

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 novembre 2014

---

Présidence de     Mme     BERBERAT  
Juges     :     Mme Röthenbacher et M. Neu  
Greffière     :     Mme     Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par DAS Protection juridique SA, à Etoy,

et

**O.** \_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 LPGA, 4, 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, sans formation professionnelle, travaillait en qualité de chef de cuisine auprès du restaurant E. \_\_\_\_\_ à [...] dès le 1<sup>er</sup> février 2006. Depuis le 21 avril 2010, l'assuré est en outre titulaire de la raison individuelle Y. \_\_\_\_\_, sise [...] à [...], dont le but est le commerce de fruits et légumes, ainsi que de machines à jus de fruits et légumes.

Le 30 mars 2011, alors qu'il portait deux lourdes caisses sur son lieu de travail, l'assuré a glissé dans les escaliers, n'ayant pas vu que le sol était mouillé, ce qui a entraîné un choc au niveau du bas du dos en tombant. L'employeur - qui avait dans l'intervalle résilié le contrat de travail de l'intéressé pour le 30 avril 2011 - a annoncé un cas bagatelle le 3 avril 2011. Le cas a été pris en charge par [...] qui a mandaté le 16 août 2011 la Clinique X. \_\_\_\_\_ pour la réalisation d'une expertise de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 4 novembre 2011, les experts ont retenu le diagnostic d'arthrose postérieure L4-L5 avec un léger glissement antérieur de L4 sur L5. Ils ont considéré que l'accident avait entraîné une poussée congestive sur une arthrose jusque-là latente. Il y avait donc eu une aggravation passagère de l'arthrose lombaire, les symptômes actuels n'étant plus en lien avec l'événement, étant donné l'absence de lésion traumatique à l'IRM (imagerie par résonance magnétique). Ils ont relevé que le statu quo sine avait été atteint le 5 juillet 2011.

**b)** Le 4 septembre 2012, alors qu'il tentait de retenir une palette d'oranges pesant une tonne qui tombait d'un camion, l'assuré a ressenti immédiatement des douleurs au niveau du dos. Une IRM lombaire pratiquée le 18 septembre 2012 a conclu à une discrète spondylo-discarthrose inflammatoire (Modic I) en L5-S1 accompagnée par une large protusion discale latéro-foraminale gauche et un fragment herniaire discal luxé sur 1 cm vers le bas dans l'espace épidual antérieur gauche, ces éléments contribuant à des conflits radiculaires irritatif et compressif S1 gauche et irritatif foraminal L5 gauche, ainsi que des troubles statiques

avec antélisthésis de degré I en L4-L5, avec protusion discale circonférentielle sans hernie et surcharge facettaire postérieure.

Dans un rapport du 25 septembre 2012 adressé au Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a conclu que les plaintes formulées par l'assuré trouvaient clairement leur explication dans une atteinte radiculaire S1 gauche sur hernie discale L5-S1 latérale et foraminale gauche. Il a préconisé la poursuite du traitement actuel avec une physiothérapie douce puis active. Si l'évolution n'était pas clairement favorable, une infiltration lombaire L5-S1 gauche pourrait être pratiquée, puis éventuellement une sanction chirurgicale.

Au vu de ces éléments, P.\_\_\_\_\_, assurance-accidents selon la LAA, a mandaté le 11 octobre 2012 le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 30 avril 2013 faisant suite à un examen clinique de l'assuré le 9 avril 2013, l'expert a retenu les diagnostics de lombalgies sur discarthrose L4-L5 et L5-S1 et de protusion discale et hernie latérale gauche L5-S1 avec fragment luxé. Il a exposé que les lombalgies étaient liées à un phénomène dégénératif présent depuis des années et qu'elles s'étaient aggravées lors des épisodes traumatiques successifs. La luxation d'un fragment discal était vraisemblablement survenue lors de l'accident du 4 septembre 2012, le mécanisme était compatible avec une telle lésion et la symptomatologie neurologique étant présente rapidement après l'événement. Il a dès lors préconisé une cure de hernie discale L5-S1. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert s'est référé au courrier du 17 avril 2013 du Dr C.\_\_\_\_\_ et a reconnu une incapacité de travail à 100% du 5 septembre au 20 novembre 2012 et à 50% dès le 21 novembre 2012 à ce jour. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a admis un retour au statu quo sine à fin décembre 2012 s'agissant des lombalgies. En raison de la luxation herniaire, la capacité de travail restait limitée à 50% comme livreur d'oranges indépendant en raison de l'incapacité à porter des charges lourdes. L'expert a toutefois précisé que l'activité de livreur de charges lourdes

était totalement inadaptée au status lombaire de cet assuré qui l'avait pourtant librement choisie et en connaissance de cause, raison pour laquelle une réorientation semblait indiquée. L'expert a dès lors considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges limité à 20 kg jusqu'au niveau du tronc, pas de maniement d'outils lourds, pas de travail en position assise et penchée, debout et penchée, en rotation du tronc, pas de position assise ou debout de longue durée ; possibilité de position au choix.

