

VD_GERICHTE ZD18.021899 vom 12. August 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-08-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.021899

FR: VD_GERICHTE ZD18.021899 du 12 août 2020

IT: VD_GERICHTE ZD18.021899 del 12 agosto 2020

Erwägungen

E. 27

mars 2012 et 18 juin 2015, il a été adressé à l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par avis de détection précoce daté du 3 novembre 2015. Il a déposé une demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité en date du 15 janvier 2016, indiquant déployer son activité de professeur de sports à

E. 30

%. L'exercice d'une activité épargnant le rachis, sans stress et ne requérant pas d'endurance, était exigible à 100 % depuis le 21 avril 2016, ce qui était corroboré par l'appréciation du Dr D. _____ versée au dossier de R. _____ SA. Dans l'intervalle, faisant suite à la demande de l'OAI, l'assuré a notamment fait parvenir un tirage de ses bilans comptables pour les années 2010 à 2015, ainsi que des décisions de taxation fiscale. Assisté de Me Jean-Michel Duc, il a fait valoir, par courrier du 22 novembre 2016, que ses revenus imposables s'étaient élevés à 98'025 fr. en 2010 et 168'676 fr. en 2011 compte tenu d'activités déployées en Suisse et en France. En 2012, ses revenus se montaient à 32'600 fr. avant d'être réduits à 0 fr. en 2013. Par avis complémentaire du 15 décembre 2016, le SMR a précisé que l'incapacité de travail consécutive à l'accident de mars 2012 avait été entière de mars à juin 2012, de 70 % en juillet 2012 et de 50 % ensuite. Cette incapacité n'avait vraisemblablement pas duré plus de six mois en tout, comme c'était en général le cas pour une fracture L2. Le 2 mai 2017, l'assuré a fourni des pièces médicales relatives à la prise en charge de l'accident du 27 mars 2012. Par certificat du 4 avril 2017 la Dre L. _____, spécialiste en médecine interne, a évoqué les diagnostics

- 5 - de chute à ski le 27 mars 2012 avec fracture tassement L2, d'un status post-tendinite achilléenne droite et d'un status post coup du lapin en janvier 2012. Une incapacité de travail totale était confirmée du 27 mars 2012 au 30 mai 2012. Un certificat du Centre X. _____ du 22 avril 2013 relevait la consolidation de la fracture L2 dès fin juin 2012. L'assuré renvoyait au dossier de son assurance-maladie, U. _____ SA, pour plus de renseignements sur une déchirure de son tendon d'Achille survenue en 2011. Il a adressé, le 15 mai 2017, copie des documents comptables et fiscaux en sa possession pour les années 2010 à 2016. U. _____ SA a produit un tirage de son dossier le 23 mai 2017. Il en est notamment ressorti que l'assuré avait fait l'objet d'une infiltration le 7 décembre 2011 dans le cadre d'une tendinite achilléenne droite avec bursite rétro-achilléenne. Par correspondance à l'OAI du 2 juin 2017, l'assuré a signalé que son état de santé lui apparaissait finalement totalement incompatible avec une activité de maître d'éducation physique. Il a requis la mise en œuvre d'un reclassement professionnel en qualité de pilote d'hélicoptère. En date du 20 juin 2017, le SMR a confirmé la teneur de son rapport du 3 novembre 2016 et estimé que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 30 juin 2012 suite à l'accident du 27 mars 2012. Aux termes d'un

rapport du 26 septembre 2017, le Service des enquêtes de l'OAI a considéré que les éléments économiques versés au dossier ne permettaient pas de chiffrer le revenu hypothétique sans invalidité de manière fiable. Il convenait de recourir aux salaires statistiques à cette fin. Ce procédé permettait de prendre en compte un revenu sans invalidité déterminant de 73'427 fr. en 2016.

