci-dessous :

Champ d'activité	Heures hebdo sans handicap	Pondération sans handicap (en %)	Heures hebdo avec handicap	Rendement estimé avec handicap	Capacité de travail résiduelle avec handicap (en %)	Capacité de travail pondérée	Commentaires précisions de la limitation
Contacts clients, devis, soumissions, rendez-vous de chantier, organisation du travail, commandes	25	45,5 %	15.0	100%	60%	27,3%	$25h * 80\% - 25\% = 15h$
Plâtrerie-peinture	30	54,5%	24.0	50%	40%	21.8%	$30h * 80\% * 50\% = 12h$
Total	55	100%	39.0			49.1%	

A la lecture de ce tableau, on constate que l'enquête économique retient un horaire de travail hebdomadaire après atteinte à la santé de 39 heures, qui comprend 15 heures de "management" et 24 heures de travail de plâtrerie-peinture, ceci en partant du point de vue qu'avant son atteinte à la santé, le recourant travaillait 55 heures par semaine et consacrait un peu moins de la moitié de son temps au travail de "management". Après "pondération" pour tenir compte des limitations fonctionnelles, l'enquête parvient à la conclusion qu'après atteinte à la santé, le recourant pouvait exercer son activité habituelle de plâtrier-peintre indépendant à raison de 15 heures hebdomadaires de "management" et de 12 heures de travail de plâtrerie-peinture. Comment pourrait-on admettre, au stade de la vraisemblance prépondérante, que le patron d'une entreprise de plâtrerie-peinture comptant 1 seul ouvrier

travaillerait, sans atteinte à la santé, 55 heures par semaine (point qui paraît vraisemblable, au vu des explications figurant en page 5 de la première enquête économique, basées sur le bénéfice réalisé par l'entreprise de l'assuré), mais en ne consacrant que 30 heures aux tâches de production lourdes de peinture et de plâtrerie contre 25 pour de la surveillance de chantier (1 seul ouvrier) et le reste du temps en organisation de chantier (1 seul ouvrier), devis, soumissions et commandes de matériel. Cela signifierait que c'est l'ouvrier qui aurait principalement réalisé, par son travail à 44 heures par semaine environ, auxquelles on ajouterait les 30 heures de production du patron, le bénéfice de 180'000 fr. en moyenne (qui correspond au gain de l'assuré) sur les cinq dernières années avant l'atteinte à la santé.

c) En tout état de cause, comme le mentionnaient les signataires des deux enquêtes économiques, la méthode spécifique de comparaison des revenus normalement applicable aux indépendants n'est pas possible dans le cas d'espèce et la projection théorique qu'ils ont exposée n'est pas concluante ni fiable et en contradiction, non seulement avec les explications du recourant, qui allègue qu'il consacrait entre 10 et 20 % de son temps aux tâches patronales, mais également avec les données relevées dans le rapport de la société A._____, qui retient une activité physique lourde de 90 %. A cela s'ajoute qu'une capacité résiduelle de 50 %, certes pondérée aux limitations fonctionnelles décrites par le P._____ - quand bien même selon ses experts celles-ci n'étaient valable qu'à partir de 2008 -, ne devrait pas être calculée sur le nombre hebdomadaire d'heures supposé (55 à 60 selon les enquêtes économiques) que l'assuré faisait en tant que plâtrier-peintre indépendant avant l'atteinte à la santé. En effet, le fait de retenir 27 heures de travail hebdomadaire pour une capacité résiduelle de travail de 50 % viole le principe constitutionnel d'égalité et les principes posés par la loi pour calculer le préjudice économique subi par un assuré dans le domaine de l'invalidité.

9. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale ou d'entrer en matière sur les requêtes de mesures d'instruction complémentaire du recourant. En effet, de telles mesures d'instructions ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

10. 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 500 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., à la charge de l'intimé, qui succombe.

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est admis et la décision du 15 novembre 2012 est réformée en ce sens que F. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2007.
- II.** Les frais de justice, par 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

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

- Me Elie Elkaïm, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :