

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 janvier 2018

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Vogel, avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 28 al. 1 let. b et c LAI ; art. 6 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, travaillait en qualité de boulanger indépendant, exploitant depuis août 2007, à titre d'entreprise individuelle, une boulangerie-pâtisserie, puis également un tea-room.

Il a été en incapacité de travail totale à partir du 25 juillet 2014 en raison d'une gonalgie bilatérale. Il a bénéficié d'indemnités journalières prises en charge par son assureur perte de gain en cas de maladie T. \_\_\_\_\_ à 80 %, puis à 50 % du 15 juin au 15 décembre 2015, date de fin du versement des prestations. L'incapacité de travail variait entre 90 % et 70 % selon les certificats médicaux établis par le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant.

Le 3 février 2015, Q. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr X. \_\_\_\_\_ et fait verser le dossier constitué par l'assureur perte de gain.

A la teneur d'un rapport médical du 11 février 2015 du Dr X. \_\_\_\_\_, les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail étaient une gonarthrose bilatérale, une rachialgie, une allergie et une obésité morbide. Selon ce médecin, l'activité exercée n'était plus exigible.

Un rapport du 19 mai 2015 a été établi par le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et par Mme H. \_\_\_\_\_, physiothérapeute, dans le cadre de l'examen du dossier par l'assureur perte de gain. Il ressort du rapport que les problèmes ayant un effet sur la capacité de travail étaient des douleurs aux deux genoux, accentuées à droite et liées à l'effort fourni, un manque de stabilité de l'axe des jambes, une instabilité lombaire et un déconditionnement

général. La capacité de travail dans l'activité de boulanger a été estimée à 50 %, taux qui pouvait être augmenté en cinq ou six mois à une capacité totale par un reconditionnement intensif. Selon le rapport précité, des pauses supplémentaires étaient nécessaires à l'assuré, d'environ une heure par jour, en raison des limitations liées à la station debout ou la marche prolongées, l'assuré nécessitant régulièrement une pause pour s'asseoir et pour faire des exercices de renforcement. Il a également été relevé que l'assuré ne pouvait pas porter de poids au-delà de 20 kg. A titre d'autres activités possibles, le rapport mentionnait celles qui permettaient de varier les positions, avec une limitation du port de poids à 15 kg.

Aux termes d'un rapport du 29 juin 2015 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, aucun argument n'avait pu être fourni concernant un problème médical touchant les genoux de l'assuré, mis à part un discret rabet rotulien bilatéral relativement fréquent à l'âge de l'assuré et sans incidence particulière sur les activités quotidiennes. Selon le Dr N.\_\_\_\_\_, l'IRM effectuée au niveau du genou droit le 18 mai 2015 ne révélait rien de particulier.

Le dossier a été soumis au Service médical régional (ci-après : le SMR). Selon un avis du 27 juillet 2015 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, la capacité de travail exigible était de 20 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le 4 juin 2015, date du jour de l'examen orthopédique du Dr N.\_\_\_\_\_. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes :

Possibilité de changer de position chaque heure. Pas de port de charges lourdes supérieures à 15 kg. Pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc.

Par courrier du 5 août 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à un reclassement professionnel, mesure dont la mise en œuvre a néanmoins été suspendue selon une note d'entretien du 1<sup>er</sup> septembre 2015 en raison d'un contrat de travail conclu jusqu'à la fin de l'année 2015 en qualité de livreur à temps partiel.

Selon un rapport médical du 21 mai 2016, le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu les problèmes de santé suivants : une gonarthrose évolutive des deux genoux, une rachialgie chronique névralgique, des allergies saisonnières, une obésité morbide et une maladie de Menière. Le médecin a aussi relevé une invalidité de l'assuré à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 pour une durée indéterminée, ainsi qu'une évolution défavorable avec une chronicité certaine.

A la teneur de l'enquête économique pour les indépendants du 21 septembre 2016, réalisée sur mandat de l'OAI, un complément d'instruction médicale s'avérait nécessaire pour permettre de se prononcer sur la suite à donner à la demande de l'assuré. L'enquête mentionnait également que la capacité de travail de l'assuré étant très fortement limitée dans son activité habituelle de boulanger et, vu sa renonciation à l'exercice de cette profession, l'intervention de l'enquêteur s'était limitée à chiffrer le revenu hypothétique brut annuel sans atteinte à la santé, qui s'élevait, sur la base des revenus réalisés entre 2009 et 2013, à 64'828 francs.

Une expertise rhumatologique a été réalisée à l'Hôpital de S. \_\_\_\_\_ à la demande de l'assureur perte de gain maladie. Il ressort du rapport du 10 novembre 2016 du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, en allergologie et en immunologie clinique, et du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, en médecine interne générale ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, les diagnostics incapacitants de douleurs chroniques aux deux genoux, accentués à droite et un syndrome douloureux chronique des vertèbres lombaires. Les médecins ont rapporté une limitation relative aux activités impliquant une charge pour les genoux et suggéré une réhabilitation multimodale avec un reconditionnement musculaire et une perte de poids, suivie d'un programme de reconstruction en ambulatoire. Les experts ont également proposé une reprise progressive du travail en parallèle au reconditionnement et noté des incohérences dans le comportement de l'assuré durant les examens, ainsi qu'une tendance à l'aggravation. Les

Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont conclu à la possibilité d'une reprise immédiate à 100 % d'une activité légère à moyennement lourde qui s'effectuerait en positions alternées, puis, après la réhabilitation proposée, à la reprise de l'activité habituelle en tant que boulanger.

Sur la base de cette expertise et du rapport du 21 mai 2016 du Dr X.\_\_\_\_\_, l'assureur perte de gain a alloué à l'assuré de nouvelles indemnités journalières du 21 mai au 30 novembre 2016.

L'OAI a soumis le dossier au Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, qui a relevé dans son avis médical du 22 février 2017 que l'expertise du 10 novembre 2016 concluait à un syndrome rotulien et à une dysbalance musculaire. Selon le médecin, les atteintes n'étaient à la longue pas jugées invalidantes, mais nécessitaient une réhabilitation énergique. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a rappelé la pleine capacité de travail dans une activité qui s'effectuait en positions alternées et la reprise de l'activité de boulanger après la réhabilitation.

Considérant qu'il convenait de suivre la capacité de travail retenue par le SMR le 27 juillet 2015, l'OAI a, par décision du 24 mai 2017, refusé à l'assuré tout droit à une rente, ainsi qu'à un reclassement, retenant entre autres éléments que l'activité de chauffeur-livreur notamment permettait à l'assuré de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle. Une aide au placement a néanmoins été mise en place.

**B.** Par acte du 21 juin 2017, Q.\_\_\_\_\_, représenté par Me Philippe Vogel, a déféré la décision rendue le 24 mai 2017 par l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le dépôt de la demande. En substance, il a fait valoir, en se prévalant d'un rapport médical du 12 juin 2017 de la Dresse M.\_\_\_\_\_, médecin praticien, qu'il était difficile de trouver un poste adapté à ses limitations fonctionnelles, soit le port de charges lourdes supérieures à 5 kg, la rotation et l'antéflexion du tronc, la station debout prolongée (supérieure à quinze minutes), ainsi que la station assise prolongée. Vu

ses limitations, qui différaient de celles retenues par l'OAI, l'assuré estimait que l'activité de chauffeur-livreur n'était pas envisageable, de même qu'une éventuelle réhabilitation énergétique pour la reprise d'un poste de boulanger à 100 %, ce qui excluait toute capacité de travail résiduelle. L'assuré s'est également référé au rapport médical du Dr X. \_\_\_\_\_ du 21 mai 2016 pour justifier une incapacité de travail totale.

Dans sa réponse du 23 août 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a invoqué que les rapports médicaux produits par l'assuré constituaient des appréciations qui ne pouvaient être prises en considération au vu de l'ensemble du dossier, les limitations indiquées rejoignant en outre celles retenues par le SMR. L'OAI a encore relevé que l'activité de chauffeur-livreur avait été mentionnée à titre d'exemple, d'autres exemples n'étant néanmoins pas nécessaires vu qu'il existait un nombre suffisant de postes compatibles avec les limitations physiques de l'assuré.