**B.** G.\_\_\_\_\_ a déposé le 18 juillet 2013 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une incapacité de travail à 50%.

Il ressort d'une note interne de l'OAI (fiche d'examen du dossier n°1 du 23 août 2013) que l'assuré a travaillé jusqu'en mars 2011 auprès du restaurant E.\_\_\_\_\_ (restaurant au nom de son épouse) et qu'il a été considéré comme personne de condition indépendante en 2011 et 2012. En outre, P.\_\_\_\_\_ est intervenue dès le 4 septembre 2012 en qualité d'assurance véhicule et non comme assureur-accidents.

Dans un rapport médical du 18 septembre 2013, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lombalgie basse sur hernie discale et listhésis. Il a attesté une incapacité de travail (depuis l'accident du 4 septembre 2012) à 100% du 5 septembre au 20 novembre 2012, à 50% du 21 novembre 2012 au 31 mai 2013, à 100% du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2013 et à 50% du 1<sup>er</sup> au 31 juillet 2013 en qualité de chef de cuisine.

Dans un questionnaire complété le 24 septembre 2013 par le restaurant E.\_\_\_\_\_, il est précisé que l'assuré a travaillé en qualité de chef de cuisine du 1<sup>er</sup> février 2006 au 30 avril 2011 et qu'il percevait un salaire mensuel de 5'700 francs.

Dans le cadre d'un premier entretien le 8 octobre 2013 avec un spécialiste en réinsertion professionnelle, l'assuré a précisé qu'avant son accident du 4 septembre 2012, il travaillait à 100% en qualité d'indépendant. Durant le mois de juillet 2013, il a présenté une forte gastro-entérite. Il souffre depuis lors de vertiges et d'un bruit dans les oreilles. Il a en outre exposé qu'il avait en réalité décidé de partir du restaurant E.\_\_\_\_\_ afin de se mettre à son compte. Au chapitre des objectifs et de la stratégie de réinsertion professionnelle, il est indiqué ce qui suit :

« **Motivation pour un projet professionnel/projet professionnel**

Une reprise de l'activité habituelle (en tant qu'indépendant) est en cours. L'assuré travaille à 50% pour l'instant.

Comme il travaille seul, il n'y a pas d'adaptation de poste de travail possible.

Quand il ne s'en sort pas (pour charger la marchandise, par exemple), il doit faire appel à ses enfants.

M. G.\_\_\_\_\_ dit qu'il ne pense pas pouvoir augmenter son taux d'activité actuel (de 50%).

Autre projet professionnel envisageable : aucun.

L'assuré explique qu'il ne peut absolument pas envisager d'arrêter son activité actuelle car il s'agit de son idée et de sa société. Il l'a construite et ne peut pas imaginer de remettre cette société un jour.

Il explique que les fruits qu'il vend proviennent d'arbres qui leur appartiennent en [...] ([...]).

**Stratégie de réinsertion professionnelle envisagée :**

Je donne différentes explications sur l'AI et son fonctionnement à l'assuré.

Lui propose une MIP [mesure d'intervention précoce] orientation (sous forme de stage d'orientation aux EPI ou de bilan d'orientation chez [...], par exemple) pour l'aider à cibler des pistes professionnelles qui respectent les LF [limitations fonctionnelles].

M. G.\_\_\_\_\_ n'est pas intéressé. Il dit qu'il veut continuer à travailler à 50% dans sa société pour l'instant et qu'il ne voit pas l'intérêt de suivre une telle mesure.

Il dit ne pas être prêt à changer d'activité (même s'il ne devait pas avoir droit à une rente AI). Je lui propose un délai de réflexion. Nous convenons qu'il me rappelle d'ici une semaine pour me dire s'il maintient sa position ou pas ».

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (ci-après : SMR). Dans un rapport SMR du 11 octobre 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu comme atteinte principale à la

santé les diagnostics de lombalgies sur discarthrose L4-L5 et L5-S1 et de protrusion discale et hernie latérale gauche L5-S1 avec fragment luxé. Il a conclu à une incapacité de travail à 100% du 5 septembre au 20 novembre 2012, à 50% du 21 novembre 2012 au 31 mai 2013, à 100% du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2013 et à 50% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Toutefois, dans une activité adaptée (soit excluant le port de charges au-delà de 20 kg, le maniement d'outils lourds, la position statique assis/debout prolongées, porte-à-faux du rachis), la capacité de travail était entière dès le 9 avril 2013, date de l'examen clinique du Dr T.\_\_\_\_\_.

Par communication du 18 octobre 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, ce dernier ne souhaitant pas aborder les mesures d'orientation qui lui avaient été proposées dans le cadre de l'intervention précoce.

Par courrier du 24 septembre 2013 à l'assuré, P.\_\_\_\_\_ a rappelé que le Dr T.\_\_\_\_\_ avait conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, mais qu'il convenait toutefois de tenir compte d'un délai de transition entre 3 et 5 mois pour le changement d'activité professionnelle. Dès lors si l'incapacité de travail de l'assuré devait persister, P.\_\_\_\_\_ procéderait à son application concrète au plus tard dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Dans le cadre d'un rapport d'analyse économique pour indépendants du 14 février 2014 établi par l'OAI, il est notamment mentionné les éléments suivants:

#### **« 4. Données concernant le revenu de l'assuré**

##### **4.1 Tableau des comptes d'exploitation**

Cf avis SMR et pièces au dossier. L'activité indépendante aurait démarré en 2010, durant 9 mois et en 2011. Suite à un accident le 30.03.2011, l'assuré est pris en charge par l'assureur LAA de son employeur d'alors. Activité indépendante donc réalisée durant une année, mais avec des IT [incapacités de travail], ainsi que l'indique le SMR. L'assuré a un nouvel accident en 09.2012, cette fois pris en charge par l'assurance de son véhicule.

Au vu de ce qui précède, pas possible de chiffrer un RS [revenu sans invalidité] indépendant (trop court laps de temps entre le début de l'activité et la LM [longue maladie] pour articuler une projection fiable).

De plus, au vu des nombreuses variations de revenus et d'éléments contradictoires pas très cohérents, le salaire de Sfr. 5'700.- \*12 versé uniquement en 2007 ne nous paraît pas retenable, puisque les années qui ont suivi ont conduit au versement de salaires inférieurs, ce qui ne permet pas d'affirmer que l'assuré aurait pu ou pourrait sans autre réaliser de tels revenus.

→**Approche selon données salariales**

## **5. Conclusion, mesures de réadaptation**

Après examen des pièces au dossier, l'assuré présente une affection avec une CT [capacité de travail] entière dans une activité adaptée et ce dès avril 2013 pour une LM en septembre 2012, selon le SMR.

Sur la base des limitations fonctionnelles retenues, l'assuré pourrait reprendre une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 20 kg, alternance des positions, porte-à-faux.

Face à la difficulté d'apprécier les données comptables, et dès lors que selon les pièces au dossier, l'assuré est sans formation, si l'on prenait les minimas relatifs aux assurés formés (CCT selon info VD 2013-2014 IIIa, Sfr. 4'100\*13 = 53'300.-), on serait en deçà des données ESS [enquête suisse sur la structure des salaires]

L'exigibilité retenue par le SMR dans une activité de commerçant de fruits et légumes serait de 50% soit inférieure à la CT dans une activité adaptée.

L'assuré, âgé de 49 ans, exerce cette activité depuis moins de 2 ans avant survenance, pour des revenus déclarés inférieurs à ceux de la CCT de l'Hôtellerie, son ancien secteur d'activité ; face aux années le séparant de l'âge AVS on est en droit de considérer qu'un tel changement d'activité est exigible (investissements au bilan de Sfr. 41'867.--, fonds étrangers au passif de Sfr. 27'669.-) et capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Proposition

RS Sfr. 53'300.-

RI : ESS à finaliser par division réadaptation

Remarque : en cas de contestation solliciter de l'assuré production de ses comptes 2012 et 2013 avec les documents fiscaux personnels complets pour les mêmes années. (...) ».

