

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 723 vom 30. November 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2015___723

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 723 du 30 novembre 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 723 del 30 novembre 2015

Regeste

AI{ASSURANCE}, NOUVELLE DEMANDE, REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, REVENU D'INVALIDE, RÉDUCTION{EN GÉNÉRAL} | 17 al. 1 LAI, 17 LAI, 28 LAI, 8 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 43 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 8 LPGA, 87 RAI

Erwägungen

E. 5

a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 4.2). Toutefois, le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 125 V 193 consid. 2, 117 V 261 consid. 3b et les références citées ; TF 9C_694/2014 du 1^{er} avril 2015 consid. 3.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'assureur social – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une

autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2, TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Par ailleurs, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou par le juge, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de ces derniers afin de les éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). En revanche, il n'y a pas lieu de procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb : cf. également TF 9C_113/2010 du 25 juin 2010 consid. 3.3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7 ; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 précité consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ;

la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

E. 6

a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, compte tenu de l'opération d'une hernie discale C5-C6 que celui-ci avait subie le 2 août 2010. Dans le cadre de l'instruction, il a demandé des renseignements médicaux aux médecins traitants de l'assuré, à savoir en particulier au Dr T. _____ et aux médecins du Centre Q. _____ ayant traité l'intéressé pour cette atteinte à la santé. L'intimé a en outre requis de Assurance-maladie BB. _____ SA, assureur perte de gain, la transmission du rapport de l'expertise neurologique qu'il avait mise en œuvre auprès du Centre KK. _____. Il y a dès lors lieu d'examiner si le degré d'invalidité du recourant s'est modifié au point d'avoir une influence sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité, en procédant à la comparaison de la situation de fait existant au moment de la dernière décision du 10 mars 2009 entrée en force et celle ayant fait l'objet de la décision litigieuse du 20 mars 2014. b/aa) Dans le cadre de la procédure ayant abouti à la décision du 10 mars 2009, les avis médicaux au dossier faisaient tous état d'atteintes au dos et à l'épaule gauche. Ainsi, le Dr M. _____ a retenu, dans son rapport du 28 mars 2008, les diagnostics d'omalgie gauche sur probable irritation du nerf supra-scapulaire gauche et de lombosciatalgies irritatives sur hernie discale L5-S1 paramédiane gauche luxée vers le bas. Un diagnostic similaire a été posé le 16 juin 2008 par le Dr L. _____, qui a considéré que l'assuré présentait des omalgies gauches dans le cadre d'une amyotrophie du deltoïde et du sous-épineux gauche, ainsi que des lombalgies chroniques intermittentes alors en amélioration (hernie discale L4-L5 anamnestique), atteintes ayant un effet sur la capacité de travail. Ces lombalgies et omalgies ont également été mentionnées par le Dr T. _____ le 27 juin 2008, qui a rappelé que son patient avait bénéficié de plusieurs infiltrations épidurales, ainsi que d'un traitement par dénervation du disque L5-S1 en mars 2000, et qu'aucune indication chirurgicale n'avait en l'état été retenue s'agissant de l'épaule gauche, selon le rapport dressé le 13 septembre 2006 par le Dr N. _____. Les 22 mai et 9 juillet 2008, les médecins du Centre Q. _____ ont posé le diagnostic principal de lombosciatalgies S1 gauches chroniques avec déficit réflexe sur hernie discale L5-S1 paramédiane gauche et, au titre de diagnostics secondaires et de comorbidités, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs sus- et sous-épineux gauches et des lombalgies chroniques. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'intimé a en particulier fondé sa décision sur le rapport de la Dresse C. _____ du 9 juillet 2008. Selon ce médecin, l'assuré ne pouvait pas porter de charge lourde, ni se déplacer sur de trop longues distances. Les activités exercées dans différentes positions, ainsi que principalement en marchant (terrain irrégulier) et en se penchant, n'étaient plus exigibles. Il en allait de même pour les travaux avec les bras au-dessus de la tête, accroupi et à genoux, ainsi que pour le port et le soulèvement de charges de plus de 5 kg et la montée sur une échelle ou un échafaudage. Cette appréciation rejoignait celle faite le 16 juin 2008 par le Dr L. _____, à l'exception du port et du soulèvement de charges qui ne devait selon ce médecin pas dépasser 15 kg. Sur la base des éléments au dossier, le Dr J. _____ du SMR a considéré, le 10 juillet 2008, que le recourant était totalement incapable d'exercer son activité habituelle, mais

qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Dans sa décision du 10 mars 2009, l'OAI est arrivé à la même conclusion. bb) A l'appui de sa demande de prestations du 11 novembre 2010, le recourant a invoqué des hernies cervicales dont il souffrait depuis 2010. En cours d'instruction, deux rapports dressés par des médecins du Centre EE. _____, site du Centre Q. _____, ont été produits. Dans le document rédigé le 5 juillet 2010, le Dr I. _____ a observé une radiculopathie C6 droite corrélée à l'imagerie cervicale, qui mettait en évidence une hernie discale C5-C6 paramédiane droite. La symptomatologie persistant depuis environ six mois malgré un traitement conservateur antalgique et anti-inflammatoire, ce médecin a retenu une indication opératoire pour microdiscectomie C5-C6 par abord postérieur. Concernant la lombosciatalgie gauche sur hernie discale opérée en 2009, le Dr I. _____ a souligné que le patient mentionnait une évolution tout à fait satisfaisante, sans plainte neurologique. L'intervention chirurgicale préconisée par ce praticien a été effectuée le 2 août 2010. Dans un rapport du 9 août 2010, les médecins du Centre EE. _____ ont posé le diagnostic principal de hernie discale C5-C6 droite partiellement luxée caudalement avec conflit radiculaire C6 et le diagnostic secondaire et comorbidité de status post-microdiscectomie discale L5-S1 gauche le 28 avril 2009. Ils ont précisé que l'opération de foraminotomie C5-C6 droite avec séquestrectomie discale par abord postérieur s'était déroulée sans complication. A la suite d'une consultation ambulatoire du 22 octobre 2010, les Drs I. _____ et GG. _____ ont notamment noté chez le recourant une nette amélioration de la névralgie brachiale, l'absence de déficit moteur au niveau des quatre membres, une force musculaire bien conservée, ainsi que des réflexes ostéotendineux présents et symétriques aux quatre membres. Aucun traitement spécifique n'était proposé hormis de la physiothérapie avec des massages décontracturants au niveau cervical. Se prononçant le 8 décembre 2010 sur les limitations fonctionnelles, le médecin traitant du recourant, le Dr T. _____, a estimé que son patient ne pouvait plus porter de charges reposant sur la colonne cervicale, qu'il devait éviter les positions de porte-à-faux, et qu'il devait pouvoir alterner les positions assise et debout. En sus de ces renseignements, l'intimé a demandé à l'assureur perte de gain la transmission de l'expertise neurologique que celui-ci avait mise en œuvre auprès du Centre KK. _____, réalisée le 19 janvier 2011 par le Dr JJ. _____, spécialiste en neurochirurgie. Ce médecin a en particulier relevé que le recourant avait présenté par le passé des cervico-brachialgies droites sur hernie discale C5-C6 et des lombosciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1. L'évolution post-opératoire au niveau cervical et lombaire était normalement favorable, avec persistance uniquement – comme cela était classiquement le cas – de douleurs cervicales et lombaires modérées. Aucune mesure thérapeutique autre que la poursuite du traitement en cours comportant des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), des antalgiques et de la physiothérapie n'était à envisager. Le Dr JJ. _____ a laissé aux médecins traitants du recourant et au Prof. N. _____ le soin de déterminer les modalités thérapeutiques pour les douleurs au niveau de l'épaule gauche liées à des troubles dégénératifs tendineux modérés. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a considéré que l'assuré présentait, depuis l'incapacité de travail attestée par les médecins traitants, une incapacité totale et définitive dans son activité de coffreur, en raison des altérations dégénératives disco-vertébrales cervicales et lombaires, ainsi que du status post-intervention neurochirurgicale au niveau cervical et lombaire. En revanche, le recourant disposait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité ne nécessitant pas un engagement physique lourd, ni le port régulier de charges de plus de