- 6 - Par courrier du 7 novembre 2017, l'assuré a adressé de nouvelles pièces médicales à l'OAI, dont un rapport d'évaluation de ses lombalgies, établi le 23 mai 2017 par le Dr N. _____, spécialiste en neurochirurgie, lequel examinait différentes alternatives thérapeutiques. Le SMR a confirmé l'exigibilité précédemment retenue par avis du 13 novembre 2017. Le 14 novembre 2017, le Service de réinsertion de l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré par une comparaison des revenus hypothétiques avec et sans invalidité, sur la base des salaires statistiques. Il a mis à jour un taux d'invalidité de 8,5 %. B. L'OAI a établi un projet de décision le 30 novembre 2017, informant l'assuré de ses intentions de nier son droit à des mesures professionnelles et à une rente, vu le degré d'invalidité précité. Par courrier du 18 janvier 2018, l'assuré s'est opposé audit projet, contestant les revenus avec et sans invalidité retenus par l'OAI. Il estimait que le revenu d'invalidité devait être fixé sur la base des revenus effectivement dégagés depuis 2012 (soit en moyenne 40'050 fr.) et faire l'objet d'un abattement supplémentaire de 10 % au moins compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Quant au revenu sans invalidité, la moyenne des revenus réalisés en 2010 et 2011 en Suisse et en France se montait à 148'500 fr., qu'il s'agissait, selon lui, de retenir au titre de montant déterminant. Il a conclu à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Le 8 mars 2018, l'assuré a remis à l'OAI un tirage des certificats médicaux d'incapacité de travail, établis par la Dre G. _____ à partir de septembre 2017, ainsi qu'un rapport du Dr J. _____ du 2 février 2018 à l'attention de la Clinique P. _____. Ce dernier attestait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, depuis plusieurs mois et proposait une hospitalisation de l'assuré pour l'aider à se « ressourcer dans un milieu paisible et accueillant ».

- 7 - Après brève consultation de son Service de réinsertion et du SMR, l'OAI a rendu sa décision le 17 avril 2018, reprenant les termes du projet querellé du 30 novembre 2017. Il a ainsi nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente en prenant en considération un degré d'invalidité de 8,5 %. C. B. _____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 23 mai 2018. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité « dès le 3 mai 2016 », contestant la détermination de son degré d'invalidité. A son avis, les revenus avec et sans invalidité ne devaient pas être fixés au moyen des statistiques salariales, mais sur la base de sa situation concrète. Le revenu sans invalidité était de 154'496 fr., compte tenu des revenus dégagés en Suisse et en France en 2010 et 2011. S'agissant du revenu d'invalidité, il pouvait être déterminé grâce aux revenus acquis postérieurement à l'accident de mars 2012 à un taux d'activité réduit (entre 30 % et 40 %) et se montait à 40'050 fr. au maximum. Le degré d'invalidité s'élevait ainsi à 74 % après comparaison de ces revenus. L'OAI a répondu au recours le 10 août 2018 et en a proposé le rejet, tout en confirmant son calcul du degré d'invalidité. Il a par ailleurs mis en évidence une communication de son Service de lutte contre les fraudes à l'assurance (LFA) du 11 juillet 2018, selon laquelle l'assuré était impliqué dans plusieurs enquêtes pénales et participait régulièrement depuis 2009 à la course de l'Escalade. Les documents produits par l'assuré devaient donc faire l'objet d'une attention particulière, dans la mesure où des

pièces falsifiées avaient été découvertes à son domicile. Par réplique du 18 février 2019, l'assuré a relevé que les infractions pénales éventuellement commises étaient sans lien avec la présente cause. Le Tribunal fédéral avait de toute façon annulé un jugement cantonal l'ayant condamné pour escroquerie, tentative d'escroquerie, faux dans les titres et induction de la justice en erreur (TF

- 8 - 6B_1037/2018 du 27 décembre 2018). Par ailleurs, il a fait valoir que les répercussions concrètes de ses atteintes à la santé et ses limitations fonctionnelles n'avaient pas été suffisamment investiguées, de sorte que le taux de sa capacité résiduelle de travail demeurait à son sens incertain. Un complément d'instruction se justifiait à cet égard. Il a également joint les pièces fiscales destinées à calculer le revenu sans invalidité déterminant. Au surplus, il a maintenu les conclusions formulées dans son mémoire de recours. Le 7 mars 2019, l'OAI a transmis un extrait du site www.legimobile.fr, soit un arrêt du 14 novembre 2001 de la Cour d'appel [...], ainsi que l'historique des participations de l'assuré à la course de l'Escalade entre 2009 et 2017. Il a réitéré ses propres conclusions tendant au rejet du recours. L'assuré a formulé une requête en retrait de l'ensemble des pièces pénales le 15 mars 2019, estimant que l'OAI avait produit des actes judiciaires français sans droit et sans lien avec la présente procédure. Par détermination du 3 avril 2019, l'OAI a fait valoir l'absence de motif d'écarter les pièces concernées et maintenu ses conclusions. A la demande de la magistrate instructrice, il a adressé, le 30 avril 2019, un tirage de sa correspondance du 23 décembre 2016 au Ministère public de l'arrondissement [...] en vue d'obtenir les informations utiles résultant de l'enquête pénale. Par décision incidente du 18 juin 2019, la juge instructrice a rejeté la requête tendant au retrait des pièces pénales. Elle a retenu que l'assuré n'avait pas démontré la production d'une preuve illicite, alors que les pièces concernées revêtaient une certaine pertinence dans le contexte de la fixation de son revenu sans invalidité. La magistrate instructrice a sollicité, le 8 août 2019, copie de la police d'assurance et des pièces ayant permis de calculer le gain assuré lors de la conclusion du contrat d'assurance individuel d'indemnités

- 9 - journalières auprès de R. _____ SA. Elle a, à la même date, requis de l'assuré un tirage des déclarations fiscales remises en France pour les années 2010 et 2011 et de leurs annexes, de sa police d'assurance couvrant la perte de gain accidentelle survenue en mars 2012 et les certificats d'équivalence de ses titres professionnels français. R. _____ SA a donné suite à cette demande le 21 août 2019, annexant les polices d'assurance au nom de l'assuré dès 2014 et précisant ne pas avoir sollicité d'informations spécifiques sur le gain assuré. Quant à l'assuré, il a fourni les documents en sa possession les 31 octobre et 20 novembre 2019. Par détermination du 22 janvier 2020, l'assuré a maintenu l'ensemble de ses conclusions. L'OAI en a fait de même le 11 février 2020. 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; 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 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque

canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par

- 10 - le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours formé le 23 mai 2018 contre la décision de l'intimé du 17 avril 2018 a été interjeté en temps utile. Il respecte au surplus les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le calcul de son degré d'invalidité. 3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. 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).

- 11 - b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées). c) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives 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). Selon l'art. 29ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Une réduction de la capacité de travail de 20 % suffit en principe à ouvrir la période

d'attente selon l'art. 28 al. 1, et.b, LAI (cf. par exemple : TF 8C_174/2013 du 21 octobre 2013 consid. 3.2 et références citées). Pour déterminer si cette incapacité de travail est survenue, il

- 12 - convient de se fonder sur les circonstances du cas concret. Une constatation rétroactive et médico-théorique de l'incapacité de travail après plusieurs années ne suffit pas. A moins qu'il ne soit dûment documenté sur le plan médical, le fait que l'assuré ait connu une capacité de rendement réduite n'est également pas décisif. Le moment de la détermination de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait dès lors faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais il doit être établi avec le degré de preuve habituel de la vraisemblance prépondérante tel qu'il est exigé en droit des assurances sociales (TF 8C_204/2012 du 19 juillet 2012 consid. 3.2 et références citées). Pour qu'il puisse continuer à courir, le délai d'attente ne doit pas subir d'interruption notable durant 30 jours consécutifs au moins. Une telle interruption a pour conséquence que, lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail, un nouveau délai d'attente commence à courir sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (TF I 392/05 du 24 août 2006 consid. 4.2 et les références citées ; cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 13 ss ad art. 28 LAI, p. 390 ss). d) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'incapacité de travail, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid.

- 13 - 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 5. a) Préalablement, il convient de se prononcer sur le début du délai d'attente au sens de l'art.