Le 20 février 2014, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision de refus de reclassement et de rente d'invalidité. Estimant que celui-ci présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois d'avril 2013, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'intéressé. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'901 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2010, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans

les entreprises en 2010 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013 (+1% + 0.80% + 0%) et d'un taux d'abattement de 10%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 56'178 fr. 02. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 53'300 fr. (selon la CCT VD 2013-2014 IIIa, de l'hôtellerie, son ancien secteur d'activités) permettait de constater que le revenu d'invalidé auquel l'assuré pouvait raisonnablement prétendre était aussi élevé que celui qu'il avait réalisé avant son atteinte à la santé.

L'assuré a contesté ce projet de décision en précisant qu'il gagnait 3'500 fr. par mois, ce qui lui paraissait très loin des salaires retenus. Il estimait impossible de trouver un travail adapté avec la rémunération indiquée compte tenu de son manque de formation et de compétences. Il était impératif pour lui de continuer son activité avec une certaine tranquillité et à son rythme, raison pour laquelle il sollicitait l'octroi d'une rente partielle.

Par décision du 9 avril 2014 dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 février 2014.

**C.** Par acte du 26 mai 2014, G.\_\_\_\_\_, désormais représenté par DAS Protection Juridique SA, recourt contre la décision du 9 avril 2014. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée et à la reconnaissance d'un quart de rente d'invalidité au moins, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, à l'obligation pour l'intimé d'entrer en matière sur sa demande de prestations déposée le 18 juillet 2013 et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complète de sa demande. Il critique tout d'abord les salaires bruts standardisés retenus par l'intimé, estimant que les calculs auxquels ce dernier a procédé visent des montants plus élevés qui ne sont pas réalistes. Constatant que l'activité indépendante ne permet pas de prendre en compte le revenu qu'elle procure, le recourant soutient que l'intimé aurait dû prendre la moyenne des salaires réalisés entre 2007 et 2009 (soit 68'400 fr. pour l'année 2007, 60'000 fr. pour l'année 2008 et

55'050 fr. pour l'année 2009) ce qui correspond à un montant de 61'150 francs. Comparé au salaire médian de 36'225 fr. (4'025 fr. x 12 dont il faut déduire un abattement de 25%) auquel il peut prétendre compte tenu de son handicap, on arrive à une perte économique de 40.76%, ce qui correspond à un quart de rente au moins. Il allègue par ailleurs que les activités adaptées nécessitent non seulement une expression orale en langue française, mais également des connaissances en informatique ou des connaissances scolaires minimales qui vont au-delà de ses compétences. Il rappelle que c'est son épouse qui assure le lien avec les services administratifs, étant dans l'incapacité d'être autonome dans les structures qui nécessitent l'interaction. Il précise enfin qu'il a mis du cœur à l'ouvrage dans le développement de son activité de fournisseur en fruits et légumes en provenance de son pays natal et il ne souhaite pas y renoncer pour s'adonner à une activité moins valorisante voire contraire à son tempérament (activité de surveillant de parking). Le recourant produit un lot de pièces.

Dans sa réponse du 2 juillet 2014, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par courrier du 10 septembre 2014, le recourant indique qu'il a été victime d'un nouvel accident provoquant semble-t-il une surdité. Une opération est agendée au 11 septembre 2014.

Dans sa réplique du 16 septembre 2014, le recourant indique qu'il sollicite le témoignage de [...] et de [...]. Il produit également deux attestations d'incapacité de travail suite à un accident qui a eu lieu pendant l'été.

Dans sa duplique du 2 octobre 2014, l'intimé relève que l'accident survenu cet été concerne un fait postérieur à la date de la décision querellée et qu'il ne peut dès lors pas avoir d'effet sur cette décision qu'il confirme.

A la demande de la juge instructeur, l'intimé a transmis le 31 octobre 2014 un extrait du compte individuel du recourant.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA). Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979]; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur

les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur la question de savoir si le recourant souffre d'une maladie invalidante ayant une influence sur sa capacité de gain. Au regard des conclusions du recourant telles qu'elles doivent être comprises, le litige porte plus précisément sur la détermination du salaire sans et avec invalidité, ainsi que le taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé, le recourant considérant qu'il a droit à un quart de rente au minimum. Le recourant soutient enfin que l'abandon de son activité indépendante au profit d'une activité salariée adaptée à ses limitations fonctionnelles n'est pas exigible.