Répliquant le 14 septembre 2017, Q. \_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions prises le 21 juin 2017. Selon lui, les propositions résultant de l'expertise du 10 novembre 2016 n'étaient pas à même de lui permettre de retrouver une capacité de travail. Il a encore réitéré les arguments avancés dans sa précédente écriture.

Dans sa duplique du 3 octobre 2017, l'OAI a constaté que les éléments développés par l'assuré n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision et, partant, a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

### **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'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI

dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3. a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**c)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment

motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**4. a)** Sur le plan médical, le recourant souffre d'une gonalgie aux deux genoux et d'un syndrome douloureux chronique des vertèbres lombaires (rapports des Drs X. \_\_\_\_\_ des 11 février 2015 et 21 mai 2016, W. \_\_\_\_\_ du 19 mai 2015, B. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ du 10 novembre 2016). Si l'ensemble du corps médical s'accorde pour admettre que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de boulanger à 100 % sans réhabilitation, le SMR retient que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (possibilité de changer de position chaque heure, pas de port de charges lourdes supérieures à 15 kg, pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenu en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc). Le Dr W. \_\_\_\_\_ fait état de limitations similaires dans son rapport du 19 mai 2015. Ces analyses sont confirmées par l'expertise du 10 novembre 2016 préconisant une activité légère à moyennement lourde qui s'effectuerait en positions alternées.

**b)** L'appréciation de la capacité de travail du recourant est remise en question par le Dr X. \_\_\_\_\_, lequel a soutenu que dite capacité était d'au maximum 30 % (notamment certificat médical des 19 juin, 1<sup>er</sup> juillet et 17 août 2015), puis à nouveau nulle à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016. La Dresse M. \_\_\_\_\_ a quant à elle fait état d'une incapacité totale dès le 7 juin 2017 et de difficultés à trouver un poste adapté aux limitations fonctionnelles du recourant, estimant pour sa part qu'il était impossible au recourant de porter des charges supérieures à 5 kg et de rester en station debout prolongée supérieure à quinze minutes (rapport du 12 juin 2017).

**c)** Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par les Drs B. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ pour le compte de l'assureur perte de gain maladie, d'après lesquels le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité légère à modérée permettant l'alternance des positions (rapport du 10 novembre 2016).

L'expertise précitée remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, les experts, dont l'indépendance n'est pas remise en cause, ont fondé leur rapport sur un examen complet et ont pris en considération les plaintes exprimées par le recourant. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, en particulier des rapports du Dr X.\_\_\_\_\_. La description de la situation et son appréciation sont claires. Les Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont par ailleurs mis en évidence des incohérences dans le comportement du recourant et une tendance à l'aggravation, de même que la nécessité qu'il se soumette à un processus de reconditionnement intensif. Les conclusions de l'expertise du 10 novembre 2016 rejoignent en outre celles des autres rapports au dossier (notamment rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 19 mai 2015).

A cela s'ajoute que les certificats et les rapports médicaux établis par le Dr X.\_\_\_\_\_ et par la Dresse M.\_\_\_\_\_ ne sont pas suffisamment étayés pour remettre en cause le bien-fondé de l'expertise. En particulier, ils n'avancent aucun élément objectif permettant de retenir que les atteintes au genou droit, ainsi qu'au rachis lombaire, justifieraient une incapacité totale de travailler dans toute activité. Faute pour ces médecins d'expliquer les raisons pour lesquelles l'analyse opérée par les experts de l'Hôpital de S.\_\_\_\_\_ serait erronée, leurs conclusions ne sauraient être suivies.

**5.** Le recourant conteste également le fait qu'il existerait sur le marché du travail des activités exigibles de sa part.

**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 le point 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. 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 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et les références citées).

**b)** Sur le plan de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles présentées par le recourant ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière.

**6.** Dès lors que le recourant ne remet pas en cause les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

**7. a)** Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 24 mai 2017 confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à 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 fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 24 mai 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Vogel (pour Q. \_\_\_\_\_),
- 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 :