10 kg, et autorisant des changements relativement fréquents de position. Sur la base notamment de cette expertise, le Dr FF. _____ du SMR a confirmé, le 4 mai 2011, que le recourant était dans l'incapacité totale de travailler comme coffreur ou manœuvre dans le bâtiment. La cure de hernie discale cervicale justifiait une incapacité de travail totale du 2 juillet 2010 au 19 janvier 2011 (date de l'expertise) dans toute activité, mais, dès le 20 janvier 2011, l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr FF. _____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : activité légère, pas de port régulier de charges de plus de 10 kg, alternance fréquente des postures, pas de travail du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, pas de travail en porte-à-faux du tronc, pas de flexion-extension, ni latéro-flexion ou rotation du tronc. En outre, le recourant a été victime d'un accident de la circulation le 16 juillet 2012. Il a souffert d'une entorse cervicale sur mécanisme de « coup du lapin », sans lésion osseuse. Enfin, le recourant a subi une opération pour traiter son atteinte à l'épaule gauche. Une acromioplastie arthroscopique de l'épaule gauche a été effectuée le 14 janvier 2013 et, selon l'attestation médicale rédigée le 16 janvier 2014 par le Dr NN. _____, l'évolution post-opératoire montrait une récupération fonctionnelle complète de l'épaule gauche, avec toutefois une persistance de douleurs à l'effort. La symptomatologie douloureuse empêchait la reprise par l'assuré d'une activité professionnelle lourde ou avec mobilisation répétitive de l'épaule gauche au-dessus du buste. Le Dr FF. _____ du SMR a pris position sur ce nouvel élément le 27 février 2014 et estimé que cette intervention arthroscopique justifiait une incapacité de travail de deux à trois mois au plus. Réinterpellé par le mandataire du recourant, le Dr NN. _____ a indiqué le 29 avril 2014 qu'il suivait l'assuré depuis le 15 octobre 2012 et que les douleurs à l'épaule gauche s'étaient intensifiées durant l'année 2012. Il a qualifié de favorable l'évolution post-opératoire, les douleurs à l'épaule gauche subsistant uniquement à l'effort. Selon ce médecin, le recourant était limité par son atteinte à l'épaule gauche dans le travail avec les bras au-dessus de la tête, pour soulever ou porter des charges et pour monter sur une échelle ou un échafaudage. L'assuré devait éviter les travaux lourds (de plus de 2 à 5 kg), les travaux avec mobilisation de l'épaule gauche au-dessus du buste, ainsi que ceux avec mobilisation répétitive de l'épaule gauche. c) Au vu des éléments qui précèdent, il faut constater que la situation du recourant a certes évolué, mais qu'elle ne s'est pas péjorée de manière à influencer le degré d'invalidité permettant d'admettre tel quel un droit aux prestations. En effet, la hernie discale L5-S1 dont souffrait l'assuré au moment de la décision du 10 mars 2009 a été opérée le 28 avril 2009, avec succès, étant relevé que le recourant a par la suite repris son travail d'aide-maçon alors même que l'intimé avait considéré que cette activité n'était plus exigible. L'accident du 16 juillet 2012 n'a pour sa part entraîné aucune conséquence durable au niveau de l'assurance-accidents, la CNA ayant mis un terme à ses prestations en faveur du recourant le 31 octobre 2012 au motif que les troubles subsistants étaient de nature exclusivement malade. En ce qui concerne la problématique de l'épaule gauche, ce point a été relevé par le Dr P. _____ le 25 août 1999 déjà. S'il n'y a eu initialement aucune indication chirurgicale, une acromioplastie arthroscopique a été pratiquée le 14 janvier 2013. Toutefois, le Dr NN. _____ a attesté les 16 janvier et 29 avril 2014 d'une récupération fonctionnelle complète de l'épaule gauche, avec persistance des douleurs uniquement à l'effort. S'agissant des limitations fonctionnelles retenues par l'intimé, elles sont similaires à celles énoncées le 8 décembre 2010 par le Dr T. _____, le 11 février 2011 par l'expert JJ. _____ et le 4 mai 2011 par le Dr FF. _____ du SMR. La limitation du travail au-dessus de l'horizontale pour l'épaule gauche a dûment été prise en compte par l'intimé dans la décision entreprise. De

