

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 701 vom 3. August 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-08-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__701

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 701 du 3 août 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 701 del 3 agosto 2016

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RENTE TEMPORAIRE, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 17 al. 1 LPGA, 29bis RAI, 88a RAI

Erwägungen

E. 3

août 2016 _____ Composition : M. Dépraz , président M. Métral, juge, et M. Pittet, assesseur Greffière : Mme Raetz ***** Cause pendante entre : F. _____ , à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

_____ Art. 17 al. 1 LPGA ; art. 29bis et 88a RAI E n f a i t : A. F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1959, est entré en Suisse pour y exercer une activité lucrative d'abord en 1981, puis y est revenu en 2001 après être retourné quelque temps au Portugal. Sans formation professionnelle certifiée, il a été engagé par Q. _____ SA dès avril 2001, puis par V. _____ SA dès décembre 2010, en qualité de chauffeur-logisticien à plein temps. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). B. L'assuré a été victime de plusieurs accidents dès 2003, dont les conséquences financières ont été prises en charge par la CNA. En mars 2005 et novembre 2006 notamment, il a subi des traumatismes du genou droit, ayant nécessité une arthroscopie en décembre 2006, tandis qu'une chute ultérieure sur ce même genou a requis une seconde arthroscopie en septembre 2009. Il s'est par ailleurs fait une entorse bénigne du genou gauche et une blessure à l'épaule gauche en 2008, ces événements n'ayant toutefois entraîné aucune lésion structurelle. C. En date du 28 septembre 2011, alors qu'il déchargeait des palettes, l'assuré a glissé du pont d'un camion-grue et s'est rattrapé à la ridelle de celui-ci, ce qui lui a immédiatement occasionné de vives douleurs dans le bras droit. Compte tenu de l'aggravation des douleurs, il a consulté le lendemain le Dr X. _____, médecin généraliste auprès de la Clinique R. _____ SA, en urgence. Une incapacité totale de travail a été prononcée dès le 29 septembre 2011. Le sinistre a été annoncé à la CNA par V. _____ SA en date du 11 octobre 2011. Dans l'intervalle, l'assuré a été licencié par V. _____ SA avec effet au 31 octobre 2011. A l'occasion d'une arthrographie-imagerie par résonance magnétique (arthro-IRM) effectuée le 20 octobre 2011 par le Centre d'imagerie H. _____ à [...], ont été observés une « déchirure transfixiante avec rupture subtotale de la moitié insertionnelle postérieure du tendon du sus-épineux », un « foyer de tendinopathie sans déchirure significative du sous-épineux à son insertion », un « remodelé réactionnel sous-trochitérien en réponse à la sollicitation des tendons précités » et une « ostéo-arthropathie modérée à caractère dégénératif acromio-claviculaire ». A l'instigation de son médecin généraliste traitant, le Dr

M. _____, spécialiste en médecine interne générale, l'assuré a consulté le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a pratiqué une acromioplastie et une réinsertion transosseuse du sus-épineux au sein de la Clinique P. _____ en date du 25 janvier 2012. D. Compte tenu de la persistance de l'incapacité totale de travail, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 9 mars 2012. Dans un rapport du 10 avril 2012 à l'attention de l'OAI, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de déchirure transfixiante subtotale du tendon sus-épineux droit depuis le 28 novembre 2011 et sans effet sur la capacité de travail de chondrocalcinose aux deux genoux, régularisation de la corne antérieure du ménisque externe droite en 2006. Il indiquait que le pronostic pour les suites de l'accident du 28 septembre 2011 était réservé. L'incapacité de travail était totale depuis le 24 octobre 2011 et devait être réévaluée à trois mois postopératoires. Il était trop tôt pour se prononcer sur les autres conséquences. Lors d'un entretien du 1^{er} mai 2012 avec un spécialiste de la réadaptation professionnelle, l'assuré a indiqué vouloir reprendre son activité de chauffeur poids lourds dès que son état de santé le permettrait. Dans un rapport du 24 mai 2012 à l'attention de l'OAI, le Dr M. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post-acromioplastie, réinsertion transosseuse du tendon sus-épineux droit, de scapulalgies droites et gauches, gonalgies bilatérales, douleurs des chevilles, ainsi que de sciatalgies gauches non déficitaires depuis septembre 2011. Il a également posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hypertension artérielle (HTA) depuis 1994, hypercholestérolémie depuis 1998, diabète non insulino-dépendant depuis 2011, goutte depuis 2010 et dépression réactionnelle depuis 2011. Pour le surplus, ce médecin a considéré que l'élément déterminant concernant la capacité de travail était articulaire et a renvoyé au rapport de son confrère Z. _____ s'agissant des effets des diagnostics posés sur l'activité exercée par l'assuré. Dans un avis du 4 juin 2012, le Service médical régional (ci-après : SMR), sous la plume du Dr N. _____, a indiqué qu'il fallait solliciter des renseignements complémentaires de la CNA, l'activité exercée de chauffeur poids lourds ne paraissant plus exigible. Le 11 juin 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il n'y avait pas de mesure de réadaptation d'ordre professionnel possible dès lors que son état de santé n'était pas stabilisé. L'assuré a été examiné à deux reprises, les 18 juin 2012 et 31 août 2012, par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie, lequel a préconisé un séjour à la Clinique B. _____ (ci-après : Clinique B. _____) à [...] afin de déterminer ses perspectives professionnelles. Il a par ailleurs précisé ce qui suit à l'issue de son rapport d'examen du 31 août 2012 : « [...] Du point de vue asséurologique, un statu quo sine sera à déterminer au niveau de l'épaule G [réd. : gauche] et du genou G (accident sans lésion structurelle à ces niveaux). Au niveau de l'épaule D [réd. : droite], les limitations fonctionnelles seront à la charge de la Suva [réd. : CNA] comme celles qui concerneront le genou D. Ces deux articulations ont effectivement eu, lors d'accidents à la charge de la Suva, des lésions traumatiques qui ont nécessité des interventions chirurgicales. » L'assuré a séjourné au sein du service de réadaptation de la Clinique B. _____ du 23 octobre 2012 au 27 novembre 2012. Les Drs C. _____ et R. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin-assistant, ont établi un rapport en date du 8 janvier 2013, où ils ont retenu les diagnostics suivants : « Diagnostic principal - Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques de l'épaule droite. Diagnostics supplémentaires - Déchirure transfixiante subtotale du tendon du

supra-épineux droit le 28.09.2011. - Acromioplastie et réinsertion transosseuse du tendon supra-épineux droit le 25.01.2012. - Gonalgies bilatérales chroniques. - Lipoma arborescens au genou gauche et chondropathie fémoro-patellaire interne gauche (IRM du 20.11.2012). - Antécédent d'arthroscopie de régularisation d'une déchirure de la corne antérieure du ménisque externe droit en décembre 2006. - Antécédent d'arthroscopie du genou droit en septembre 2009 pour débridement des paquets de chondrocalcinose du compartiment externe. - Douleurs de la cheville gauche. - Obésité (BMI [réd. : body mass index] = 30 kg/m²). - Goutte chronique. - HTA. - Hypercholestérolémie. » S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, les spécialistes de la Clinique B. _____ se sont prononcés comme suit : « [...] L'incapacité de travail dans l'activité de chauffeur poids lourds est totale et définitive. Dans une activité adaptée, une pleine capacité de travail est attendue. Pour ce qui concerne l'épaule droite, on peut reconnaître des limitations pour le port de charges lourdes répétées supérieures à 15 kg, et les activités au-dessus du plan des épaules. [...] La situation devrait être stabilisée dans les prochains mois. Chez un patient en attente de solution médicale qui reste centré sur ses douleurs, on peut s'attendre à ce que la réintégration du monde professionnel pose problème. [...] » En date du 6 février 2013, la CNA a réceptionné les données salariales actualisées de V. _____ SA, qui a indiqué qu'en 2013 l'assuré aurait continué à percevoir un salaire mensuel de 5'300 fr., versé treize fois, pour une activité de 42,5 heures hebdomadaires en tant que chauffeur-logisticien. Le Dr Z. _____ a réexaminé son patient à deux reprises les 14 décembre 2012 et 12 avril 2013. Par pli du 2 mai 2013, il a signalé à la CNA que le traitement était terminé et le cas stabilisé, de sorte que l'assuré était susceptible d'entreprendre une activité adaptée telle que décrite par les spécialistes de la Clinique B. _____. Sur la base de l'examen des pièces du dossier de la CNA, le Dr N. _____ du SMR a posé dans un avis du 1^{er} juillet 2013 le diagnostic principal de douleurs et limitations persistantes après déchirure transfixiante du tendon du supra-épineux de l'épaule droite le 28 septembre 2011 et a relevé les pathologies associées du ressort de l'AI de status après acromioplastie et réinsertion trans-osseuse du tendon supra-épineux droite le 25 janvier 2012, gonalgies bilatérales et gonarthrose fémoro-patellaire et status après arthroscopie du genou droit pour lésion méniscale et débridement de paquets de chondrocalcinose du compartiment externe ainsi que les diagnostics non du ressort de l'AI de goutte chronique, obésité, HTA et hypercholestérolémie. Ce médecin a indiqué que l'incapacité de travail avait débuté le 28 septembre 2011. La capacité de travail de l'assuré était de 0 % dans l'activité exercée et de 100 % dans une activité adaptée à partir de décembre 2012, avec les limitations fonctionnelles suivantes : limitation du port de charges supérieures à 15 kg avec l'épaule droite, activités au-dessus du plan des épaules, travail à genoux et accroupi autre que très occasionnel et marche fréquente dans les escaliers et en terrain instable. Entre-temps, dans le cadre de l'instruction par la CNA, un examen médical final a été effectué par le Dr T. _____ le 27 juin 2013, qui a conclu son rapport du même jour en ces termes : « [...] Du point de vue asséculo-logique, la Suva [réd. : CNA] n'est pas concernée par la symptomatologie que présente le patient au niveau de sa cheville G [réd. : gauche] et de son genou G, les événements pris en charge par l'assurance-accident au niveau de ces articulations n'étant que des entorses bénignes n'ayant pas entraîné de lésion structurelle avec accident ne déployant plus d'effet au plus tard 3 mois après avoir eu lieu. Si l'événement de septembre 2011 a pu décompenser transitoirement une pathologie dégénérative préexistante au niveau de l'épaule G, cet événement n'a de toute évidence pas entraîné de lésion structurelle et le statu quo sine est obtenu depuis longtemps (au plus tard

un an après l'accident). La Suva est donc concernée par les séquelles des accidents du genou D [réd. : droit] et de l'épaule D. Les séquelles de l'événement du 28.09.2011 au niveau de l'épaule D entraînent qu'une activité professionnelle adaptée est une activité sans port de charges répété du MSD [réd. : membre supérieur droit] au corps de plus de 10 kg, sans port de charges répété de plus de 5 kg MSD éloigné du corps et sans mouvement répétitif de rotations interne et externe contre résistance de plus de

E. 5

a) 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, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). b) 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. 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 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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. 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 à l'interne (ATF 135 V 465). Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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 et les références ; TF 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1).

E. 6

En l'espèce, il est constant que, suite à l'accident dont il a été victime le 28 septembre 2011, le recourant a présenté une incapacité de travail totale au moins jusqu'au mois de décembre 2012 en raison de ses troubles à l'épaule droite. C'est donc à bon droit que l'intimé lui a alloué une rente entière de l'assurance-invalidité à partir du 1^{er} septembre 2012 en

