

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 novembre 2011

---

Présidence de        Mme    PASCHE  
Juges    :        M.    Métral et M. Bidiville, assesseur  
Greffière    :        Mme    Barman

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Intégration Handicap, Service juridique, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 et 16 LPGA; 28 et 28a LAI**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1948, a appris la profession d'installateur sanitaire et exercé en qualité d'indépendant dès 1988. Le 14 octobre 2007, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente, en raison d'un carcinome de la vessie existant depuis juin 2007 et d'une ptose palpébrale supérieure bilatérale présente depuis 1997.

Selon l'extrait du compte individuel de l'assuré, ce dernier a œuvré pour le compte de différents employeurs, dès 1966, avant de devenir indépendant.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a requis le médecin traitant de l'assuré de lui adresser un rapport médical. Dans un rapport du 8 novembre 2007, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué qu'une hématurie macroscopique le 20 avril 2007 avait conduit au diagnostic de carcinome de la vessie et à une cystectomie radicale le 24 août suivant. Depuis cette date, son patient était à l'arrêt de travail complet. Le Dr O.\_\_\_\_\_ précisait cependant ne pas avoir établi de certificat d'incapacité de travail et suggérait qu'un expert neutre se prononce sur l'invalidité. Il joignait à son rapport la lettre de sortie établie le 12 septembre 2007 par les Drs D.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en urologie, médecins au sein de l'Ensemble hospitalier de [...], qui posaient le diagnostic principal de carcinome transitionnel invasif multifocal de la vessie G3 T2 réséqué le 25 juin 2007. L'assuré avait séjourné à l'Hôpital de [...] du 23 août au 10 septembre 2007, où une cystectomie radicale, un remplacement vésical selon Studer et une appendicectomie avaient été pratiqués le 24 août 2007.

Interpellée par l'OAI, la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, a indiqué, dans un rapport médical du 29 février 2008, avoir constaté chez l'assuré une baisse visuelle importante des deux

côtés, lors du contrôle du 1<sup>er</sup> novembre 2007. Une opération de la cataracte de l'œil droit avait été réalisée le 26 novembre 2007 et de l'œil gauche, le 11 décembre suivant. La Dresse T.\_\_\_\_\_ attestait d'une incapacité de travail totale du 26 novembre au 26 décembre 2007, en raison de l'opération de l'œil droit, et du 11 décembre 2007 au 11 janvier 2008, en raison de l'opération de l'œil gauche.

Analysant les pièces médicales dans un avis du 29 août 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a relevé que l'assuré s'estimait incapable de travailler en raison d'une pollakiurie, d'une incontinence urinaire et de fatigue. Le problème étant essentiellement lié à la tumeur vésicale, il préconisait un nouveau rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, afin qu'il se prononce sur les limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans l'ancienne activité et dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 7 décembre 2008 à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic affectant la capacité de travail de carcinome transitionnel invasif de la vessie. Il faisait état d'un bon fonctionnement de la néo-vessie, malgré des infections urinaires à répétition. L'urologue ne se prononçait ni sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles, relevant uniquement que "depuis cette opération, Monsieur W.\_\_\_\_\_ dit qu'il ne peut plus travailler".

Constatant l'absence de précisions quant à la capacité de travail de l'assuré, le Dr C.\_\_\_\_\_ a requis du Dr K.\_\_\_\_\_ des explications complémentaires. Dans un rapport du 22 juin 2009, ce dernier a exposé que, d'un point de vue purement urologique, la situation était assez bonne, bien que l'assuré lui ait expliqué uriner environ toutes les deux heures la journée et avoir des pertes d'urine, voire de selles à chaque effort. Le Dr K.\_\_\_\_\_ estimait que si ces pertes étaient vraiment présentes, il y avait effectivement une limitation de la capacité de travail due à son intervention, mais qu'il était incapable "d'en faire un chiffrage". Rappelant que l'assuré se disait incapable de travailler en raison de fatigue, de douleurs à la cheville, aux épaules, au dos et des quatre

opérations des yeux, il conseillait à l'OAI de se renseigner auprès du médecin traitant sur l'incapacité de travail que cela représentait.

Dans un rapport médical du 12 août 2009 à l'OAI, le Dr O.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de pollakiurie et incontinence urinaire après opération urologique, de tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, de troubles de l'accommodation post-opération de ptoses palpébrales supérieures à plusieurs reprises et d'état de fatigue. Il relevait que l'activité professionnelle (installateur sanitaire indépendant) n'était plus possible, le patient devant se contenter de faire de menus travaux au maximum une heure par jour, et que les limitations étaient principalement dues à la pollakiurie, l'incontinence urinaire, les douleurs à l'épaule droite et l'asymétrie des deux yeux entraînant des troubles de l'accommodation. Au vu de l'âge du patient, une réadaptation professionnelle ne lui paraissait pas envisageable et une amélioration de la capacité de travail était peu probable. Il attestait d'une incapacité de travail totale du 24 août 2007 au 31 décembre 2007 et de 90% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, dans la profession habituelle.

Examinant le rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ dans un avis du 2 septembre 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. L'expertise a été réalisée le 23 novembre 2009 et le rapport établi le 4 décembre suivant. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants:

"Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail

- Carcinome transitionnel invasif multi-focal de la vessie G3 T2 N0 M0 (2007), (C67.3).
  - Status après TURV (25.06.2007)
  - Status après cysto-prostatectomie radicale avec remplacement vésical selon Studer et appendicectomie (24.08.2007)
- Tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (2009).

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Ptose palpébrale bilatérale dans le cadre d'une myopathie oculaire isolée.
  - Status après reconstruction palpébrale en 1997 et 2004.

- Status après cure de hernie inguinale gauche (septembre 2008).
- Status après cure de cataracte bilatérale (2008).
- Status après fracture du scaphoïde du poignet droit (1973).
- Status après méatoplastie pour hypospade.
- Dupuytren du 5<sup>e</sup> doigt de la main droite."

Se prononçant sur les limitations fonctionnelles, l'expert a relevé que la pathologie de l'épaule droite, d'évolution relativement favorable, limitait les activités professionnelles lourdes en hauteur. S'agissant des troubles urinaires, ils pouvaient nécessiter l'interruption intempestive de l'activité professionnelle exigeant un accès sans délai au lieu d'aisance, de sorte qu'ils justifiaient une diminution de rendement d'environ 10%, soit 30 minutes par jour. Par ailleurs, l'incontinence urinaire aux efforts limitait la capacité de charges à des poids de 10 à 15 kg, tout comme l'affection de l'épaule droite. L'expert a ainsi retenu que dans l'activité exercée de plombier, consistant à l'entretien de la robinetterie et de petites réparations, les divers troubles étaient pratiquement sans conséquence, l'assuré ayant une activité adaptée, avec port de charges légères, sans travail en hauteur et sans port de charges régulier au-dessus de 10 kg. Ainsi, moyennant un accès facilité aux commodités et éventuellement le port de protections, il n'était pas retenu de limitations fonctionnelles significatives dans l'activité semi-sédentaire pratiquée par l'assuré. Se prononçant sur la capacité de travail, le Dr L.\_\_\_\_\_ a admis une incapacité de travail d'environ deux mois à la suite de la cysto-prostatectomie le 24 août 2007 ainsi qu'une incapacité de travail de deux à trois mois durant l'été 2009 en raison de la pathologie à l'épaule droite. Il a conclu à une capacité de travail entière avec une diminution de rendement estimée à 10%.

Dans un rapport SMR du 18 janvier 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu le status après cysto-prostatectomie radicale pour carcinome transitionnel invasif multifocal de la vessie comme atteinte principale et la tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite comme pathologie associée du ressort de l'AI; la ptose palpébrale bilatérale était considérée comme n'étant pas de son ressort. L'incapacité de travail était totale du 24 août au 24 novembre 2007, puis de 10% jusqu'au 21 juin 2009, et à nouveau totale pour la période du 22 juin au 22 septembre 2009. Il admettait, dès

le 23 septembre 2009, une capacité de travail de 90%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, se ralliant ainsi à l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_, dont il qualifiait l'expertise de médicalement probante.

Un avis juriste de l'OAI du 23 mars 2010 a notamment mis en évidence ce qui suit:

"Sur le plan médical, l'expert conclut à une CT de 90% dans l'activité de monteur sanitaire sans port de charges lourdes. La diminution de rendement de 10% correspond au temps nécessaire pour aller aux toilettes (30 minutes par jour passées aux toilettes).

Je suis d'avis que nous ne pouvons pas nous en tenir à cette approche médico-théorique et retenir un préjudice de 10%.

A la lecture de l'expertise, on apprend que l'assuré a réduit son activité professionnelle depuis 2005 se sentant «usé» et qu'il l'a quasiment abandonnée depuis 2007. Il n'effectue plus que quelques petites réparations. Il annonce un résultat de 6'800.- par an depuis 2006. Il a d'ailleurs le projet de remettre son entreprise à son fils une fois la décision de l'AI prise...

L'assuré avance des motifs médicaux pour justifier cet abandon progressif alors que l'expert semble retenir que la fatigue et l'intolérance à l'effort n'ont pas de substrat organique significatif. On lit d'ailleurs qu'à cause de son petit gabarit, l'assuré a toujours eu des difficultés à effectuer des tâches lourdes [...]."

Retenant que l'assuré avait cessé progressivement son activité professionnelle avant l'apparition de l'atteinte invalidante, le juriste de l'OAI constatait que le statut de l'intéressé n'était pas clair et proposait de transmettre le dossier au service d'enquête afin de clarifier la situation.

Une analyse économique pour les indépendants a été réalisée le 21 mai 2010, au terme de laquelle il a été exposé que le revenu sans atteinte à la santé de 23'179 fr. - correspondant à la moyenne des revenus réalisés entre 2001 et 2006 conformément à la comptabilité de l'assuré - pouvait être retenu, dès lors que l'intéressé s'était contenté durant de nombreuses années de ces faibles revenus. Cependant, eu égard à la sous-capitalisation de son entreprise restée stable entre 2002 et 2006, il aurait pu être exigé de l'assuré qu'il change d'activité, de sorte que le montant de 59'978 fr. - déterminé sur la base des données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office

fédéral de la statistique (ci-après: ESS) dans l'hypothèse où l'assuré aurait pu changer d'activité - pouvait également être pris en compte à titre de revenu sans atteinte à la santé. S'agissant du revenu d'invalidé, il a été estimé, compte tenu de l'exigibilité médicale retenue dans une activité adaptée et des limitations fonctionnelles admises, que l'exercice d'une activité adaptée légère, ne nécessitant pas de qualifications particulières, offrirait de meilleures perspectives que la poursuite de l'activité indépendante. Le revenu d'invalidé ainsi déterminé s'élevait à 45'884 fr. (ESS 2008, TA1, niveau de qualification 4), en raison d'un taux horaire de 90% et d'un abattement de 15%.

Le 5 août 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis (projet de décision) lui refusant le droit à des prestations AI, au motif qu'il disposait d'une capacité de travail de 90% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles établies (activité semi-sédentaire, port de charges inférieurs à 10 kg, pas de travail au-dessus des épaules, proximité des WC, port de protections éventuel), depuis août 2007 déjà. Procédant à une évaluation économique, l'OAI a retenu que l'assuré était en mesure de réaliser, dans une activité légère de substitution à 90%, un revenu annuel de 45'883 fr. 84, après abattement de 15% compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de son âge. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 23'179 fr. (dans la mesure où il était hautement vraisemblable que sans atteinte à la santé il aurait poursuivi son activité indépendante; cf. avis juriste du 14 juin 2010), ne mettait en évidence aucun préjudice économique, son degré d'invalidité était de 0% et n'ouvrait dès lors pas le droit à des prestations AI.

W.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de sa belle-fille, s'est opposé au préavis par écriture du 31 août 2010. Il reprochait à l'OAI de ne pas avoir examiné si, eu égard à son âge avancé, son absence de formation et son habitude à travailler comme indépendant, il était réaliste d'exiger de sa part la reprise d'une "activité adaptée légère", notion au demeurant non définie par l'office.

Par décision du 11 octobre 2010, dont la motivation était identique à celle du préavis du 5 août 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a indiqué que la contestation du 31 août 2010 n'était pas susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, laquelle reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique.

**B.** Par acte du 10 novembre 2010, W.\_\_\_\_\_, représenté par Me Philippe Graf, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 11 octobre 2010, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision, à charge pour lui de rouvrir l'instruction et donner une réponse satisfaisante aux questions de nature professionnelle que suppose sa réinsertion. En substance, il fait valoir qu'il avait, tant lors de l'ouverture du droit à la rente qu'au moment de la décision entreprise, atteint l'âge qualifié par la jurisprudence d'"avancé" et que l'OAI aurait dû examiner si un employeur potentiel consentirait objectivement à l'engager.

Dans sa réponse du 15 février 2011, l'OAI préavise pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il précise que la question de l'âge en tant que telle ne constitue qu'un indice et qu'il convient d'effectuer une analyse globale de la situation, tout en gardant à l'esprit l'obligation de réduire le dommage de l'assuré. Il relève que le recourant ne conteste pas l'exigibilité retenue par le Dr L.\_\_\_\_\_, soit la capacité de travail résiduelle de 90% dans une activité adaptée, et que l'expert a au demeurant mentionné qu'une activité de plombier chargé de tâches de petites réparations correspondait aux aptitudes de l'assuré et pouvait être exercée sans limitation significative.

Dans sa réplique du 4 mars 2011, le recourant met en cause la valeur probante de l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, eu égard à la contradiction entre ses conclusions et l'avis juriste. Il requiert soit la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, soit une réadaptation, ou à tout le moins des précisions quant à l'activité adaptée.

Par duplique du 15 mars 2011, l'OAI maintient sa position. Il constate que les extraits d'expertise et d'avis juriste mentionnés par le recourant sont cités hors contexte, de sorte que cette démarche ne saurait résister à un examen approfondi des diverses pièces.

### **E n d r o i t :**

**1.**           **a)** Les dispositions de loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par W. \_\_\_\_\_ à l'encontre de la décision rendue le 11 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**2.**           Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Ce dernier reproche à l'OAI d'avoir procédé à une approche médico-théorique de la capacité de travail, sans avoir examiné dans quelle mesure la reprise d'une activité adaptée était objectivement exigible de sa part, eu égard notamment à son âge.

**a)** La décision attaquée, qui refuse des prestations AI, retient en définitive que le recourant n'est pas invalide. Selon le droit fédéral, 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). L'incapacité de travail 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 dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

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

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur les documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 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 dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**c)** 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).

**3. a)** Sur le plan médical, les médecins s'accordent sur les diagnostics à retenir, lesquels ne sont au demeurant pas contestés. Ainsi, le Dr L.\_\_\_\_\_ retient un carcinome transitionnel invasif multifocal de la vessie, ayant conduit à une résection endoscopique le 25 juin 2007 et à une prostatocystectomie radicale avec un remplacement vésical selon Studer et appendicectomie le 24 août suivant. Le Dr L.\_\_\_\_\_ note encore

une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite depuis 2009 ainsi qu'une ptose palpébrale bilatérale dans le cadre d'une myopathie oculaire isolée. Le Dr K.\_\_\_\_\_, lequel a procédé à l'intervention du 24 août 2007, fait état, en décembre 2008, d'un bon fonctionnement de la néo-vessie et confirme son appréciation six mois plus tard en mentionnant que, d'un point de vue purement urologique, la situation est assez bonne; il relate toutefois les dires du recourant, à savoir un besoin d'uriner toutes les deux heures et des pertes d'urine, voire de selles, à chaque effort (cf. rapport du 22 juin 2009). Le Dr O.\_\_\_\_\_, médecin traitant, observe une pollakiurie et une incontinence urinaire après opération urologique, un état de fatigue, une tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et des troubles de l'accommodation post-opération de ptoses palpébrales supérieures à plusieurs reprises (cf. rapport du 12 août 2009). A ce sujet, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une opération de la cataracte de l'œil droit avait été réalisée en novembre 2007 et de l'œil gauche, en décembre 2007 (cf. rapport du 29 février 2008). Le Dr C.\_\_\_\_\_ du SMR retient un status après cysto-prostatectomie radicale pour carcinome transitionnel invasif multifocal de la vessie comme atteinte principale, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite comme pathologie associée et une ptose palpébrale bilatérale qui n'était pas du ressort de l'Al.

Les avis médicaux sont également concordants sur les limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes somatiques précitées. Selon le Dr K.\_\_\_\_\_, les pertes d'urine et de selles - si elles existent vraiment - limitent la capacité de travail du recourant (cf. rapport du 22 juin 2009). Le Dr O.\_\_\_\_\_ note que la capacité de travail est principalement limitée par la pollakiurie, l'incontinence urinaire, les douleurs à l'épaule droite, ainsi que l'asymétrie des yeux (cf. rapport du 12 août 2009). Le Dr L.\_\_\_\_\_ retient, au terme de son expertise, que les troubles urinaires peuvent nécessiter l'interruption intempestive de l'activité professionnelle exigeant un accès sans délai au lieu d'aisance et que l'incontinence urinaire aux efforts limite la capacité de charges à des poids de 10 ou 15 kg. De surcroît, la pathologie de l'épaule droite ne lui permet pas le port de lourdes charges ou le travail effectué en hauteur.

**b)** Cela étant, les praticiens ne se sont pas tous prononcés sur la capacité de travail raisonnablement exigible de la part du recourant. Ainsi, le Dr K.\_\_\_\_\_ ne s'exprime ni sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles. Il mentionne uniquement une limitation effective de la capacité de travail dans l'hypothèse où les pertes d'urine et de selles existent, mais se dit incapable de l'évaluer concrètement ("d'en faire un chiffrage"; cf. rapport du 22 juin 2009). La Dresse T.\_\_\_\_\_ ne retient, dans son rapport du 29 février 2008, que deux incapacités de travail d'un mois chacune faisant suite aux opérations de la cataracte de l'œil droit (du 26 novembre au 26 décembre 2007) et de l'œil gauche (du 11 décembre 2007 au 11 janvier 2008). Le Dr O.\_\_\_\_\_, dans son premier rapport à l'OAI, ne se prononce pas sur la capacité de travail de son patient et suggère qu'un expert neutre soit désigné à cet effet (cf. rapport du 8 novembre 2007). Par la suite, il relève que l'activité professionnelle d'installateur sanitaire indépendant n'est plus exigible, qu'une réadaptation professionnelle ne lui paraît pas envisageable au vu de l'âge du recourant et qu'une amélioration de la capacité de travail était peu probable. Il atteste ainsi d'une incapacité de travail de 100% dès le 24 août 2007 et de 90% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, dans l'activité habituelle (cf. rapport du 12 août 2009). Le Dr L.\_\_\_\_\_, dans le cadre de son expertise, observe que les troubles urinaires, pouvant nécessiter l'interruption intempestive de l'activité professionnelle exigeant un accès sans délai au lieu d'aisance, justifiaient une diminution de rendement d'environ 10% (30 minutes par jour), quelle que soit le type d'activité exercée dans un environnement approprié. Il estime que l'activité de plombier, chargé de petites réparations, correspond aux aptitudes de l'assuré et peut être exercée sans limitation significative. Il confirme au demeurant l'incapacité de travail totale à la suite de la cysto-prostatectomie du 24 août 2007, pour deux mois environ, ainsi que l'incapacité de travail totale en raison de la pathologie à l'épaule droite durant l'été 2009, pour deux à trois mois. Le Dr C.\_\_\_\_\_ partage cette appréciation, admettant une incapacité de travail totale du 24 août au 24 novembre 2007 et du 22 juin au 22 septembre 2009; dans l'intervalle, ainsi que dès le 23 septembre 2009, la capacité de travail est de 90%.

Il s'ensuit que les rapports des Drs K.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ ne revêtent pas la valeur probante que l'on peut attribuer à l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, compte tenu de leur motivation sommaire. Le Dr O.\_\_\_\_\_, seul médecin traitant à s'exprimer sur la capacité de travail, évalue à 10% la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle, sans exposer clairement les limitations rencontrées (conséquences de la pollakiurie, de l'incontinence urinaire et des douleurs à l'épaule). Il ne précise pas en quoi l'atteinte à la santé justifierait une incapacité de travail de 90%. Au contraire, le Dr L.\_\_\_\_\_ énonce précisément les limitations fonctionnelles engendrées par l'état de santé du recourant. Son expertise est détaillée et remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 251). En effet, les conclusions du rapport se fondent sur les pièces figurant au dossier de l'OAI, un entretien avec le recourant et un examen pratiqué lors de l'expertise. Il repose ainsi sur un examen clinique approfondi et a été effectué en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical de l'intéressé. L'expert a également décrit et pris en considération les plaintes exprimées par le recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions, en particulier ce qui concerne l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, sont dûment motivées et convaincantes.

Au demeurant, l'avis du Dr O.\_\_\_\_\_ ne saurait être préféré à celui du Dr L.\_\_\_\_\_ dans la mesure où le médecin traitant, qui a un mandat de soins, est dans une position particulière en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; 122 V 157 consid. 1c et les références). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins mais d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid. 3b/bb).

Il s'ensuit qu'aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter de l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_. Partant, il convient d'admettre que le recourant présente une capacité de travail de 90%, eu égard à la diminution de rendement de 10%, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles établies.

**4.** Cela étant constaté, encore faut-il déterminer si le recourant a atteint un âge auquel la reprise d'une activité adaptée ne peut plus être exigée. A cet égard, ce dernier soutient que l'instruction de son dossier est lacunaire dans la mesure où elle n'aboutit, sur le plan professionnel, qu'à la notion d'activité adaptée légère ne nécessitant pas de qualifications particulières. Il est d'avis que l'intimé ne pouvait rendre de décision conforme au droit fédéral sans examiner si un employeur potentiel consentirait objectivement à l'engager "compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques, de l'adaptation de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle, sa situation sociale et 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. recours du 10 novembre 2010, p. 5).

**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. 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'œuvre (TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in VSI* 1998 p. 293).

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, en règle générale, 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 (TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, *in* VSI 1999 p. 246). 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 en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. 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 (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références).

**b)** En l'espèce, il convient d'examiner si l'intimé pouvait exiger du recourant la reprise d'une activité lucrative, eu égard notamment à son âge.

La question de savoir à quel moment on doit se placer pour apprécier les chances d'un assuré de retrouver un emploi en fonction de son âge n'a pas été tranchée par le Tribunal fédéral et peut ici rester ouverte (TF 9C\_969/2008 du 2 juin 2009 consid. 2; 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2). Certes, au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente, le recourant, alors âgé de 60 ans, avait atteint le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Cependant, le fait pour le

recourant de se trouver proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse ne constitue qu'un indice et ne saurait justifier à lui seul qu'il n'existe plus, pour l'intéressé, de possibilité réaliste d'exploiter sa capacité résiduelle de travail sur un marché supposé équilibré.

En l'occurrence, avant d'exercer en qualité d'indépendant dès 1988, le recourant a travaillé comme aide installateur sanitaire chez quatre employeurs différents. Il n'a donc pas toujours travaillé comme indépendant, de sorte que la reprise d'une activité salariée ne nécessiterait pas un important effort d'adaptation de sa part. De surcroît, on ne saurait se poser la question de l'exigibilité d'abandonner l'activité indépendante dans la mesure où le recourant a déclaré vouloir remettre son entreprise en février 2010 (cf. analyse économique pour les indépendants, pt 6). Au demeurant, il ne ressort du dossier aucun élément mettant en évidence d'éventuelles difficultés d'adaptation que présenterait l'intéressé, lequel n'a, par ailleurs, apporté aucun indice qui permettrait d'en douter.

On soulignera également que compte tenu des limitations fonctionnelles décrites par les médecins, le nouveau poste de travail n'implique pas nécessairement d'adaptations particulières. A ce sujet, le Dr L. \_\_\_\_\_ préconise une activité semi-sédentaire, avec un port de charge inférieur à 10 kg, excluant le travail au-dessus des épaules, et un accès à un lieu d'aisance, voire le port de protections. Il précise qu'une activité de plombier, chargé de tâches de petites réparations (changement de joints, entretien de la robinetterie) peut être exercée sans limitation significative et correspond aux aptitudes de l'assuré. Vu la capacité de travail résiduelle de 90%, les limitations fonctionnelles modérées et l'expérience professionnelle, il n'apparaît pas manifestement illusoire qu'un employeur consente à engager le recourant. Certes, comme le soulève le recourant, on peut regretter que l'OAI n'ait mentionné aucune activité exigible au cours de l'instruction. Cette omission ne permet toutefois pas de retenir que l'intimé a rendu une décision "non-valide" quant à la forme et quant au fond. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les

limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – (TF 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4), on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant. Au demeurant, elles sont, en règle générale, disponible indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (TF 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4; C\_657/2010 du 19 novembre 2010 consid. 5.2.3). A titre d'exemples, on peut citer les activités de surveillant de machines, gardien de parking ou ouvrier d'usine (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3).

**c)** Au demeurant, le recourant invoque en vain le devoir d'instruction de l'intimé suivant l'art. 43 al. 1 LPGA. Conformément à cette disposition, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin.