plus, si les médecins ne s'accordent pas exactement sur le poids que le recourant est en mesure de porter – à savoir entre 2 et 5 kg selon le Dr NN._____, 10 kg pour l'expert JJ._____ et le Dr FF._____ du SMR –, cet élément ne permet pas à lui seul de remettre en cause le bien-fondé de la décision litigieuse. Il faut encore souligner que si le Dr NN._____ a énoncé les limitations fonctionnelles en lien avec l'épaule gauche, il n'a jamais mentionné que le recourant présenterait une incapacité de travail totale dans toutes les activités. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a considéré que le recourant disposait, dès le 20 janvier 2011, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. d) Le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir procédé à des mesures d'instruction complémentaire, notamment en mettant en œuvre une expertise. Ce grief est infondé. En effet, aucun indice au dossier ni aucun élément avancé par le recourant ne permettent de penser que l'état de l'assuré ensuite des opérations des 28 avril 2009, 2 août 2010 et 14 janvier 2013 n'aurait pas évolué favorablement, malgré des douleurs résiduelles modérées, et que l'intéressé ne présenterait pas, comme en 2009, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Ainsi, on peut notamment relever que les médecins du Centre Q._____, dans leur rapport du 29 octobre 2010, ont observé une nette amélioration de la névralgie brachiale. L'expert du Centre KK._____ a quant à lui fait état le 11 février 2011 d'une évolution post-opératoire au niveau cervical et lombaire normalement favorable, et le Dr NN._____ a évoqué dans son rapport du 16 janvier 2014 une récupération fonctionnelle complète de l'épaule gauche. En outre, les rapports médicaux que le recourant a lui-même produits ne permettent pas d'admettre qu'il subsiste un doute concernant sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. A cet égard, même son médecin traitant, le Dr T. _____ – qui avait par le passé estimé qu'aucune activité n'était exigible de son patient – a préconisé le 8 décembre 2010 une observation dans le cadre d'un reclassement professionnel, sous-entendant ainsi que le recourant disposait à tout le moins d'une certaine capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, ensuite des déterminations de l'assuré du 24 février 2014 et au vu de l'attestation médicale produite à l'appui de cette écriture, l'intimé a réinterpellé le SMR, qui s'est exprimé le 27 février 2014 sur les conséquences de l'intervention chirurgicale invoquée par le recourant. Le recourant est encore d'avis que les résultats infructueux de la mesure d'aide au placement auraient dû inciter l'intimé à instruire le cas plus avant. Or, cette mesure a pris fin du fait de l'assuré, qui a déclaré ne pas vouloir bénéficier des services de la fondation O._____ et que le suivi effectué par l'ORP lui convenait mieux. Ainsi, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il estime que son droit d'être entendu aurait été violé et que l'intimé aurait failli à son devoir d'instruction. Il faut également rappeler que le principe inquisitoire n'entraîne pas l'obligation pour l'assureur d'investiguer, sans indice, toute atteinte à la santé qui pourrait entrer en ligne de compte pour allouer des prestations, l'assuré étant tenu de collaborer à l'instruction de la cause. C'est au surplus avec raison que le recourant ne critique pas l'expertise réalisée par le Dr JJ._____. Celle-ci remplit en effet tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 5b supra). Le fait qu'elle ait été mise en œuvre par l'assureur perte de gain, et non par l'intimé, ne lui ôte en rien son caractère probant.