application de l'art. 28 LAI. De même, il est établi que le recourant ne présente plus aucune capacité de travail dans l'activité antérieurement exercée de chauffeur poids lourds du fait de ses troubles à l'épaule droite et au genou droit. Il convient dès lors d'examiner si, et depuis quand, l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré de telle sorte que la suppression de la rente fondée sur l'art. 88a RAI se justifie. Le recourant soutient que ses limitations fonctionnelles l'empêchent de faire valoir son employabilité sur le marché du travail puis que son état de santé s'est à nouveau aggravé de sorte que la suppression de la rente litigieuse ne serait pas justifiée. Tout comme l'assureur-accidents, l'intimé a retenu sur la base des rapports médicaux que le recourant disposait dès décembre 2012 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Cette appréciation se fonde sur un rapport très succinct rédigé le 1^{er} juillet 2013 par le Dr N. _____ du SMR lequel retient que le recourant a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles à l'épaule droite. Ce praticien note avoir ajouté des limitations fonctionnelles « compte tenu de l'atteinte aux genoux ». Il ressort de l'indexation des pièces du dossier que le Dr N. _____ a eu connaissance du rapport de la Clinique B. _____ du 8 janvier 2013 mais non du rapport du Dr T. _____ suite à son examen final du 27 juin 2013. Or, ce praticien fait état d'un tableau clinique plus complexe avec des limitations des amplitudes articulaires des deux épaules et des limitations de la flexion aux deux genoux. Il relevait également des douleurs aux positions fonctionnelles extrêmes ainsi qu'à la palpation de la cheville gauche. Il n'a toutefois pris en compte que les atteintes à l'épaule droite et au genou droit pour évaluer leurs effets sur la capacité de travail du recourant dans la mesure où l'assurance-accidents n'était pas concernée par les troubles sur les autres articulations. Toutefois, du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de restreindre l'examen aux seules conséquences sur la capacité de travail des troubles à l'épaule droite et au genou droit. Par la suite, le recourant a consulté le Prof. W. _____, qui a diagnostiqué le 2 avril 2014 une gonarthrose du genou droit (compartiment fémoro-patellaire), une chondrocalcinose, une tendinopathie de l'épaule droite et un état douloureux chronique. Le recourant a encore produit en cours de procédure deux rapports de la Dresse L. _____. Dans le premier, daté du 4 février 2015, cette médecin a notamment posé le diagnostic d'oligoarthrite inflammatoire d'origine indéterminée, qui engendrait des douleurs articulaires inflammatoires touchant les deux genoux, la cheville gauche et dans une moindre mesure, les poignets et les mains. Dans son rapport du 19 juin 2015, elle a posé le diagnostic de spondylarthropathie justifiant une incapacité de travail à 100 % depuis août 2014 en raison des atteintes articulaires inflammatoires. La Dresse L. _____ a en outre estimé, sur la base de l'IRM pratiquée en mars 2015, que la maladie était déjà active depuis plusieurs mois auparavant. Contrairement à ce que soutient l'intimé, on ne peut d'emblée exclure qu'il existe un lien de causalité entre les atteintes à la santé justifiant l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le mois de septembre 2012 et celles qui sont à l'origine de l'incapacité de travail attestée depuis août 2014 par la Dresse L. _____. Il ressort au contraire de la comparaison des rapports médicaux que le recourant s'est toujours plaint de douleurs non seulement à l'épaule droite mais aussi aux autres articulations, tableau algique qui paraît compatible avec les diagnostics posés par la Dresse L. _____. Cette impression est renforcée par le fait que cette praticienne estime que cette maladie était déjà active plusieurs mois auparavant. Or, si l'on considère que l'aggravation de l'état de santé du recourant n'est pas due à une nouvelle atteinte, il conviendra d'appliquer l'art. 29bis RAI en ce sens que le droit à une rente ne serait pas subordonné à un nouveau délai de

