

NE_GERICHTE CDP.2014.243 vom 17. Juli 2015

NE Tribunal cantonal, 2015-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2014.243

FR: NE_GERICHTE CDP.2014.243 du 17 juillet 2015

IT: NE_GERICHTE CDP.2014.243 del 17 luglio 2015

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

Lorsqu'un assuré dépose auprès de l'assurance-invalidité une nouvelle demande de rente faisant suite à une précédente procédure s'étant terminée par une décision de refus de rente ou par l'octroi rétroactif d'une prestation limitée dans le temps (ce qui revient à nier implicitement le droit à celle-ci pour la période subséquente, cf. arrêt du TF du 27.09.2013 [9C_435/2013] cons. 5.1), il lui appartient d'établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 133 V 263 cons. 6.1). Il en va de même lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant (art. 87 al. 2 et 3 RAI, nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'article 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 cons. 5.3.1). Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge n'a en principe à examiner la question de l'entrée en matière sur la nouvelle demande par l'administration qu'en cas de litige à ce sujet, c'est-à-dire quand l'administration a décidé de ne pas entrer en matière en se fondant sur l'article 87 al. 3 OAI et que l'assuré recourt contre cette décision. Par contre, un examen de la question de l'entrée en matière par le juge n'a pas lieu d'être lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 262 cons. 3, 109 V 108 cons. 2b). Il convient de distinguer la question de l'entrée en matière de l'examen au fond. Si l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit en examiner le fond et s'assurer que la modification établie de manière plausible par l'assuré est effectivement intervenue, tant il est vrai que l'exigence de la preuve relative au caractère plausible, nécessaire pour entrer en matière sur la nouvelle demande, est réduite par rapport à l'exigence de la vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Dans le cadre de l'examen au fond de la nouvelle demande, l'administration applique par analogie la procédure prévue en cas de révision de rente (art. 17 LPGGA). En vertu de l'article 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque cet état de

santé est resté en soi le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 cons. 3.5). Dans le cadre d'une nouvelle demande, il s'agit de déterminer si – par analogie avec l'article 17 LPGA – le taux d'invalidité a subi une modification notable entre le prononcé de la précédente décision entrée en force et la décision attaquée, et ensuite d'examiner si cette modification est suffisante pour admettre un taux d'invalidité pouvant fonder le droit à une rente (ATF 133 V 108 cons. 5.2; arrêt du TF du 13.03.2015 [9C_659/2014] cons. 3). En cas de recours, le même examen au fond incombe au juge. Conformément à la jurisprudence (ATF 133 V 108 , 109 V 262 cons. 4a), il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit , avec ceux intervenus depuis lors et jusqu'à l'époque de la décision litigieuse (décision sur la nouvelle demande de rente). Dans le cas d'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant et a entrepris différentes investigations. Conformément à ce qui précède, il n'appartient pas à la Cour de céans de juger si c'est à juste titre que l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de rente ou si au contraire il aurait dû s'en abstenir. Par contre, il y a lieu d'examiner si l'invalidité a subi une modification notable entre le 14 novembre 2008, date de la précédente décision en matière de rente, et le 14 juillet 2014, date de la décision attaquée.

E. 3

En matière d'appréciation 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. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 cons. 3a). Le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Même en tenant compte de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, il n'existe en effet pas, dans la procédure en matière de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 cons. 4.3). Cela étant, si des doutes ■ même faibles ■ subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance, il est loisible au juge de renvoyer la cause à l'assureur, à charge pour ce dernier d'entreprendre les investigations complémentaires nécessaires à leur dissipation (ATF 135 V 465 cons. 4.6). Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci

(arrêt du TF du 28.10.2014 [9C_483/2014] cons. 5.1).

E. 4

a) La décision du 14 novembre 2008 statuant sur la première demande a accordé une rente d'invalidité temporaire portant sur la période du 1^{er} août au 30 septembre 2007 tout en rejetant la demande pour le surplus. A cette époque, X. présentait une gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale ainsi qu'une entorse récidivante de la cheville droite. Il avait subi plusieurs interventions chirurgicales, dont notamment une arthroscopie de l'épaule droite avec acromioplastie et résection de l'extrémité distale de la clavicule (2005), une ostéotomie de valgisation proximale du tibia droit (2007) et une arthroscopie et ménissectomie interne partielle du genou gauche avec résection d'une exostose postéro externe du calcanéum gauche (10.04.2008) (rapports du Dr E. du 24.08.2007 et du 03.07.2008 et du Dr J. du 25.01.2008). Il souffrait de troubles ostéo-articulaires (douleurs enthésopathiques péri-articulaires prédominant aux poignets, aux omoplates, aux crêtes iliaques et aux épitrochlées) qui étaient décrits comme étant de plus en plus douloureux et handicapants par le médecin traitant (rapport du Dr E. du 03.07.2008), alors que le SMR avait retenu que ces douleurs n'avaient pas de traduction objective et qu'elles n'avaient pas à être considérées comme handicapantes au sens de la LAI. Son médecin traitant avait aussi évoqué une insomnie chronique et un état dépressif (rapport du Dr E. du 24.08.2007), sans que l'OAI ne retienne ces diagnostics comme ayant une incidence sur la capacité de travail. A cette époque, il était déjà reconnu que son activité habituelle de facteur (tri du courrier, chargement des paquets de lettres, déplacements en scooter par tous les temps) n'était plus adaptée mais qu'une activité permettant les changements de position (assise/debout/marche) et sans charges de plus de cinq kilos était exigible à 100 % (rapport du Dr I. du 13.11.2007). Le refus de rente à partir du 1^{er} octobre 2007 était motivé par le fait que l'assuré disposait dès cette date d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, qui lui aurait permis de réaliser des revenus ne justifiant pas le maintien d'une rente (taux d'invalidité de 12 %). b) La décision du 14 juillet 2014, qui rejette la nouvelle demande de rente, repose essentiellement sur le rapport du SMR du 11 mars 2014. Les médecins y posent les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de gonarthrose primaire à gauche (status après arthroplastie totale du genou gauche), de gonarthrose débutante du genou droit (status après ostéotomie tibiale proximale de valgisation) et de probable tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite (status après acromioplastie et résection de l'extrémité distale de la clavicule par arthroscopie). En ce qui concerne la capacité de travail sur le plan somatique, ils retiennent que si l'assuré n'est plus apte à travailler comme facteur depuis le 21 août 2006, il n'y a aucun argument pour dire qu'il ne puisse pas travailler à 100 %, dans une activité adaptée, depuis le 1^{er} octobre 2007 puis, après un arrêt de travail à 100 % du 22 juin au 31 décembre 2012 suite à l'arthroplastie totale du genou gauche, de nouveau à partir du 1^{er} janvier 2013. S'agissant du status psychiatrique, les médecins ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation (réaction mixte anxieuse et dépressive) tout en précisant qu'il n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail.

E. 5

a) Le rapport SMR du 11 mars 2014 se fonde sur l'examen de l'assuré effectué le 30 janvier 2014. Il a été établi en connaissance de ses antécédents et des rapports médicaux versés au dossier, il mentionne les plaintes exprimées par l'assuré, étudie les points nécessaires à la solution du litige et comporte une discussion et une appréciation du cas. Ce rapport remplit ainsi les conditions jurisprudentielles qui permettent de lui reconnaître une haute valeur

probante. Cette valeur probante n'est toutefois pas de même niveau pour tous les aspects devant être examinés dans le cadre de la résolution du litige. A cet égard, il convient de distinguer d'une part l'appréciation de l'état psychique ainsi que celle de l'état somatique pour la période postérieure à l'opération du 22 juin 2012, et d'autre part l'appréciation somatique pour la période antérieure à cette opération. b) En ce qui concerne l'appréciation psychique, le rapport SMR aborde longuement et de manière approfondie la situation psychiatrique de l'assuré et présente de manière convaincante les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions du psychiatre traitant, le Dr D. S'agissant du status psychiatrique, les médecins du SMR ont relevé que l'assuré présente des troubles nets de la mémoire, mais pas de troubles de la concentration ni de l'attention. Il se montre anxieux par rapport aux problèmes financiers du couple, mais sans présenter de tableau compatible avec un tableau d'anxiété généralisée. Il ne présente pas de crise de panique (mis à part un épisode unique qui ne s'est plus jamais représenté) ou de troubles obsessionnels. Sur le plan de la thymie, l'assuré avoue une certaine tristesse mais il ne présente pas un abaissement net de l'humeur, ni de ralentissement psychomoteur. Il a de temps en temps des idées non pas de suicide mais plutôt d'un ras-le-bol généralisé. Il ne présente pas de diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables. Il ne présente pas de troubles de l'appétit et a toujours eu un bon appétit. Le Dr D. est d'avis, quant à lui, dans ses quatre rapports déposés au dossier (15.04.2011, 17.12.2011, 02.11.2012, 30.05.2014), que par rapport à l'ensemble de ses problèmes de santé tant physiques que psychiques, l'assuré présente une incapacité de travail complète. Cette position est exprimée de manière péremptoire, sans nuances et sans explication ou motivation. Elle n'aborde pas la question de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, capacité pourtant admise de manière générale dans son principe par les autres professionnels de la santé ayant déposé des rapports au dossier. De plus, le Dr D., psychiatre, n'attribue pas l'incapacité de travail aux seuls problèmes psychiques de l'assuré, mais à "l'ensemble de ses problèmes psychiques et surtout physiques". Son dernier rapport (30.05.2014), déposé à l'appui de l'opposition, ne discute ni ne conteste les observations et appréciations du rapport SMR, se limitant à répéter une fois encore le point de vue péremptoire d'une incapacité totale de travail dans toute activité. L'ensemble de ces éléments amène la Cour de céans à considérer que les rapports du Dr D. possèdent une valeur probante diminuée en ce qu'ils concluent à une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute activité. Ils ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du SMR quant à la capacité de travail dans une activité adaptée. c) Pour ce qui a trait à l'évaluation somatique concernant la période postérieure à l'opération du 22 juin 2012, les médecins du SMR ont retenu une incapacité de travail totale dès l'opération et jusqu'au 31 décembre 2012, puis une capacité de travail à 100 % dès le 1^{er} janvier 2013 dans une activité adaptée, c'est-à-dire avec les limites fonctionnelles suivantes : travail sédentaire ou semi-sédentaire, dans lequel l'assuré puisse alterner la position assise avec la position debout à sa guise; la station debout prolongée doit être évitée, de même que se mettre à genou ou accroupi; des courts déplacements à plat sont possibles; le port de charges supérieures à dix kilos doit être évité, de même que le soulèvement de charges supérieures à trois kilos avec le membre supérieur droit; tout métier doit être évité qui implique une mobilité de l'épaule droite au-delà de l'horizontale ainsi que des mouvements répétitifs de celle-ci. Les rapports déposés par les médecins traitant, et qui ont tous été rédigés pendant la période de convalescence de six mois, n'excluent pas la reprise du travail dans une activité adaptée. Ainsi, pour le Dr A. (26.10.2012), la capacité de travail dans une activité adaptée

paraissait en l'état nulle mais devait faire l'objet d'un réexamen ultérieur. Quant au Dr B. (21.12.2012), il a mentionné avoir évoqué avec l'assuré la possibilité d'une reprise de travail dans une activité adaptée au début 2013 à 50 %. Cela étant, ces deux rapports ne contiennent aucun élément permettant de mettre en doute l'appréciation dûment fondée et convaincante des médecins du SMR quant à une reprise du travail à 100 % dans une activité adaptée à partir du 1^{er} janvier 2013. d) Pour ce qui a trait à l'évaluation somatique concernant la période antérieure à l'opération du 22 juin 2012, la Cour de céans observe que le rapport du SMR n'est pas complètement convaincant. S'agissant de l'évolution de la situation pour la période postérieure à la première décision de l'assurance-invalidité (14.11.2008) et en ce qui concerne le genou gauche, les médecins du SMR ont correctement relevé que l'assuré avait subi une ostéotomie tibiale proximale de valgisation à fin novembre 2008 dont l'évolution n'avait pas été favorable, de même qu'ils ont mentionné que, suite à la persistance des douleurs et après avoir épuisé un traitement conservateur, une arthroplastie avait été décidée (opération du 22.06.2012). Dans leur appréciation du cas, les médecins du SMR ont néanmoins retenu en substance qu'il n'y avait aucun argument pour dire que l'assuré ne puisse pas travailler à 100 % dans une activité adaptée pendant toute la période du 1^{er} octobre 2007 au 22 juin 2012. A cet égard, la Cour de céans observe que si le rapport fait effectivement mention d'un arrêt de travail à 100 % de l'assuré dès le 9 mars 2010, il ne comporte aucun élément de discussion permettant de comprendre comment les médecins du SMR sont arrivés à la conclusion d'une capacité totale de travail telle que relevée ci-dessus, alors même que plusieurs rapports médicaux au dossier mentionnent que l'incapacité de travail en cours depuis le 9 mars 2010 se poursuivait au jour de leur rédaction (rapports du Dr A. du 26.10.2012 et du Dr B. du 21.12.2012). Le rapport ne fait pas non plus mention du toilettage arthroscopique (22.09.2010) du genou gauche (rapport du Dr A. du 08.02.2011), de sorte qu'il ne se prononce pas sur une éventuelle incapacité de travail liée à cette opération. Il convient aussi de relever que le Dr B. (21.12.2012) déclare que l'état de santé de X. s'était péjoré depuis fin 2011, ce qui avait amené à l'opération du 22 juin 2012. Ces éléments laissent à penser qu'une incapacité de travailler antérieure à l'opération du 22 juin 2012 n'était pas exclue. Cela étant, le rapport ne contient pas les clés permettant de suivre ses auteurs quant au choix du 22 juin 2012 comme date du début de l'incapacité de travailler, au regard des autres éléments au dossier rappelés ci-dessus. Cela est suffisant pour faire naître un doute quant à la pertinence du rapport du SMR en ce qu'il porte sur la capacité de travailler du recourant et sur l'évolution de cette capacité au cours de la période du 1^{er} octobre 2007 au 21 juin 2012. Pour ce motif, il convient d'annuler la décision dont est recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction sur ce point et nouvelle décision.

E. 6

a) Le recourant fait grief à l'administration de n'avoir indiqué aucun exemple concret de poste dans lequel il pourrait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il conteste que ses limitations fonctionnelles permettent d'occuper un poste de magasinier ou d'employé de bureau, comme suggéré par le Dr E. (rapport du 24.08.2007) puisque l'activité de magasinier exige des déplacements constants, une station debout et le port régulier de poids supérieurs à dix kilos, tandis qu'une activité de bureau est incompatible avec son état de santé ainsi qu'avec ses compétences. Selon lui, une activité simple de surveillance et de contrôle de machines (semi-)automatiques ou d'unités de production n'est pas non plus compatible avec ses limitations fonctionnelles puisqu'elle implique le maintien d'une même position pendant une certaine durée ainsi qu'une mobilité de l'épaule droite au-delà de

l'horizontale. Même une activité de surveillance est incompatible avec ses problèmes de genou dans la mesure où un tel poste suppose la faculté de réagir physiquement à un imprévu (emploi de la force ou courir après quelqu'un). Il conclut qu'aucune activité simple et répétitive comprise dans l'éventail de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) n'est compatible avec ses limitations fonctionnelles. En bref, il estime qu'il n'existerait sur le marché équilibré du travail aucune activité exigible de sa part. 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'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 cons. 4b). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt du TF du 13.03.2015 [9C_659/2014] cons. 5.3.2). c) Le Tribunal fédéral a admis qu'un assuré ne pouvait pas exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré du travail notamment dans les situations suivantes. Dans l'arrêt du 04.05.2009 [9C_984/2008], l'assuré souffrait d'un grave trouble de la personnalité et n'avait jamais réussi à véritablement prendre pied de manière durable dans le monde du travail; il avait besoin de pouvoir fonctionner de manière parfaitement autonome et en dehors de toute pression extérieure. Ainsi, bien qu'il disposât d'une capacité fonctionnelle de travail fixée médicalement à 50 %, celle-ci ne pouvait être mise en valeur que dans des conditions particulièrement restreintes (pouvoir travailler dans un environnement confiné et protégé, en dehors de tout stress professionnel et social) que le marché du travail ne connaissait pas. Dans l'arrêt du 08.01.2008 [9C_313/2007], d'importantes limitations fonctionnelles devaient être prises en considération pour déterminer une activité adaptée exigible : position de travail alternée (surtout pour éviter une position statique de la nuque), pas de travaux lourds, pas de port de charge supérieure à un kilo, pas de travaux au-dessus de l'horizontale avec les bras, force de préhension et de serrage des deux mains diminuée, pas d'exposition à un stress trop important. Dans ce cas, le Tribunal fédéral a retenu que même en tenant compte du large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations (en particulier au niveau des membres supérieurs) de l'assuré n'apparaissaient pas suffisantes pour admettre qu'elle puisse mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique. d) En l'espèce, les limitations fonctionnelles du recourant sont rappelées au considérant 5c ci-dessus. Leur conjonction ne se présente pas de

manière aussi défavorable que dans les exemples cités plus haut. En particulier, le recourant peut faire usage de ses deux mains pour porter des charges jusqu'à dix kilos. Aucun élément au dossier ne permet de retenir que sa force de préhension et de serrage serait diminuée de manière sensible, même s'il est fait état de douleurs au poignet droit lors de certains mouvements. Ses limitations fonctionnelles ne sont pas telles qu'il ne puisse pas trouver, dans le cadre d'un marché du travail équilibré, un emploi lui permettant de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail. Contrairement à ce qu'il prétend, ses limitations ne permettent pas d'exclure d'emblée tout travail de magasinier : si certains emplois de ce type exigent effectivement le port de lourdes charges, il est évident que d'autres sont compatibles avec un empêchement de porter plus de dix kilos ou de soulever des charges de plus de trois kilos avec le bras droit. Il en va de même des activités simples de surveillance et de contrôle de machines (semi-)automatiques ou d'unités de production, dont on peut admettre qu'un certain nombre d'entre elles ne seront pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles sans que cela n'enlève rien à la réalité de l'existence d'un nombre suffisant de postes adaptés à dites limitations fonctionnelles et dans lesquels il pourra effectivement mettre à profit sa capacité résiduelle de travail. Par ailleurs, il n'incombe pas à l'administration de désigner le poste ou la fonction qui pourrait correspondre aux limitations présentées par le recourant. Il s'agit uniquement de savoir si, compte tenu de son état de santé, l'assuré est à même d'exercer une activité déterminée sans que l'on ait à rechercher s'il va effectivement trouver un employeur disposé à lui confier ce travail (Valterio , Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2112). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont compatibles avec une alternance de la position assise avec la position debout, en évitant la station debout prolongée ainsi que les positions à genou ou accroupi, avec un port de charges limité à dix kilos tout en ménageant le bras droit pour le soulèvement de charges supérieures à trois kilos, de sorte qu'elles peuvent être exercées de manière adaptée au handicap du recourant.

E. 7

L'OAI a fixé le revenu sans invalidité en prenant comme base le salaire de l'assuré pour 2007 tel qu'annoncé par son ancien employeur (70'896 francs) et en l'adaptant pour tenir compte d'une évolution des salaires – dans la branche "Postes et télécommunications", devenue "Activités de poste et de courrier" à partir de 2011 – de 2,2 % en 2008, 3,3 % en 2009, 0,7 % en 2010, 0,6 % en 2011, 0,8 % (recte : 1,5 %) en 2012 et 0,8 % (recte : 0,5 %) en 2013 pour aboutir à un revenu sans invalidité de 77'040.90 francs (la décision comporte une erreur de frappe et indique 77'404.90 francs) (recte : 77'345.05 francs). Pour fixer le revenu d'invalidé, l'OAI s'est fondé sur la table TA1 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (2010), selon laquelle le salaire mensuel médian obtenu par un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4) était de 4'901 francs (soit 58'812 francs de revenu annuel) pour une durée hebdomadaire de 40 heures en 2010. Ce montant a été ensuite adapté pour tenir compte d'une évolution des salaires nominaux pour les hommes, de 1 % en 2011 et de 0,8 % en 2012 et 2013 (résultat intermédiaire: 60'354 francs) ainsi que d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures en 2013 (résultat intermédiaire : 62'919 francs), avant d'être soumis à un abattement de 20 % pour tenir compte de l'âge, des limitations fonctionnelles et de la perte des avantages économiques liés à l'ancienneté professionnelle de l'intéressé, pour aboutir à un revenu d'invalidé de 50'335.50 francs. La comparaison de ces deux revenus laisse apparaître une perte économique de 27'009.55 francs (au lieu des 26'705.40 francs

mentionnés dans la décision) représentant un taux d'invalidité de 34,92 % arrondi à 35 %. Le recourant ne remet pas en cause la détermination du revenu sans invalidité et du revenu d'invalidité. La manière dont l'OAI y a procédé ne prête du reste pas le flanc à la critique. En particulier, le facteur d'abattement fixé à 20 % pour tenir compte des circonstances du cas d'espèce se situe dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'OAI. Ainsi, les deux revenus – corrigés pour tenir compte des erreurs minimales relevées ci-dessus – peuvent être confirmés de même que le taux d'invalidité de 35 % qui, comme l'a relevé l'OAI, est un taux insuffisant pour donner droit à une rente de l'assurance-invalidité, le minimum prévu à cet effet étant de 40 %.

E. 8

Les considérants qui précèdent amènent à l'admission partielle du recours. Pour les motifs exposés ci-dessus, il appartiendra à l'intimé de compléter l'instruction de la cause en ce qui concerne l'évolution de la capacité de travailler au cours de la période du 1^{er} octobre 2007 au 21 juin 2012, dans la mesure nécessaire à la résolution de la question litigieuse, étant rappelé qu'en principe, un droit à la rente n'est pas possible pour la période antérieure à la demande de prestations (ATF 140 V 2 cons. 5.1, arrêt du TF du 07.05.2012 [8C_888/2011] cons. 5.1 et 5.2). Sur la base de ce complément d'instruction, l'OAI rendra une nouvelle décision quant à l'éventuel droit à une rente pour tout ou partie de la période s'échelonnant en principe entre le dépôt de la nouvelle demande de prestations, le 20 janvier 2011, et le 31 décembre 2012. Dans cette mesure, la décision attaquée est annulée. Pour le reste, elle est confirmée en ce qu'elle rejette la demande et refuse le droit à une rente à partir du 1^{er} janvier 2013.

E. 9

Vu l'issue du litige, les frais de la procédure doivent être mis partiellement à la charge du recourant et de l'OAI (art. 69 al. 1 bis LAI). Le solde de son avance de frais sera restituée au recourant. Celui-ci obtenant par ailleurs partiellement gain de cause, il a droit à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA, art. 48 LPJA). Le mandataire a déposé un mémoire ascendant à 3'699 francs dont il ressort qu'il a consacré 15,5 heures à l'affaire. Ce temps très important dépasse de loin celui qui apparaît comme nécessaire au vu des particularités de la cause et ne trouve pas de justification au dossier. Cela étant, et compte tenu du fait que le recourant n'a obtenu que partiellement gain de cause, la Cour de céans fixe les dépens réduits à 1'000 francs tout compris (honoraires, frais, TVA), à charge de l'intimé.

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