

VD_FINDINFO AI 229/14 - 257/2015 vom 1. Oktober 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-10-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_229_14_-_257_2015

FR: VD_FINDINFO AI 229/14 - 257/2015 du 1 octobre 2015

IT: VD_FINDINFO AI 229/14 - 257/2015 del 1 ottobre 2015

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS, REVENU D'INVALIDE, REVENU SANS INVALIDITÉ, BASE DE CALCUL, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, APPRÉCIATION DES PREUVES, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE | 29 al. 2 Cst., 28 LAI, 29 LAI, 4 al. 1 LAI, 57a al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 1

a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par 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 et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ([LPA-VD, RSV 173.36] cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 let. a LPA-VD). L'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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. b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, la décision litigieuse refuse le droit à la rente ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel. Le recourant ne conteste toutefois que le refus de la rente de sorte que le litige porte sur son droit éventuel à une rente entière d'invalidité. Il conteste d'abord, sur le fond, l'appréciation médicale de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée telle que l'a retenu l'OAI; la « limite de la mobilité à l'extrême » résultant des

affections à ses genoux aurait pour conséquence qu'aucun poste sédentaire en position semi-assise ne lui serait accessible. Il critique ensuite les termes retenus par l'OAI dans la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA ; à suivre le recourant, le revenu hypothétique sans invalidité ne tient pas compte des formations accomplies dans son pays d'origine. Quant au revenu hypothétique sans invalidité, la déduction retenue devrait en réalité être de 25% – et non pas de 10% comme cela ressort de la décision attaquée – au vu de l'ensemble de ses empêchements propres, à savoir des limitations liées à son âge, à son (in)expérience professionnelle et à sa nationalité étrangère. Le recourant soutient ainsi avoir droit à la rente entière basée sur un taux d'invalidité de 100%. Sur la forme, le recourant fait grief à l'autorité intimée d'avoir violé son droit d'être entendu ; la décision entreprise n'exposerait en effet pas de manière suffisamment circonstanciée en quoi consiste l'activité mentionnée qui demeure pleinement exigible de sa part.

E. 3

a) Le droit d'être entendu est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101), l'art. 42 LPGA, l'art. 27 al. 2 Cst-VD (Constitution du Canton de Vaud du 14 avril 2003, RSV 101.01) et les art. 33ss LPA-VD. Ce droit comprend le droit pour l'intéressé de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3, II 286 consid. 5.1, 133 I 270 consid. 3.1, 132 V 368 consid. 3.1, 124 II 132 consid. 2 et la jurisprudence citée). En effet, le droit d'être entendu est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personne, de participer au prononcé de décisions qui lèsent sa situation juridique (ATF 124 I 49 consid. 3a, 122 I 53 consid. 4a et 114 Ia 97 consid. 2a). En matière d'assurance-invalidité, la procédure d'audition préalable de l'art. 73 bis aRAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1992, a été supprimée avec l'entrée en vigueur de la LPGA au 1^{er} janvier 2003 et l'introduction de la procédure d'opposition, avant d'être réintroduite par la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, en ce que sens que, au moyen d'un projet de décision, l'administration informe désormais l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus. Ainsi, conformément à l'art. 42 LPGA, l'assuré a le droit d'être entendu après que l'OAI, au moyen d'un préavis, lui communique toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée (art. 57a al. 1 LAI). L'assuré peut faire part à l'OAI de ses observations sur le préavis dans un délai de trente jours. b) En l'occurrence, l'intimé a rendu son projet de décision le 7 juillet 2014. Il ne ressort pas du dossier qu'à la prise de connaissance de ce préavis, le recourant ait fait part à l'intimé dans les trente jours de quelques observations en lien avec son contenu. Conformément à la garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable, le recourant a eu l'opportunité de prendre connaissance des preuves essentielles, de se déterminer à leur propos et le cas échéant, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision. Or, il a choisi de ne pas en faire usage dans le délai légal. Le recourant est dès lors malvenu à l'occasion de la présente procédure, de se plaindre de ne pas pouvoir se déterminer sur le revenu exigible dans une activité adaptée dont l'OAI retient qu'elle demeure pleinement exigible de sa part. Cela vaut d'autant qu'au vu du large éventail

d'activités légères que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux problèmes de santé du recourant et accessibles sans aucune formation professionnelle particulière (cf. TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007, consid. 4.4) Le grief du recourant s'agissant d'une violation du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable est dès lors infondé.

E. 4

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Il a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). c) Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18 e anniversaire de l'assuré (al. 1); la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Le ch. 2028 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), valable à partir du 1 er janvier 2012, réserve le cas de la personne assurée qui ne pouvait connaître les circonstances donnant droit à la rente ou qui a été objectivement empêchée d'agir en temps utile pour cause de force majeure (p. ex. lors d'une maladie psychique grave). Dans ces cas, des prestations lui seront allouées rétroactivement à condition qu'elle présente une demande dans les six mois qui suivent le moment où elle a pris connaissance des faits ou la cessation de l'empêchement (par analogie avec la pratique actuelle selon la RCC 1988 p. 597, 1984 pp. 420 ss. consid. 1, 1975 p. 134). d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et

105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). e) Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser qu'un rapport du SMR de l'OAI au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_717/2013 du 30 décembre 2013, consid. 6.2, 9C_440/2011 du 12 mars 2012, consid. 2.2.2 et 9C_542/2011 du 26 janvier 2012, consid. 4.1).

E. 4.1

et 128 V 174 consid. 4.1 et 4.2, cf. également TF 9C_548/2011 du 9 mars 2012, consid. 4.2.2 et 9C_673/2010 du 31 mars 2011, consid. 3.3). Comme on le verra ci-après, cette précision s'avère toutefois sans conséquence sur l'issue du litige. c) aa) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1) ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1). Ce n'est qu'en cas de circonstances particulières qu'il peut se justifier que l'on s'en écarte et que l'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: l'ESS). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser selon toute vraisemblance en tant que personne valide, par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. bb) Sur la base des extraits CI AVS, le recourant n'a jamais travaillé en Suisse depuis son arrivée en 1995. Il vit du revenu d'insertion (RI). Cela précisé, l'intimé était fondé à déterminer le revenu sans invalidité sur la base de données statistiques résultant de l'ESS. Il n'est pas contestable ni contesté à lecture de son curriculum vitae et des pièces produites que le recourant bénéficie de qualifications professionnelles (formation universitaire en droit et spécialisation dans le domaine policier) acquises dans son pays natal. Ces formations ne sont toutefois pas reconnues en Suisse ; comme il l'observe d'ailleurs lui-même dans son recours, ces acquis ne lui ont pas permis à ce jour de trouver un emploi équivalent sur le marché suisse du travail. Le recourant reproche par conséquent à tort à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de ces qualifications acquises dans son pays dans l'établissement du revenu hypothétique sans invalidité. Cela étant, le revenu sans invalidité exigible pour 2014 est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, 5'210 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA 1 niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures; La Vie économique, 1/2-2015, p. 92, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élèverait à 5'431 fr. 45 (5'210 fr. x 41,7 / 40), ce qui donnerait un salaire annuel de 65'177 fr. 10. Ce montant doit encore être adapté eu égard à l'évolution moyenne des salaires de 2012 à 2013 et de 2013 à 2014 (respectivement 0.7% et 0.8% ; site de l'OFS [Office Fédéral de la Statistique]), ce qui donne un revenu de 66'158 fr. 40. d) aa) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, 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'invalidé peut être évalué sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA ou,

comme en l'espèce, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 135 V 297 consid.

E. 5

a) En l'espèce, le Dr J. _____ du SMR – suivi par l'intimé dans la décision attaquée – a retenu en tant qu'atteinte principale à la santé une gonarthrose droite (M17) et comme pathologie associée du ressort de l'AI, un status après arthroplastie partielle interne du genou gauche (en 2011). Ce médecin estime que le recourant présente une incapacité de travail à 100% dès août 2011 dans son activité habituelle (commissaire de police ou poste physique). Ce dernier bénéficie toutefois, selon le Dr J. _____, d'une entière capacité de travail à compter d'août 2011 en une activité exercée en position semi-assise et adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : pas d'activité uniquement debout, pas de déplacements en terrain irrégulier, pas de position accroupie / à genoux, pas de travail en hauteur et pas de port de charges). Ainsi que l'observe l'intimé dans sa réponse, le rapport du 11 avril 2014 du Dr J. _____ se base sur les constatations et conclusions du rapport du 20 février 2014 du Dr G. _____, médecin traitant ; le Dr J. _____ considère que cet avis est convaincant (« nous acceptons les constatations du Dr G. _____ en matière de LF [limitations fonctionnelles] »). L'appréciation du Dr J. _____ est le fruit d'une analyse minutieuse, cohérente et corroborée par les avis et documents médicaux à disposition. Ainsi, le Dr G. _____ pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose droite et de status après arthroplastie partielle interne du genou gauche (depuis 2010) identiques aux atteintes à la santé du ressort de l'AI retenues par le Dr J. _____. Les limitations fonctionnelles énoncées par le médecin traitant sont superposables à celles figurant dans le rapport SMR du 11 avril 2014. Il ressort des documents transmis par le Dr G. _____ que dans le courant 2011, le recourant a subi une arthroplastie partielle interne du genou gauche pratiquée au CHUV sous la forme de la pose d'une prothèse unicompartimentale (cf. courrier du 26 mai 2011 du Dr V. _____). Compte tenu de l'absence d'autres éléments en lien avec ce membre inférieur gauche, le Dr J. _____ est fondé à retenir comme pathologie associée du ressort de l'AI, un status après arthroplastie partielle interne du genou gauche en 2011. En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant, le Dr G. _____ mentionne uniquement une capacité de travail limitée dans les déplacements et le port de charges. Le recourant ne produit d'autre part aucun avis médical de nature à étayer la « limite de la mobilité à l'extrême » rendant impossible l'exercice d'un poste sédentaire en position semi-assise dont il se prévaut. En l'absence d'opinions divergentes d'autres spécialistes susceptibles de mettre en doute la pertinence de son appréciation médicale, le rapport SMR du 11 avril 2014 convainc sans qu'il n'existe de motifs justifiant de s'en écarter. Ce rapport de synthèse a valeur probante et doit être suivi (cf. consid. 4d-e supra). La Cour de céans retient dès lors avec l'intimé et au degré de vraisemblance prépondérante qu'en raison d'une gonarthrose à droite, le recourant présente une incapacité de travail totale depuis le mois d'août 2011 dans son activité habituelle de commissaire de police. Sa capacité de travail est par contre raisonnablement exigible à 100% dès le mois d'août 2011 dans une activité adaptée, à savoir un poste sédentaire en position demi-assise dans le tertiaire qui respecte l'ensemble de ses limitations d'ordre somatique. b) Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise du recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une

appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.2.1).

E. 5.2

et 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3 et 9C_57/2008 du 3 novembre 2008, consid. 3). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb; TFA I 171/2004 du 1^{er} avril 2005, consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007, consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). bb) En l'occurrence, le salaire de référence retenu par l'intimé dans sa décision en tant que revenu hypothétique d'invalidé du recourant l'est sur la base des données de l'ESS, procédé que le recourant ne conteste pas au demeurant; pour 2014, il s'agit dès lors du revenu tel qu'établi ci-avant d'un montant annuel de 66'158 fr. 40 auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services). cc) Le montant résultant des données statistiques peut faire l'objet d'une réduction. L'OAI a procédé de la sorte en retenant que les limitations fonctionnelles liées au handicap justifiaient la prise en compte d'un abattement de 10% sur le revenu hypothétique d'invalidé. Le recourant estime pour sa part que son âge, son (in)expérience professionnelle et sa nationalité étrangère justifieraient la prise en compte d'un abattement de 25%. La mesure de cette réduction 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum 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). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références; voir également TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). Il est 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). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus de pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour

fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2). dd) Il est établi que le recourant présente une incapacité de travail totale dès le mois d'août 2011 dans son activité habituelle de commissaire de police. Comme on l'a vu plus haut (cf. consid. 5a supra), sa capacité de travail est néanmoins entière dans un poste sédentaire en position semi-assise dans le tertiaire, adapté à ses limitations fonctionnelles (à savoir : pas d'activité uniquement debout, pas de déplacements en terrain irrégulier, pas de position accroupie / à genoux, pas de travail en hauteur et pas de port de charges). L'OAI a tenu compte en l'espèce d'un abattement de 10% lié aux limitations fonctionnelles précitées. S'agissant de son âge, le recourant avait 59 ans en septembre 2014 lors de la décision litigieuse. Or, cet âge est en dessous du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral parle d'un âge avancé où l'exercice d'une nouvelle activité adaptée ne peut plus raisonnablement être exigée compte tenu des années de travail restant avant la retraite (TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4 et 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.1). Dans l'arrêt 9C_695/2010 du 15 mars 2011, le Tribunal fédéral a jugé que l'assuré, âgé de 58 ans au moment où la modification du droit à la rente prenait effet et de 60 ans au moment de la décision litigieuse, n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (consid. 6.2). Quant au fait qu'il n'a jamais travaillé en Suisse et à sa nationalité (ressortissant kosovar) on ne voit pas en quoi – et le recourant ne l'expose d'ailleurs pas – cela serait concrètement susceptible d'avoir une influence sur ses perspectives salariales dans l'exercice d'une nouvelle activité adaptée à son handicap somatique étant rappelé que le salaire statistique de l'ESS recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées parfaitement accessibles au recourant au vu de ses limitations fonctionnelles (cf. TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007, consid. 4.4). ee) Tenant compte d'un abattement de 10%, le revenu hypothétique avec invalidité pour 2014 s'élève en conséquence à 59'542 fr. 60, le taux d'invalidité du recourant étant dès lors de 10% comme le retient l'OAI dans sa décision. On constate ainsi que lorsque les revenus sans et avec invalidité sont basés sur une table statistique identique (en l'occurrence l'ESS 2012, TA 1; niveau de qualification 1), il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (cf. TFA I 418/2003 du 23 septembre 2003, consid. 6.2 et la référence). En l'occurrence, compte tenu d'une incapacité de travail de 0%, avec réduction de 10%, il résulte un degré d'invalidité largement inférieur à 70% (cf. consid. 4b supra) et cela même en procédant à l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidé de sorte que le recourant n'a finalement pas droit à une rente.

E. 6

a) Selon l'art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al.1 LAI, dans le cas des assurés exerçant une activité lucrative, 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. Il s'agit donc de comparer deux revenus hypothétiques, soit le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu hypothétique

d'invalidé. En vertu de la jurisprudence, le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus est celui de la naissance du droit à une (éventuelle) rente d'invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 128 V 174 consid. 4.1 et 4.2, cf. également TF 9C_548/2011 du 9 mars 2012, consid. 4.2.2 et 9C_673/2010 du 31 mars 2011, consid. 3.3); les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (TFA I 511/2003 du 13 septembre 2004, consid. 5.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 9C_29/2012 du 27 juin 2012, consid. 3.1 et 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 2.1). b) En l'espèce, il est établi que la survenance de l'incapacité de travail totale du recourant dans son activité habituelle remonte au mois d'août 2011 (cf. consid. 5a supra). Celui-ci n'a cependant déposé sa demande de prestations que le 14 janvier 2014, faisant valoir à cette date son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Le recourant ne prétend pas qu'il ne pouvait connaître les circonstances donnant droit à la rente ou avoir été objectivement empêché d'agir en temps utile pour cause de force majeure (cf. consid. 4c supra). De tels éléments ne ressortent par ailleurs pas du dossier. En l'espèce, la naissance du droit à une (éventuelle) rente est le 1^{er} juillet 2014, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la demande de prestations (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). Contrairement à ce que retient l'intimé dans la décision querellée, c'est en réalité cette date qui constitue le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus et non pas celle qui coïncide avec le début de l'incapacité de travail en août 2011 (cf. ATF 129 V 222 consid.

E. 7

Vu ce qui précède, le recours mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. a) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. b) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).