E. 7

Dans la décision litigieuse, l'intimé a retenu un revenu sans invalidité de 68'404 fr. 50 et un revenu avec invalidité de 56'429 fr. 72, le degré d'invalidité du recourant s'élevant ainsi à 17,51 %. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré

aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle 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, 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1, 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Le revenu d'invalide 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'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3, 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). 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 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3, I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182). Lorsque le revenu d'invalide est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (ATF 126 V 75 ; cf. Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), in : SBVR, Soziale Sicherheit, Meyer Hrsg., 2^{ème} éd., Bâle 2007, n. 35, p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b/bb). Enfin, il y a lieu de rappeler que, de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25 % (cf. notamment ATF 126 V 75 consid. 5b/cc ; TF 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.5). Si un assuré ne trouve pas un travail approprié en raison de son âge, d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques à se faire comprendre – ou à comprendre les autres –, l'assurance-invalidité n'a pas à en répondre (ATF 107 V 17 consid. 2c). S'il est vrai que de tels facteurs –

étrangers à l'invalidité – jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2). b/aa) En l'espèce, le recourant ne critique pas le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, soit 68'404 fr. 50, calculé sur la base du revenu figurant dans la décision du 10 mars 2009, indexé à 2011. Vérifié d'office, ce montant ne prête au demeurant pas flanc à la critique. bb) Le recourant ne conteste pas non plus en tant que tel le revenu avec invalidité pris en compte par l'intimé, à savoir 56'429 fr. 72, mais s'en prend à l'abattement de 10 % auquel l'OAI a procédé sur ce montant. Il reproche à l'intimé de ne pas avoir suffisamment pris en considération les circonstances du cas d'espèce, énumérant l'ensemble de ses limitations fonctionnelles et soulignant qu'il n'a aucune formation professionnelle, qu'il est d'origine étrangère, qu'il parle mal le français et qu'il ne sait pratiquement pas lire ni écrire. Il estime qu'une réduction de 25 % doit être appliquée, que son revenu avec invalidité ne saurait ainsi excéder 50'159 fr. 75 et que son taux d'invalidité s'élève en conséquence au moins à 26,67 %. L'intimé a considéré qu'un abattement de 10 % se justifiait en raison des limitations fonctionnelles du recourant. A cet égard, il faut souligner que les limitations fonctionnelles de l'assuré prises en considération dans le cadre de la troisième demande de prestations se rapprochent de celles retenues dans la procédure précédente ayant abouti à la décision du 10 mars 2009 (cf. consid. 6b et c supra). L'intimé pouvait ainsi retenir une réduction similaire à celle de la décision de 2009, soit 10 %. Ainsi, l'abattement auquel l'OAI a procédé dans la décision litigieuse tient compte dans une mesure satisfaisante du désavantage salarial causé par les limitations fonctionnelles de l'intéressé. En outre, contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait en l'occurrence fonder un abattement de 25 % sur l'arrêt C-3494/2010 rendu le 19 juillet 2012 par le Tribunal administratif fédéral. En effet, dans cette dernière affaire, les limitations fonctionnelles de l'assuré, âgé au demeurant de cinquante-neuf ans au moment de la décision querellée, étaient plus importantes que celles du recourant, dès lors que l'intéressé présentait des handicaps ne laissant place qu'à des activités légères sans port de charge, sans surcharge du rachis et ne nécessitant pas une bonne acuité visuelle binoculaire (cf. consid. 15.7 de cet arrêt). Enfin, c'est à tort que le recourant invoque l'absence de formation professionnelle, son manque de connaissances de la langue française et son illettrisme pour justifier un abattement de 25 %. En effet, conformément à la jurisprudence susmentionnée (cf. supra consid. 7a in fine), de tels facteurs ne constituent pas – du point de vue de l'assurance-invalidité – des circonstances supplémentaires susceptibles d'influer sur l'étendue de l'invalidité de l'intéressé, même s'ils peuvent rendre difficile la recherche d'un emploi. En l'espèce, la situation personnelle et professionnelle du recourant a été dûment prise en compte, un abattement lié aux limitations fonctionnelles ayant été retenu. En revanche, l'âge de l'assuré, les années de service, la nationalité et le taux d'activité ne justifiaient pas une réduction (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc), dès lors que le recourant était âgé de cinquante ans au moment de la décision litigieuse, qu'il dispose de la nationalité suisse depuis 1996 et qu'il a exercé une activité professionnelle durant plusieurs années, à temps plein. En conséquence, aucun élément n'est susceptible de conduire la Cour de céans à s'écarter de l'évaluation de l'abattement faite par l'intimé. Le degré d'invalidité du recourant, fixé à 17,51 %, ne prête ainsi pas flanc à la critique.

E. 8

Enfin, même si le degré d'invalidité du recourant avait pu être évalué à 26,67 % comme il le requiert, taux qui aurait offert la possibilité d'un reclassement, les conditions d'octroi d'une telle mesure n'auraient de toute manière pas été remplies. a/aa) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI. bb) Conformément à l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2, 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4, 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain approximativement équivalente à celle que lui offrait son activité avant la survenance de l'invalidité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2a ; TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas, car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas d'espèce. En particulier, il ne peut prétendre à une formation d'un niveau nettement supérieur à celui de son ancienne activité (TF 9C_644/2008 précité consid. 3 et les références), sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (ATF 139 V 399 consid. 5.4, 130 V 488 consid. 4.2, 124 V 108 consid. 2a ; TF 9C_644/2008 précité consid. 3). Comme toute mesure de réadaptation, les mesures de reclassement doivent par ailleurs être adéquates : il doit exister une proportion raisonnable entre les frais qu'elles entraînent, leur durée et le résultat que l'on peut en attendre (ATF 103 V 16 consid. 1b, 99 V 34) et, si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (TF 9C_644/2008 précité consid. 3). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement s'agissant de la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in : Pratique VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références ; TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4, 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4 ; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 précité). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute

vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). b) En l'espèce, à l'appui de sa demande de reclassement, le recourant invoque que la plupart des emplois manuels exigent un apprentissage. Or, comme il l'a à réitérées reprises déclaré, il n'est au bénéfice d'aucune formation de base, ni dans son pays d'origine ni en Suisse. De plus, la nature et la gravité de son invalidité ne sont pas telles que seule une formation de niveau supérieur permettrait de mettre au mieux à profit sa capacité de travail à un niveau plus élevé, en l'occurrence un apprentissage. Il faut en outre relever que le recourant admet et fait valoir dans ses écritures qu'il ne parle pas bien le français et qu'il est analphabète, ce qui n'est pas compatible avec une telle formation, qui présuppose de savoir lire et écrire. L'aptitude subjective de réadaptation de l'intéressé fait donc défaut. Dans ces circonstances, un reclassement sous la forme d'un apprentissage serait selon toute vraisemblance voué à l'échec, de sorte que le recourant ne saurait se voir octroyer une telle mesure.

E. 9

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b/aa) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est onéreuse. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure, qui doivent se situer entre 200 et 1'000 fr. en fonction de la charge liée à la procédure (cf. 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 qui a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, les frais judiciaires, ainsi que l'équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code 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 et de l'indemnité de son conseil d'office, puisqu'elle est 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. (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD) et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). bb) Le recourant a bénéficié, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Eric Muster, à compter du 2 mai 2014 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Cet avocat a produit, le 8 juin 2015, la liste de ses opérations. Il a indiqué avoir consacré 14 heures et 18 minutes à l'exécution de son mandat, dont 1 heure et 36 minutes de travail effectué par une avocate-stagiaire. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et entre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle peut être admise. Sur la base d'un tarif horaire de 180 fr. pour Me Muster et de 110 fr. pour l'avocate-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), l'indemnité doit être fixée à 2'462 fr. ([12,7 h x 180 fr.] + [1,6 h x 110 fr.]). A cela s'ajoutent les débours allégués, par 20 fr., ainsi que la TVA à 8 % sur ces deux montants, par respectivement 196 fr. 95 et 1 fr. 60. Ainsi, l'indemnité d'office allouée à Me Muster pour son activité s'élève au total à

2'680 fr. 55, TVA et débours compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en prenant en considération les montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le 4 août 2014.

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