28 al. 1, let. b, LAI, dans la mesure où le recourant tient pour acquis que ledit délai aurait débuté à la suite de l'incapacité de travail consécutive à l'accident du 27 mars 2012 (cf. notamment : mémoire de recours du 23 mai 2018 p. 9 ss et réplique du 8 février 2019 p. 2). L'intimé a, pour sa part, retenu la date du second accident, soit le 18 juin 2015, au titre de début du délai d'attente. Il a estimé que l'arrêt de travail imputable au premier accident n'excédait vraisemblablement pas une période de six mois environ à compter du 27 mars 2012 (cf. rapport d'examen du SMR du 3 novembre 2016, avis

- 14 - complémentaire du 15 décembre 2016 et note d'entretien du 20 juin 2017). b) En l'espèce, on peut se rallier à l'appréciation de l'intimé. Sur le plan somatique, les rapports communiqués par les médecins traitants du recourant ne font en effet pas état d'une incapacité de travail déterminante antérieure au 18 juin 2015. La Dre G. _____ a au contraire expressément mentionné cette date au titre de début de l'incapacité de travail (cf. notamment : rapport du 25 janvier 2016). Quant au Dr D. _____, il s'est essentiellement référé au début de sa prise en charge à compter du 11 août 2015 (cf. par exemple : rapport du 1er mars 2016). Les pièces produites par le recourant le 2 mai 2017 ne justifient pas une autre conclusion. La Dre L. _____ a pour sa part attesté d'une incapacité de travail limitée entre le 27 mars et le 30 juin 2012 dans son bref rapport du 4 avril 2017, tandis que le Centre X. _____ a relaté le 22 avril 2013 une fracture L2 « consolidée à fin juin 2012 », sans se prononcer sur la capacité de travail du recourant. Une note du 3 mai 2012 de ce même centre se limitait à mentionner que le recourant devait « éviter la position assise au maximum » et bénéficier d'un suivi en cas de persistance de douleurs lombaires. Les documents recueillis auprès de U. _____ SA ne fournissent pas davantage d'informations sur l'incapacité de travail consécutive à l'accident de mars 2012, mais uniquement sur des traitements entrepris entre le 31 octobre 2011 et le 20 décembre 2012. On ajoutera enfin qu'il n'est pas démontré que la tendinite achilléenne droite observée en 2011 aurait justifié une incapacité de travail, ce que le recourant ne prétend d'ailleurs pas. c) Sur le plan psychique, il y a lieu de préciser que l'incapacité de travail mentionnée par la Dre H. _____, à savoir 50 % dès le « début 2013 » au motif d'un épisode dépressif léger, peut être écartée. Cette praticienne n'a en effet pris en charge le recourant qu'à partir du 26 novembre 2015, de sorte que son appréciation rétroactive, au demeurant non documentée, apparaît sujette à caution. Le recourant lui-même n'a au

- 15 - surplus fait état d'aucun suivi psychothérapeutique spécialisé avant la consultation de la Dre H. _____ en novembre 2015. d) Par conséquent, il s'agit de retenir que l'accident du 27 mars 2012 n'a pas causé une incapacité de travail susceptible de faire courir le délai de carence imposé par l'art. 28 al. 1, let. b, LAI au-delà d'une période d'environ six mois. Le 18 juin 2015 doit donc être considéré comme la date déterminante au sens de cette disposition. 6. a) On peut à ce stade brièvement se prononcer sur l'appréciation de la capacité de travail du recourant, laquelle ne fait pas l'objet de griefs sérieux de sa part. Force est en effet de constater que tant ses médecins traitants que le SMR sont unanimes pour considérer que le recourant est doté d'une capacité résiduelle de travail de 30 % dans son activité habituelle de moniteur de sports et de 100 % dans une activité épargnant le rachis, sans stress et ne requérant pas d'endurance. b) Si la Dre G. _____ a dans un premier temps estimé qu'une activité adaptée était envisageable au taux limité de 20 % à 30 %, elle a ensuite clairement évoqué une capacité de travail de 30 % dans l'activité habituelle et « proche de 100 % » dans une activité adaptée (cf. rapports des 25 janvier 2016 et 9 octobre 2016). Cette praticienne a dès lors rejoint l'appréciation constante du Dr

D._____, lequel a retenu l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée dès son rapport du 1er mars 2016. Il a ensuite mentionné une telle exigibilité à un taux de 100 % aux termes de son rapport à R._____. SA du 21 avril 2016. c) Les pièces subséquentes produites par le recourant, ainsi que celles sollicitées par l'intimé, ne permettent pas de s'écarter de l'exigibilité précitée. En particulier, le Dr J._____ a certes fait un bilan des problèmes dorsaux du recourant et envisagé des options thérapeutiques dans un rapport du 23 mai 2017, mais il ne s'est pas déterminé sur sa capacité de travail. Quant aux certificats d'incapacité de travail établis par la Dre G._____ dans le cours de l'année 2017 (produits par le recourant le 7 novembre 2017), ils ont à l'évidence trait à l'exercice

- 16 - de l'activité habituelle et ne remettent pas en question l'appréciation spécifique communiquée par cette docteure dans ses rapports antérieurs. Enfin, les rapports du Dr J._____, singulièrement celui rédigé le 2 février 2018 à l'adresse de la Clinique P._____, ne font état d'aucune incapacité de travail. Ces documents sont de toute façon insuffisamment motivés pour retenir que le recourant souffrirait d'une affection psychique durable d'un degré de gravité certain, ce que ce dernier ne prétend d'ailleurs pas sérieusement. d) La capacité résiduelle de travail du recourant (de 30 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le 21 avril 2016) peut donc être ici confirmée. 7. a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1). b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). A teneur de

- 17 - l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu déterminant au sens de l'art. 16 LPGA, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu annuel présumable, sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS. Cette disposition établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'assurance- vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; ce parallèle n'a toutefois pas valeur absolue et la jurisprudence admet quelques rectificatifs, par exemple si une diminution ou une augmentation extraordinaire du revenu pendant une période déterminée est dûment établie (TF 9C_658/2015 du 9 mai 2016 consid. 5.1.1 et références citées). Pour les personnes de condition indépendante, en cas de revenus soumis à de très fortes fluctuations, il conviendra de s'écarter du dernier revenu réalisé et de procéder à une moyenne de ceux qui ont été réalisés sur une période plus longue (TF 9C_658/2015 du 9 mai 2016 consid. 5.1.1 précité). A défaut d'indications claires, on pourra cas échéant se fonder sur le revenu moyen

d'entreprises similaires (TF 9C_474/2016 du 8 février 2017 consid. 3 ss), sa prise en compte n'étant toutefois pas à elle seule déterminante étant donné que d'autres composantes, comme le travail fourni par le chef d'entreprise ou ses aptitudes doivent également être prises en considération. Les revenus et dépenses étrangers à l'invalidité ressortant de la comptabilité qui peuvent avoir influencé le résultat d'exploitation doivent être déduits ou ignorés (TF 9C_345/2007 du 26 mars 2008 consid. 5.3 et référence citée). Il s'ensuit que la comparaison entre le résultat d'exploitation obtenu avant et après la survenance de l'invalidité en vue d'une comparaison des revenus ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de la vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation ont été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. A défaut, il y a lieu en principe de renoncer à appliquer la méthode générale de comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA et de recourir à la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (cf. : Michel Valterio, op. cit., n° 34 et 48 ss ad. art. 28a LAI, p. 422 ss).

- 18 - En présence de circonstances particulières, il demeure possible de recourir, à titre subsidiaire, aux données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité, les facteurs personnels et les qualifications professionnelles particulières devant toutefois être pris en compte (cf. ATF 142 V 278 consid. 2.5.7 et références citées ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°45 ad art. 28 a LAI, p. 420). c) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). Dans ce cadre, le