carence. Si l'on admet que l'aggravation de l'état de santé a eu lieu au moins depuis août 2014, on ne peut donc exclure que le recourant avait à nouveau droit à une rente entière de l'assurance-invalidité au moment où la décision litigieuse a été rendue. Cela étant, on ne saurait non plus se fonder sur ces seuls rapports médicaux, qui ne remplissent pas les critères pour se voir reconnaître une pleine force probante, pour conclure que le degré d'invalidité du recourant était toujours supérieur à celui donnant droit à une rente entière. Au demeurant, en l'état, aucun médecin n'a attesté l'existence d'une incapacité de travail entière, y compris dans une activité adaptée, pour la période comprise entre les mois de décembre 2012 et le mois d'août 2014. Dans le cadre de ses objections au projet de décision de l'intimé, le recourant n'avait d'ailleurs pas contesté avoir recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il conviendra toutefois d'examiner cas échéant si, pendant cette période, le recourant était en mesure de faire valoir sa capacité de travail sur un marché équilibré du travail, ce qu'il conteste dans le cadre de son recours. En définitive, il n'est pas possible de déterminer sur la base des pièces du dossier si, en tenant compte de l'ensemble du tableau algique, l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré depuis décembre 2012 au point d'exclure tout droit à une rente de l'assurance-invalidité, ainsi que s'il s'est aggravé par la suite, ce qui ouvrirait à nouveau le droit à une rente, dans la mesure où cette aggravation ne constituerait pas un nouveau cas d'invalidité. Au vu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'examiner en l'état plus avant les autres griefs formulés par le recourant, notamment quant au taux d'abattement pris en considération par l'intimé pour calculer le revenu d'invalidité.

E. 7

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 ; RAMA 1993 n° U170 p. 136, 1989 n° K809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'espèce, il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une expertise rhumatologique, comme le préconise le SMR dans son avis complémentaire du 17 août 2015, afin d'établir si, et depuis quand, les troubles existant en lien avec les articulations donnent lieu à une incapacité de travail et quels sont leurs effets sur le droit à la rente du recourant. Dans ce cadre, l'intimé devra notamment déterminer si ces troubles sont en lien avec l'incapacité de travail ayant provoqué l'invalidité initiale ou s'il s'agit d'un nouveau cas d'assurance, auquel cas le droit à une rente serait subordonné à

l'écoulement d'un nouveau délai de carence (art. 29 al. 1 let. b LAI ; TFA I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3a).

E. 8

a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté. c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs. L'art. 61 let. g LPGA n'impose pas l'octroi de dépens couvrant intégralement les honoraires du mandataire du recourant. Quant à l'art. 11 al. 1 TFJDA, il prévoit seulement une « participation » aux honoraires. En l'espèce, Me Métille a conclu à l'octroi de plein dépens pour un montant de 6'408 fr. 40 sur la base de la note d'honoraires du 30 septembre 2016 (sic) faisant état de 16 h 55 consacrées au dossier à 350 fr. de l'heure, de 12 fr. 80 de débours et de la TVA. Il convient de fixer l'indemnité due en tenant compte des difficultés de la cause et de l'ampleur du travail qu'elle justifiait. Or, le nombre d'heures consacrées au dossier apparaît en l'espèce trop élevé. En effet, Me Métille a notamment indiqué 8 h 30 de travail pour l'étude du dossier et la rédaction du recours, ainsi qu'une heure pour l'examen de l'arrêt de la Cour de céans et l'information à son client. Ces chiffres sont excessifs, d'autant que Me Métille avait déjà déposé des observations dans la procédure de préavis devant l'OAI, qu'il a en partie reprises dans son recours. On peut admettre, globalement, entre 14 h 00 et 15 h 00 de travail au lieu des 16 h 55 annoncées, pour un tarif horaire de l'ordre de 225 à 250 fr., à titre de participation aux honoraires du mandataire du recourant. Dès lors, il convient d'arrêter, compte tenu de la difficulté de la cause et de l'ampleur des écritures, le montant des dépens à 4'100 fr., à la charge de l'intimé. Cette somme couvre intégralement le montant de l'indemnité qui pourrait être allouée au titre de l'assistance judiciaire, chiffrée à 3'259 fr. 30 par le conseil d'office du recourant. Il n'y a donc pas lieu au paiement d'une indemnité d'office.

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