**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% donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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). 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).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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, 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 et les références citées; ATF 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont

généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; cf. TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

Dans une jurisprudence récente, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

**4.** S'agissant de l'aspect médical, le recourant n'a pas cherché à remettre en cause, par une argumentation précise et étayée, le résultat de la constatation des faits opérée par l'intimé et l'appréciation juridique qu'il a faite de la situation. On se limitera à rappeler que dans son rapport d'expertise du 30 avril 2013 faisant suite à un examen clinique de l'assuré du 9 avril 2013, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics de lombalgies sur discarthrose L4-L5 et L5-S1 et de protusion discale et hernie latérale gauche L5-S1 avec fragment luxé. Compte tenu de la présence d'une luxation herniaire, la capacité de travail restait limitée à 50% comme livreur d'oranges indépendant en raison de l'incapacité à porter des charges lourdes, activité qui était toutefois totalement inadaptée au status lombaire du recourant. L'expert a dès lors

considéré que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles suivantes: port de charges limité à 20 kg jusqu'au niveau du tronc, pas de maniement d'outils lourds, pas de travail en position assise et penchée, debout et penchée, en rotation du tronc, pas de position assise ou debout de longue durée; possibilité de position au choix. Dans son rapport du 11 octobre 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ du SMR a corroboré les conclusions du Dr T.\_\_\_\_\_, tout en précisant que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès le 9 avril 2013, date de l'examen clinique du Dr T.\_\_\_\_\_.

**5.** Conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est par conséquent tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail, au besoin en changeant de profession (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003 consid. 2 et les références citées). Dès lors, il s'agit de déterminer la perte de gain que subirait le recourant dans l'exercice d'une activité médicalement exigible.

**a)** L'invalidité, notion juridico-économique et non médicale, est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité), ce qui correspond à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30; voir également SVR 2010 IV n° 11 p. 35, TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.1).

**b)** La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de

l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner 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 sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'oeuvre. 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 (TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et les références, TF 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008, TF 9C\_236/2008 du 4 août 2008 et TFA I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références).

**c)** Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence).

Lorsque l'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé

jusqu'alors, le cas échéant, en l'adaptant au renchérissement et à l'évolution générale des salaires réels (RAMA 2006 n° U 568 p. 65, U 87/05, consid. 2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré (arrêt T. du 23 mai 2000, U 243/99, consid. 2b), ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage (TFA I 774/01 du 4 septembre 2002,), ou rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé (RCC 1985 p. 662). On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (sur l'ensemble de la question, TFA B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

**d)** Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; UELI KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in : SBVR, Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> édition, Bâle 2007, ch. 25, p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité

(ATF 126 V 75, consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71, consid. 5.2; ATF 126 V 75, consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71, consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71, consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (cf. notamment: TF 9C\_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.5).

**6. a)** En ce qui concerne l'évaluation de l'invalidité du recourant à partir du 9 avril 2013, soit environ sept mois après l'accident du 4 septembre 2012, l'intimé a calculé le revenu sans invalidité en se fondant sur les minimas relatifs aux assurés formés dans l'hôtellerie – alors que le recourant, certes sans formation, est au bénéfice d'une expérience professionnelle de plusieurs années dans ce domaine (CCT selon info VD 2013-2014 IIIa) – ce qui correspond à un salaire annuel de 53'300 fr. (4'100 fr. X 13). On rappellera que les revenus déclarés par le recourant à l'AVS en qualité de chef de cuisine auprès du restaurant G.\_\_\_\_\_ (pour lequel l'intéressé a travaillé jusqu'au 30 avril 2011), étaient de 68'400 fr. en 2007, 60'000 fr. en 2008, 55'050 fr. en 2009, 32'500 fr en 2010 et 7'500 fr. en 2011. Par ailleurs, le recourant a bénéficié d'indemnités de chômage en 2009 et 2010. S'agissant de son activité indépendante, le recourant a annoncé un chiffre d'affaires de -179 fr. en 2010 et de 39'051

fr. en 2011. Pour les années 2012 et 2013, aucun chiffre d'affaires n'a été communiqué, mais il sied de préciser que le recourant a présenté une incapacité de travail du 5 septembre 2012 au 8 avril 2013. Les revenus déclarés à l'AVS en qualité d'indépendant étaient de 19'900 fr. tant en 2011 que 2012. Par conséquent, en raison des importantes variations de revenu du recourant, il n'y a pas lieu de s'écarter du montant de 53'300 fr. calculé par l'intimé.

Le revenu d'invalidité a été fixé à juste titre sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), l'intimé se fondant sur le salaire pour les hommes dans des activités simples et répétitives figurant dans le tableau TA1, niveau de qualification 4.

**b)** Il sied de relever que même si l'on se fondait pour calculer, d'une part, le revenu sans invalidité sur la moyenne des salaires réalisés auprès du restaurant E. \_\_\_\_\_ entre 2007 et 2009 (selon les conclusions du recourant) et, d'autre part, le revenu d'invalidité en tenant compte d'un salaire médian de 4'025 fr. (également selon les conclusions du recourant), le degré d'invalidité n'atteindrait pas le seuil de 40% ouvrant droit à la rente. En effet, les éléments du dossier ne permettent pas de prendre en compte un taux d'abattement supplémentaire de 15%, l'intimé ayant finalement admis un taux de 10% au vu des limitations fonctionnelles. Le recourant ne soulève d'ailleurs aucune critique précise pour justifier un abattement supérieur à 10%, se limitant à indiquer que les activités simples et répétitives avancées par l'intimé dans la décision dont est recours (gardien affecté à la surveillance d'écrans, activité de commis administratif à des tâches de classement ou d'archivages, de scannage informatique, de distribution de courrier ou contrôleur de stationnement) nécessitent une expression orale en langue française et des connaissances en informatique qu'il n'a pas.

On rappellera que l'assuré né en 1964, italien au bénéfice d'un permis C, vit en Suisse depuis 2003 et a, de ce fait, pu acquérir deux expériences professionnelles en qualité de chef de cuisine (cf. son curriculum vitae) avant de présenter une incapacité de travail totale

depuis le 5 septembre 2012. S'agissant des connaissances du recourant en français, ce dernier a allégué qu'il ne s'exprimait pratiquement pas dans cette langue. Ce grief ne résiste pas à une lecture attentive du dossier. En effet, dans son rapport d'expertise du 30 avril 2013, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que « l'anamnèse est en partie effectuée avec son épouse (elle indique que l'assuré ne s'exprime pas facilement en français) ; toutefois même en l'absence de celle-ci, il [l'assuré] arrive parfaitement à comprendre les consignes et répondre aux questions, ce qui nous a paru préférable, car Mme semble diriger quelque peu l'entretien ». En tout état de cause, l'abattement de 10% tient compte de manière appropriée des effets que l'âge du recourant (49 ans en 2013), sa nationalité et la nature de ses limitations fonctionnelles peuvent avoir concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Les limitations fonctionnelles du recourant ne présentent pas de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir particulièrement compte au titre de la déduction sur le salaire statistique. En effet, pour fixer le revenu d'invalidé, l'intimé s'est fondé, conformément à la jurisprudence, sur les données économiques statistiques, singulièrement sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TF 9C\_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.5 et la référence); l'aide au placement devrait dès lors être suffisante, dans la mesure où elle se révélerait nécessaire. Dans ce contexte, l'intimé est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation en retenant un abattement de 10% sur ce salaire statistique.

**c)** Enfin, il y a lieu de relever que la Cour de céans ne saurait fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tel qu'il ressort des rapports médicaux ayant valeur probante. Le fait que l'activité indépendante exercée par le recourant soit davantage valorisante qu'une activité adaptée ne saurait constituer un motif pertinent dans l'appréciation du cas d'espèce. Enfin, l'annonce par le recourant le 10 septembre 2014 d'un nouvel accident nécessitant une intervention chirurgicale le 11 septembre 2014, n'est pas déterminant pour la présente cause. En effet, cet élément a été porté à la connaissance de l'intimé postérieurement à sa décision du 9 avril 2014. Le recourant n'a en outre à ce jour déposé aucun document permettant d'étayer ses allégations, notamment en lien avec une éventuelle incapacité de travail. L'intimé n'avait dès lors pas à tenir compte de cet élément qui reste à l'état d'allégué.

**7. a)** Vu ce qui précède, la comparaison des revenus effectuée par l'intimé n'est pas critiquable, le recourant pouvant raisonnablement prétendre à un revenu d'invalidé aussi élevé que celui qu'il avait réalisé avant son atteinte à la santé, ce qui ne lui confère aucun droit à une rente d'invalidité. Il n'y a dès lors pas lieu de procéder à un complément d'instruction notamment à l'audition de deux témoins requise par le recourant, le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 130 II 425 consid. 2.1; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées). En définitive, le recours se révèle entièrement mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. 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 francs (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les

frais de procédure sont arrêtés à 400 francs et mis à la charge du recourant, qui succombe. Le recourant, qui n'obtient pas de cause, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 9 avril 2014 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.
  
- 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 :

- DAS Protection juridique SA, à Etoy, (pour G. \_\_\_\_\_),
- 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 :