En l'occurrence, l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale probante, requis à différentes reprises l'avis des médecins traitants ainsi que de son SMR et procédé à une enquête économique pour les indépendants. Dans ces conditions, on ne voit pas quelles autres mesures d'instruction auraient dû être mises en œuvre par l'intimé. Dans ce contexte, on ne saurait reprocher à l'OAI de ne pas avoir procédé à un complément d'instruction au sens de l'art. 43 LPGA, l'argumentation du recourant ne suffisant pas à remettre en cause l'appréciation des preuves faite par l'intimé.

**d)** A l'aune de ce qui précède, l'intimé était en droit d'exiger du recourant qu'il reprenne une activité professionnelle pour mettre à profit sa capacité de travail résiduelle. La Cour de céans n'a dès lors pas de raison de s'écarter des conclusions de l'intimé à ce sujet, si bien que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire s'avère superflue, tout comme le renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction.

**5.** Il reste à examiner si l'intimé était fondé à nier le droit du recourant à des prestations AI.

**a)** Pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé); c'est la méthode ordinaire dite de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.3 ss).

En l'espèce, l'OAI retient à titre de revenu sans invalidité le montant de 23'179 fr., correspondant à la moyenne des revenus réalisés par le recourant entre 2001 et 2006 dans son activité d'installateur sanitaire indépendant, tels que ressortant de sa comptabilité (cf. analyse économique pour les indépendants); ce montant ne s'éloigne guère de la moyenne des revenus réalisés au cours de la même période, tels que figurant sur l'extrait de compte individuel. Le revenu d'invalidé est fixé sur la base des chiffres ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), sur lesquels a été opéré un abattement de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

Compte tenu de l'âge de l'assuré, du taux d'activité de 90% et des limitations fonctionnelles retenues, un abattement de 15% n'est pas critiquable (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b); l'OAI n'a pas fait, à ce propos, un mauvais usage de son pouvoir d'appréciation. De surcroît, le recourant ne critique pas le salaire selon l'ESS ni le revenu d'invalidé; dans la mesure où il n'apparaît pas qu'ils procéderaient d'une constatation inexacte des faits pertinents, il n'y a pas lieu de les revoir.

**b)** Il convient toutefois d'étudier si le revenu sans invalidité de 23'179 fr. retenu par l'OAI justifiait un examen sous l'angle du parallélisme des revenus.

En effet, le Tribunal fédéral a admis qu'il y a lieu, dans la comparaison des revenus, de tenir compte du fait qu'un assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (par ex. formation professionnelle insuffisante, limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier), lorsque les circonstances ne permettent pas de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Il a précisé que le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche; ce revenu peut, si les autres conditions sont réalisées, justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5% (ATF 135 V 297).

En l'espèce, l'OAI retient un revenu sans invalidité de 23'179 fr. correspondant à la moyenne des revenus réalisés par le recourant dans son activité d'installateur sanitaire indépendant. Ce mode de faire est conforme à la jurisprudence; les principes relatifs à la prise en considération du fait qu'un travailleur salarié réalisait un revenu nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité ne peuvent par essence pas être appliqués aux indépendants, où le caractère indépendant de l'activité et les multiples facteurs influant les revenus réalisés par les indépendants rendent d'emblée toute comparaison impossible, aussi bien à l'intérieur d'une catégorie de travailleurs indépendants qu'avec des travailleurs salariés de la même branche d'activité, pour autant que celle-ci puissent être définie. Au demeurant, il est hautement vraisemblable que sans atteinte à la santé, le recourant aurait poursuivi son activité indépendante (au moins jusqu'en février 2010; cf. analyse économique pour les indépendants) et se serait contenté d'un faible revenu. En effet, il semble s'être effectivement contenté des faibles revenus pendant de nombreuses années si bien qu'un changement d'activité pour réaliser un meilleur revenu n'apparaît pas plausible après vingt ans d'activité indépendante.

**c)** Au vu de ce qui précède, la comparaison du revenu sans invalidité de 23'179 fr. avec le revenu d'invalidité de 45'884 fr. ne fait apparaître aucun préjudice économique, le revenu auquel le recourant pourrait prétendre dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles restant supérieur au revenu réalisable en bonne santé. Ainsi, le taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40%, il n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. De surcroît, le seuil minimum de 20% environ de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b) pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnel n'est également pas atteint. Cela étant, il serait éventuellement judicieux de la part de l'intimé d'ouvrir le droit du recourant à des prestations de l'assurance sous forme d'une aide au placement si ce dernier en fait la demande.

En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**6.** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 11 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant W.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Intégration Handicap, Service juridique (pour W.\_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :