

NE_GERICHTE CDP.2021.173 vom 21. November 2011

NE Tribunal cantonal, 2011-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2021.173_d20111121

FR: NE_GERICHTE CDP.2021.173 du 21 novembre 2011

IT: NE_GERICHTE CDP.2021.173 del 21 novembre 2011

Regeste

Assurance-invalidité. Rente d'invalidité. Calcul de la rente en lien avec les années de cotisations.

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1, 131 V 242 cons. 2.1 et les références citées). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF des 05.08.2019 [8C_217/2019] cons. 3 et 25.07.2018 [9C_269/2018] cons. 4.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du TF du 19.04.2021 [8C_239/2020] cons. 7.2.1 et les références citées). b) En l'espèce, le rapport rendu par le Dr T. _____ le 25 février 2022 et le rapport de la Dre U. _____ du 20 septembre 2021, produits par le recourant le 4 mars 2022, ont été établis postérieurement à la décision du 19 avril 2021. Il apparaît toutefois que ces médecins se sont prononcés sur l'état de santé de l'assuré prévalant lorsque ladite décision a été rendue, de sorte qu'on peut admettre que la situation décrite correspond à celle qui était déterminante au moment de ladite décision. Il y a ainsi lieu de tenir compte de ces documents.

E. 3

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », notamment la LAI, le RAI et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu du principe de droit intertemporel selon lequel les dispositions légales applicables sont celles qui étaient en vigueur à l'époque à laquelle les faits juridiquement déterminants se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 129 V 354 cons. 1), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

E. 4

a) Selon l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité

de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (al. 1). 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). En vertu de l'article 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 qui entre en considération, 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGa). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LA I).

b) A l'aune des nouvelles exigences jurisprudentielles relatives à l'évaluation des troubles psychiques (ATF 143 V 409 , 143 V 418), toutes les affections psychiques (y compris les dépressions légères à moyennes) doivent en règle générale faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 . Dans cet arrêt, rendu en matière de troubles douloureux sans causes organiques explicables (troubles somatoformes douloureux) et troubles psychosomatiques analogues, le Tribunal fédéral a considéré qu'il convient, en présence de tels troubles, d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Dès lors que les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée, le Tribunal fédéral a estimé qu'une telle approche doit aussi s'appliquer à tous les troubles psychiques, afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Ainsi, conformément à la jurisprudence introduite avec les ATF 143 V 409 et 143 V 418 , le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (cf. également arrêt du TF du 24.04.2018 [9C_142/2018] cons. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe, aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne pouvant être déduite du seul diagnostic (arrêts du TAF des 03.04.2019 [C-2507/2016] cons. 11.2 et 27.07.2018 [C-4257/2015] cons. 9.1).

c) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a recours, a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable, voire incapable, de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les références citées).

d) 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. Il 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 (arrêt du TF du 28.10.2021 [8C_733/2020] cons. 3.4). Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le juge s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 143 V 124 cons. 2.2.2, 134 V 231 cons. 5.1 ; arrêt du TF du 06.03.2018 [9C_453/2017] cons. 4.2). 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 135 V 465 cons. 4.4, 125 V 351 cons. 3 ; arrêt du TF du 23.03.2016 [9C_557/2015] cons 5.2 ; Valterio , in Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [ci-après : Commentaire LAI], n. 33 ad art. 57 LAI). En présence d'avis contradictoires, le tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 cons. 1b et les références ; arrêt du TF du 10.02.2014 [9C_748/2013] cons. 4.1.1 et 4.1.2). Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF du 29.10.2003 [I 321/03] cons. 3.1 ; Valterio , Commentaire LAI, n. 48 ad art. 57 LAI). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise soient établis à la demande d'une partie et soient produits pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante (ATF 125 V 351 cons. 3b/dd et les références citées). Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI, les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral. L'alinéa 2 de cette disposition ajoute qu'ils peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurées. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit, avec copie à l'assuré. Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'article 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'article 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 cons. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêt du TF du 06.07.2009 [9C_204/2009] cons. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus 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). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise 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 (ATF 135 V 465 cons. 4.6). e) De l'avis du Tribunal fédéral, les appréciations des médecins permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (arrêts du TF des 22.04.2021 [9C_343/2020] cons. 6.1 et 12.08.2020 [8C_713/2019] cons. 5.2 et les références citées). Toutefois, lorsqu'une appréciation médicale de la capacité de travail diverge sensiblement de la capacité de travail objectivement constatée lors d'une observation professionnelle détaillée et approfondie effectuée par des spécialistes de la profession dans laquelle l'assuré a eu un comportement professionnel et un engagement irréprochable, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction. En effet, une telle divergence est de nature à justifier de sérieux doutes sur les appréciations médicales, de sorte que l'obtention d'avis médicaux ou la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires de clarification sont en principe indispensables (arrêts du TF des 15.02.2019 [9C_534/2018] cons. 2.2, 14.11.2018 [8C_563/2018] cons. 6.1.1 et 27.06.2018 [8C_48/2018] cons. 4.3.1 et les références citées ; Valterio , Commentaire LAI, 2018, n. 55 ad art. 57 LAI).

E. 5

a) En l'espèce, comme les expertises effectuées par les médecins de la clinique J. _____ ont dû être retirées du dossier (ATF 144 V 258 ; arrêt du TF du 22.12.2017 [2C_32/2017]), la décision de l'OAI est fondée principalement sur les examens effectués par les médecins du SMR, soit les Drs O. _____, P. _____ et Q. _____. b) Au niveau rhumatologique, le Dr O. _____ a retenu, dans son rapport du 29 janvier 2013, avec répercussion durable sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de protrusions discales, de troubles dégénératifs postérieurs étagés et d'attitude scoliotique, des cervicalgies non déficitaires dans un contexte de protrusion disco-ostéophyttaire en C5-C6, une diplégie spastique, un hallux valgus bilatéral avec des troubles dégénératifs secondaires. Il a retenu diverses limitations fonctionnelles en lien avec ces diagnostics ainsi qu'une capacité de travail de 65 % dans une activité adaptée à celles-ci, en tenant compte d'une diminution de rendement de 10 %, dès le 28 novembre 2011. Les responsables d'Alfaset ont quant à eux retenu quelques mois plus tard, dans le cadre d'un stage d'observation du 28 octobre 2013 au 30 novembre 2014 effectué à hauteur de 3 heures par jour et 4 fois par semaine, que l'assuré présentait un rendement de 30 à 40 %, ce qui aboutit à une capacité résiduelle de 9 à 12 %. A noter que l'augmentation de la mesure à 4 heures par jour et 4 fois par semaine a été un échec. Les responsables de la mesure ont également retenu les limitations fonctionnelles suivantes au niveau cervical : pas de position statique de plus de 5 minutes, pas de rotations rapides de la nuque, pas d'inclinaison de la tête en avant ; concernant les lombaires: pas de rotation du rachis, pas de porte-à-faux même léger, pas de position statique ; en raison des gros orteils : pas de franchissement d'escaliers et pas de déplacement en terrain irrégulier. Ils ont ajouté que l'assuré avait un comportement travailleur ainsi qu'une conscience professionnelle élevée et qu'il était consciencieux, impliqué et volontaire. En dernier lieu, ils ont relevé qu'il ne se plaignait jamais mais qu'il pouvait avoir une mine sombre ou qu'il devenait livide lorsque les douleurs étaient particulièrement présentes. Vu l'impossibilité d'augmenter la capacité de travail à Alfaset au-delà de 30 %, les médecins du SMR ont estimé nécessaire de

demander une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique. Un examen clinique dans ces deux domaines a été confiée aux Drs P. _____ et Q. _____. Le premier a retenu des lombalgies chroniques et cervicobrachialgies non déficitaires dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec hernie discale C6-C7 droite, une diplégie spastique, un hallux valgus bilatéral avec des troubles dégénératifs secondaires et un syndrome rotulien bilatéral avec patella alta. Il a retenu diverses limitations fonctionnelles en lien avec ces diagnostics. Au niveau psychiatrique, le Dr Q. _____ a constaté que l'expertisé avait présenté une réaction mixte dépressive et anxieuse causée par une augmentation des exigences à son poste de travail, cette symptomatologie étant toutefois insuffisante pour justifier un diagnostic spécifique de trouble dépressif ou anxieux. Il a encore mis en évidence des facteurs psychosociaux à l'origine des troubles. Au vu de ces éléments, il a expressément écarté les conclusions du psychiatre traitant, soit le Dr N. _____. Lesdits spécialistes du SMR ont conclu à une capacité de travail similaire à celle retenue par le Dr O. _____, soit 65 % dans une activité adaptée depuis le 28 novembre 2011. Toutefois, les Drs P. _____ et Q. _____, sollicités expressément s'agissant des conclusions des responsables du stage chez Alfaset, auraient dû discuter le fait que l'assuré, bien qu'impliqué et volontaire, était dans l'impossibilité d'augmenter sa capacité de travail chez Alfaset au-delà de 30 % et, par conséquent, expliquer pour quelles raisons ils retenaient une capacité de travail sensiblement plus élevée, soit de 65 %. Or, leur rapport ne contient pas d'analyse approfondie des résultats de cette mesure de réinsertion et n'explique pas la divergence entre les résultats de leur appréciation et les performances moindres relevées pendant ladite mesure. Ce rapport n'est ainsi manifestement pas suffisamment motivé, et donc lacunaire, sur un point qui nécessitait un éclaircissement de leur part. De plus, dans la mesure où ces médecins n'ont pas relevé d'incohérence ou d'autolimitation de la part de l'intéressé qui permettraient de justifier la différence entre leurs conclusions et l'appréciation des responsables d'Alfaset, cette absence de motivation est d'autant plus incompréhensible. En outre, ces médecins n'ont pas non plus pris en compte et discuté les limitations fonctionnelles indiquées dans le cadre de la mesure de réinsertion et n'ont ainsi par conséquent pas indiqué les raisons pour lesquelles ils les avaient écartées. Par exemple, les responsables de la mesure mentionnent que l'assuré ne peut être statique plus de 5 minutes et que la mesure a dû être aménagée dans ce sens. Or, les spécialistes du SMR retiennent seulement la nécessité pour l'intéressé de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et debout mais ne se prononcent pas sur le fait que celui-ci n'a pas pu assurer une position statique lors de son stage chez Alfaset. Aussi, comme le stage précité constituait un stage d'observation professionnelle qui doit être pris en compte conformément à la jurisprudence susmentionnée, que l'intéressé a été considéré comme ayant eu un comportement professionnel et un engagement irréprochable et que les conclusions des intervenants des mesures de réinsertion, soit une capacité de travail résiduelle de 9 à 12 %, étaient diamétralement opposées aux conclusions du Dr O. _____ qui a retenu une capacité de travail de 65 % dans une activité habituelle, les Drs P. _____ et Q. _____ étaient tenus de discuter expressément cette différence d'appréciation de la capacité de travail de l'assuré. L'OAI aurait ainsi dû, à tout le moins, demander aux spécialistes du SMR une prise de position complémentaire sur cette question. Or, cela n'a pas été fait. c) En outre, alors que le médecin du SMR a clairement indiqué que la question du diagnostic de trouble somatoforme douloureux se posait, les spécialistes du SMR n'ont pas non plus discuté cette problématique, quand bien même ils ont nié – sans motivation – le diagnostic de fibromyalgie. De plus, il est à noter que cette question est

toujours d'actualité dans la mesure où les médecins du Centre de la douleur de l'Hôpital de l'Île ont retenu, comme diagnostic, notamment une maladie chronique douloureuse avec composantes somatique et psychique. d) Les Drs P. _____ et Q. _____ n'ayant pas discuté les appréciations qui découlent de la mesure de réinsertion chez Alfaset et n'ayant pas répondu aux questions que se posait le médecin du SMR, la valeur probante de leurs conclusions doit être relativisée. e) Elle doit également être relativisée à la lecture des autres éléments présents au dossier. S'agissant des mesures de réinsertion, il doit être relevé que le stage auprès de [ccc] effectué en 2017, qui respectait toutes les limitations fonctionnelles posées, a pu être effectué à hauteur de 40 %, ce qui est une capacité de travail sensiblement différente de celle retenue par l'OAI de 65 % sur la base du rapport d'examen susmentionné. Même si le conseiller AI de l'assuré a indiqué qu'un taux de 50 % était envisageable, il s'agit d'une appréciation hypothétique qui n'est pas basée sur les constatations des responsables du stage. Il peut également être relevé ici que l'intéressé a toujours été motivé pour effectuer des mesures de réinsertion et retrouver un emploi adapté à sa capacité de travail. A ce titre, il a été à de nombreuses reprises considéré comme agréable, volontaire, méticuleux et consciencieux. Il a notamment indiqué préférer effectuer une mesure que de rester à la maison et il a été très affecté lorsque, en novembre 2014, la prestation s'est limitée à une aide au placement ou lorsque son emploi auprès de [ccc] ne s'est pas poursuivi en mai 2017. Il a également sombré psychologiquement lorsqu'il n'a plus eu d'activité en janvier 2019. Dans ces conditions, les appréciations découlant des mesures de réinsertion effectuées, notamment celle découlant du stage chez [ccc], doivent également être prises en compte, afin de déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant. f) En outre, aucun des médecins consultés au niveau physique ne retient une capacité de travail de 65 %. Le Dr A. _____ a longtemps conclu à des incapacités de travail de 100 %. Dans un rapport du 1^{er} juillet 2017, il a admis une capacité de travail de 3 heures par jour dans un atelier protégé. Il est à noter ici que, comme le relève le recourant, ce taux correspond à la capacité de travail attestée lors des diverses mesures de réinsertion effectuées. Le Dr F. _____, consulté une fois par mois par l'assuré, a également attesté à plusieurs reprises des périodes d'incapacité de travail à un taux de 100 %. Récemment, le Dr T. _____ a estimé que son patient était inapte à travailler dans son activité professionnelle mais également dans toute activité. g) De plus, l'examen des Drs P. _____ et Q. _____ datait, au moment de la prise de décision de l'OAI, de plus de 6 ans et demi. A ce jour, elle date de plus de 8 ans et demi. Par la suite, il a été relevé que l'intéressé souffrait de lésion partielle du supra-épineux et du sous-scapulaire, d'une subluxation du long chef du biceps de l'épaule droite et de lésions dégénératives acromio-claviculaires modérées et associées à des phénomènes d'omarthrose de l'épaule gauche, ainsi que de rhizarthrose au poignet droit. Quand bien même le Dr R. _____, chirurgien orthopédiste, a indiqué qu'une intervention chirurgicale n'avait pas lieu d'être, puisque les lésions dégénératives de l'épaule gauche étaient modérées et que leur impact était plutôt minime sur l'ensemble des problèmes médicaux, il n'en demeure pas moins que les répercussions des atteintes aux épaules – l'épaule gauche sur laquelle le Dr R. _____ s'est prononcé, mais également l'épaule droite – sur la capacité de travail de l'assuré n'ont pas fait l'objet d'une appréciation médicale. De plus, le fait que le Dr A. _____ ne retienne pas de limitation fonctionnelle spécifique à cette atteinte – il sied de souligner qu'il a déjà relevé notamment la nécessité de ne pas porter, soulever et transporter des charges de plus de 5 kg – ne signifie pas encore que cette affection n'a pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il en est de même de l'affection de rhizarthrose. Aucune appréciation médicale en lien avec les

répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail de l'intéressé n'a été effectuée. En outre, les nouveaux examens mis en œuvre démontrent également des protrusions discales en D12-L1 et L2-L3 qui n'existaient pas au moment de l'examen des Drs P. _____ et Q. _____. Dernièrement, il a encore été diagnostiqué des lésions de cervicarthrose étagée avec discopathies associées à retentissement biforaminal plus marqué à droite de façon étagée avec aspect de souffrance radiculaire en C5-C6 et C6-C7, une tendance à l'étranglement canalaire associée, ainsi qu'une importante bascule du bassin et des discopathies à l'étage dorsolombaire. Au niveau psychique, la question d'un trouble somatoforme douloureux se pose toujours au vu des conclusions des médecins du Centre de la douleur de l'Hôpital de l'île qui ont retenu notamment une maladie chronique douloureuse avec composantes somatique et psychique, conclusions plus récentes que celles des Drs P. _____ et Q. _____. h) Pour toutes les raisons qui précèdent, il convient de retenir que plusieurs éléments – tant sur le plan physique que psychique – permettent de douter de la valeur probante des rapports des examens du SMR des 29 janvier 2013 et 5 novembre 2014, de sorte que l'OAI ne pouvait se fonder uniquement sur ces appréciations pour déterminer le droit à la rente de l'intéressé. Dans ces conditions, une appréciation fiable et actuelle des répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail de l'assuré n'est pas possible. S'agissant donc ici de la nécessité d'élucider des questions non réglées par l'administration (ATF 137 V 210 cons. 4.4.1.4), il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'article 43 al. 1 LPGa. Cette solution apparaît comme opportune. Il lui incombera de mettre en œuvre de la manière qui lui semblera la plus adéquate et dans le respect de la jurisprudence y relative (ATF 141 V 281), une ou des mesures d'instruction à même de déterminer à satisfaction de droit les limitations fonctionnelles et la capacité médico-théorique du recourant en lien avec ses atteintes non seulement somatiques mais également psychiques. Le recours est donc admis sur ce point.

E. 6

Le recourant fait encore valoir que la décision de l'OAI est erronée dans la mesure où les périodes pendant lesquelles il a touché des indemnités journalières de l'OAI, soit du 28 octobre 2013 au 30 novembre 2014 et du 1^{er} avril 2015 au 28 février 2018, n'ont pas été prises en compte dans le calcul de l'échelle de la rente. Il fait valoir à ce titre l'application de l'article 25 LAI. En outre, il invoque également l'application de l'article 20 ter RAI. a) Selon l'article 36 al. 2 première phrase LAI, les dispositions de la LAVS sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires. Le montant des rentes d'invalidité correspond au montant des rentes de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants (art. 37 al. 1 LAI). Les articles 50 à 53bis RAVS sont applicables par analogie aux rentes ordinaires de l'assurance-invalidité (art. 32 al. 1 RAI). Le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (âge de la retraite ou décès) (art. 29 bis al. 1 LAVS). La durée de cotisations est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29 ter al. 1 LAVS). b) Il découle de la décision du 19 avril 2021 que l'OAI retient une incapacité de travail dès le 16 février 2011, sur la base des premiers certificats médicaux établis par les médecins du CNP. Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. c LAI), l'invalidité, constituant le risque assuré au

sens de l'article 29 bis al. 1 LAVS , est survenue le 16 février 2012 (cf. à cet égard ATF 147 V 133 cons. 5.4.1). Il ressort des comptes individuels du recourant que pendant la période déterminante (art. 29 bis al. 1 LAVS), entre le 1^{er} janvier suivant la date où l'assuré a eu 20 ans, soit le 1^{er} janvier 1992, et le 31 décembre précédant la réalisation du risque assuré, soit le 31 décembre 2011, le recourant a cotisé 3 ans et 8 mois. Contrairement à ce que fait valoir le recourant, la période déterminante pour calculer les années de cotisations à prendre en compte s'arrête au 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré – ici le 16 février 2012 –, soit le 31 décembre 2011 (cf. art. 29 bis al. 1 LAVS et 52c RAVS). Aussi, les périodes où il a perçu des indemnités journalières de l'OAI, soit 3 mois en 2013, 11 mois en 2014, 9 mois en 2015, 12 mois en 2016 et 2017 ainsi que 2 mois en 2018, sont ultérieures au 31 décembre 2011 et ne peuvent ainsi pas être prises en compte dans les années de cotisations permettant de déterminer l'échelle de la rente. Aussi, quand bien même l'article 25 al. 1 LAI prévoit que sont payées sur les indemnités journalières les cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants (let. a), à l'assurance-invalidité (let. b), au régime des allocations pour perte de gain (let. c), le cas échéant, à l'assurance-chômage (let. d) et que les indemnités journalières, comme tout autre revenu, sont inscrites dans le compte individuel que les caisses de compensation tiennent pour tout assuré, il n'en demeure pas moins que la prise en compte des périodes de cotisations pour le calcul de l'échelle de la rente se termine en l'espèce le 31 décembre 2011. L'assuré peut toutefois se prévaloir de l'article 52c RAVS . Celui-ci prévoit que les périodes de cotisations entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente peuvent être prises en compte pour combler les lacunes de cotisations. En l'espèce, le cas d'assurance étant survenu le 16 février 2012 et le droit à la rente étant né le 1^{er} février 2012, l'intéressé peut faire valoir, pour combler ses lacunes de cotisations, une période de cotisations du 31 décembre 2011 au 1^{er} février 2012, soit un mois et un jour. Il ressort des calculs effectués qu'il a été ajouté, aux périodes de cotisations déjà prises en compte de 3 ans et 8 mois, 2 mois supplémentaires. En effet, dans la rubrique « période d'assurance de X. _____ », il est ajouté les deux premiers mois de 2012 et, dans le calcul de l'échelle de la rente, il y est ajouté deux mois dans la rubrique « année d'ouverture (dans lacune) ». Cette façon de procéder correspond ainsi à l'article 52c RAVS et ne saurait être remise en cause – ce que ne fait au demeurant pas le recourant. En dernier lieu, il est relevé ici que l'article 52d RAVS , qui concerne une compensation des années de cotisations manquantes avant le 1^{er} janvier 1979, ne saurait être applicable en l'espèce vu qu'une des conditions est que les lacunes se situent dans les années antérieures au 1^{er} janvier 1979 (Valterio , Droit de l'AVS et de l'AI, 2011, ch. 935, p. 271). Aussi, la détermination de l'échelle 7 a été effectuée sur la base des années de cotisations de la classe d'âge 20 – l'assuré étant né en 1971 et le cas d'invalidité étant survenu en 2012 – ainsi que sur la base de 3 années de cotisations – conformément à ce qui précède –, ce qui donne l'échelle 7. c) Dans un dernier argument, l'assuré fait valoir l'article 20 ter al. 1 RAI . A teneur de cet article, lorsque l'assuré a droit à une indemnité journalière, prestation pour enfant comprise, au sens des articles 23 al. 1 et 23bis LAI dont le montant est inférieur à la rente versée jusqu'ici, la rente continue d'être allouée au lieu de l'indemnité journalière. En l'espèce, les montants des indemnités journalières versées de 2013 à 2018 (CHF 6'850 pour 3 mois en 2013 ; CHF 35'270 pour 11 mois en 2014 ; CHF 29'040 pour 12 mois en 2015 ; CHF 38'650 pour 12 mois en 2016 ; CHF 40'544 pour 12 mois en 2017 ; CHF 6'230 pour 2 mois en 2018) sont manifestement plus élevés que le quart de rente invalidité obtenu, soit environ 80 francs par mois pour l'assuré et 32 francs par mois pour sa fille (cf. « Rentes courantes » du calcul du

montant de la rente). L'article 20 ter al. 1 RAI n'est ainsi pas applicable en l'espèce. d) Au vu de ce qui précède, les arguments du recourant s'agissant de la prise en compte des années de cotisations de 2013 à 2018, périodes pendant lesquelles il a perçu des indemnités journalières de l'AI, tombent à faux.

E. 7

a) Au vu de ce qui précède, le recours est bien fondé, à l'exception de la problématique du calcul de la rente comme cela vient d'être exposé (cf. cons. 5). Aussi, la décision querellée est annulée et la cause renvoyée à l'OAI, afin qu'il complète l'instruction au sens des considérants et rende une nouvelle décision. b) Vu le sort de la cause, les frais de procédure doivent être mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 47 LPJA). Obtenant gain de cause et plaidant avec l'assistance d'un avocat, le recourant a droit à des dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Le montant des frais et dépens doit être défini dans les limites prévues par la LTFrais, en fonction notamment du temps nécessaire à la cause (art. 58 al. 2 LTFrais, applicable par renvoi de l'art. 67 LTFrais). Me V._____ a déposé un mémoire d'honoraires se montant à 2'433.40 francs, soit 6 heures et 35 minutes au tarif de 312 francs. Le temps consacré à la cause paraît justifié. En revanche, le tarif de 312 francs invoqué est plus élevé que le tarif horaire de l'ordre de 280 francs usuellement appliqué par la Cour de céans, lequel paraît ici plus approprié compte tenu de l'importance et de la complexité du litige. Ainsi, eu égard au tarif usuellement appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 280 francs de l'heure (soit des honoraires de CHF 1'843.30), des débours à raison de 10 % (art. 52 LTFrais, soit CHF 184.30) et de la TVA (au taux de 7,7 %, soit CHF 156.10), l'indemnité de dépens est ainsi fixée à 2'183.70 francs, débours et TVA compris.

E. 20

26

27

33

dès 34

228 Introduit par le ch. I de l'RO du 29 nov. 1995, en vigueur depuis le 1er janv. 1997 (RO1996668).

229 Nouvelle teneur selon le ch. I de l'RO du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1er janv. 2003 (RO20023710).

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