- 19 - juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais 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) 8. a) Dans le contexte de la détermination du revenu sans invalidité du recourant, on observe que les revenus inscrits à son compte individuel AVS (CI) à compter de 2010 sont les suivants : • 2010 : 38'900 fr. • 2011 : 83'800 fr. • 2012 : 42'200 fr. • 2013 : 19'300 fr. • 2014 : 9'333 fr. Le recourant

requiert que le revenu sans invalidité soit arrêté à 154'496 fr., correspondant à la moyenne de ses revenus dégagés en Suisse et en France en 2010 et 2011. Selon lui, il aurait réalisé un revenu de 133'800 fr. en 2010 (68'100 fr. en Suisse et 54'750 euros en France) et un revenu de 175'192 fr. en 2011 (97'000 fr. en Suisse et 65'160 euros en France ; cf. mémoire de recours du 23 mai 2018 et ses écritures subséquentes des 18 février 2019 et 22 janvier 2020). Le Service des enquêtes de l'intimé a pour sa part retenu les éléments ci-après pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité sur la base des statistiques salariales de l'ESS, aux termes de son analyse économique du 26 septembre 2017 : « [...] Selon l'entretien [...] avec l'assuré (13.12.2016), ce dernier a cessé toutes ses activités en France à fin 2011. Cette cessation d'activité est indépendante de son état de santé, l'assuré étant venu rejoindre son amie à [...]. Il n'y a donc vraisemblablement pas lieu de tenir compte des activités réalisées à l'étranger pour la détermination du RS [réd. : revenu sans invalidité]. Nous ne disposons d'aucune pièce comptable avant 2011. Pour l'année 2011, le revenu fiscal ainsi que celui inscrit au CI s'écartent très fortement de celui ressortant des comptes d'exploitation versés au dossier. Nous ne sommes pas en mesure de déterminer la provenance des revenus pris en compte pour la détermination du revenu imposable et des cotisations AVS. L'assuré s'est trouvé en incapacité de travail du 27.03.2012 au 30.06.2012, les résultats comptables de cet exercice ne sont pas représentatifs de sa capacité de gain.

- 20 - Les résultats de 2013 et 2014 sont très modestes : bénéfice de Sfr.19'075.- en 2013 et de Sfr. 2'799 en 2014, ce qui semble ne pas correspondre au potentiel économique de l'assuré. Compte tenu de ce qui précède, nous estimons que les éléments économiques au dossier ne nous permettent pas de chiffrer de manière fiable le revenu hypothétique de notre assuré et nous proposons de chiffrer le RS sur la base des données statistiques selon l'ESS. Sur la feuille de calcul annexée, nous pouvons relever que le RS ainsi déterminé se monte à Sfr. 73'427 (valeur 2016). [...] » b) Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a notamment produit les pièces fiscales relatives aux années 2010 et 2011 le 31 octobre 2019. S'agissant des pièces fiscales suisses, les décisions de taxation fiscale retiennent un revenu provenant de l'activité indépendante de 38'952 fr. pour 2010 et un revenu net de 97'097 fr. pour 2011 (le détail des éléments pris en compte par l'autorité fiscale pour cette dernière année n'ayant pas été produit). L'autorité fiscale française fait de son côté état d'un revenu de 57'750 euros pour 2010 et de 65'160 euros en 2011, dont les composants sont inconnus, faute de production des pièces annexées aux déclarations fiscales. Quant aux éléments fournis le 21 août 2019 par R. _____ SA à la demande de la magistrate instructrice, ils n'apportent aucun détail sur la fixation du gain assuré à la base du contrat d'assurance individuelle d'indemnités journalières conclu en 2014. c) En l'espèce, force est de constater la très importante disparité des données économiques versées au dossier du recourant pour les années antérieures à 2015. Ainsi que l'a relevé à juste titre l'intimé, les pièces comptables relatives à l'entreprise individuelle du recourant ne permettent pas d'expliquer les divergences constatées avec les montants mentionnés au CI. Il en va de même avec ceux retenus par l'administration fiscale suisse. De nombreux facteurs semblent avoir joué un rôle dans les fluctuations des revenus du recourant, comme l'incapacité de travail survenue au printemps 2012. Un taux d'activité possiblement réduit en 2013 et 2014 ou des circonstances conjoncturelles défavorables durant ces années sont par ailleurs susceptibles d'expliquer la baisse drastique des revenus déclarés par le recourant, en dépit de l'absence de toute incapacité de travail médicalement attestée. Quoiqu'il en soit, une moyenne des revenus réalisées sur les cinq années précédant la

- 21 - survenance de l'atteinte à la santé de juin 2015, que ce soit sur la base du CI ou des pièces comptables, ne serait clairement pas représentative du potentiel économique du recourant en bonne santé. On ajoutera que les revenus dégagés en France ne pourraient de toute façon pas être pris en compte dans une telle moyenne, étant précisé qu'on ignore tout du contexte de l'activité corrélative (nature et taux de l'activité notamment) et qu'on ne dispose d'aucune pièce comptable y afférente. Au demeurant, de l'aveu même du recourant, il a cessé toute activité en France à fin 2011 pour des motifs purement personnels. d) Etant donné ces constats, l'intimé était légitimé à recourir aux statistiques salariales ressortant de l'ESS 2014, indexées à 2016 (les données de l'ESS 2016 n'étant pas disponibles à la date de la décision querellée), pour déterminer le revenu sans invalidité. Cette solution s'impose particulièrement dans le cas du recourant qui a par le passé exercé des activités de moniteur de sport également en qualité de salarié (cf. CI du recourant : activités dépendantes déployées en 2001 et 2002, ainsi que de 2005 à 2009 au profit d'écoles de ski en Suisse). En outre, le tableau TA1_skill-level de l'ESS contient les données valables dans l'enseignement (ligne 85), domaine englobant l'activité habituelle du recourant. Le salaire de référence pour des hommes exerçant une activité dans l'enseignement était, en 2014, de 5'863 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1), soit 71'094 fr. par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS). Etant donné l'indexation de 0,3 % en 2015 et de 0,6 % en 2016 (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2018 » susmentionné), on aboutit à un revenu de 71'703 fr. pour une activité exercée à 100 %, lequel peut être pris en compte au titre de revenu hypothétique sans invalidité. On relève au demeurant que ce montant

- 22 - apparaît largement favorable au recourant au vu des revenus substantiellement plus bas dégagés en 2013 et 2014. 9. a) S'agissant du revenu d'invalidité, le recourant sollicite que soit pris en compte le montant de 40'050 fr. correspondant à la moyenne des revenus qu'il aurait réalisés entre 2012 et 2015. Il ne saurait être suivi puisque ces revenus sont antérieurs à la survenance de l'incapacité de travail déterminante pour faire courir le délai de carence (cf. consid. 5 supra). Dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative adaptée en dépit de son exigibilité fixée à 100 % dès le 21 avril 2016, le revenu d'invalidité peut être fixé sur la base des statistiques salariales ressortant de l'ESS 2014, indexées à l'année de référence 2016. On ne saurait d'ailleurs retenir les griefs du recourant en lien avec la détermination concrète d'une activité adaptée, alors que ses limitations, concernant essentiellement le rachis, lui autorisent l'accès à nombre d'emplois compris dans la palette d'activités englobée dans le montant total de l'ESS. Le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2014, de 5'312 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1), soit 66'453 fr. par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS). Etant donné l'indexation de 0,3 % en 2015 et de 0,6 % en 2016 (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2018 » susmentionné), on aboutit à un revenu de 67'022 fr. pour une activité exercée à 100 %. b) En l'espèce, à l'instar de l'intimé, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement supplémentaire sur le salaire statistique. Le recourant est doté d'une faculté d'adaptation évidente au vu de son parcours professionnel, déployé tant dans son pays d'origine qu'en

Suisse. Les limitations fonctionnelles dont il pâtit demeurent par ailleurs

- 23 - modestes, puisqu'elles sont restreintes aux seules activités sollicitant à l'excès le rachis. Partant, on peut en déduire que le revenu de 67'022 fr. mis à jour ci-dessus est le revenu d'invalidité déterminant pour la comparaison des revenus. 10. Le degré d'invalidité du recourant s'élève en définitive à 6,5 % ($(71'703 - 67'022 \times 100) / 71'703$), arrondi à 7 %. Ce taux n'ouvre droit ni à une rente d'invalidité, ni à un reclassement professionnel. 11. a) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 17 avril 2018 confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe. c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.