

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 916 vom 3. Oktober 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-10-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2016\\_\\_916](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__916)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 916 du 3 octobre 2016

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 916 del 3 ottobre 2016

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, REVENU | 29 al. 2 Cst., 17 LPGA, 6 LPGA, 87 RAI

## Erwägungen

### E. 5

a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références; cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a; cf. TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée

suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

## E. 6

L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 1<sup>er</sup> mars 2013 et a repris l'instruction en ordonnant une expertise, qui a été confiée au Dr R.\_\_\_\_\_. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente – soit la décision du 5 mars 2009 – et la décision litigieuse du 4 novembre 2014, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à une rente AI. a) Pour statuer sur les prétentions de l'assuré dans le cadre de la première procédure AI, l'office s'est essentiellement fondé sur le rapport médical final du Dr G.\_\_\_\_\_ de la CNA du 5 juin 2007, ainsi que sur l'appréciation du 28 mai 2008 du Dr W.\_\_\_\_\_. Pour ces deux médecins, et cet élément n'est, à juste titre, pas remis en question, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de manoeuvre sur les chantiers est nulle. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100 % dans une activité essentiellement sédentaire, et de 50 % dans une activité semi-sédentaire (cf. rapport précité du Dr W.\_\_\_\_\_, et rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR du 22 décembre 2008). C'est donc l'atteinte au niveau de la cheville et du pied gauches, et les douleurs en résultant, qui ont conduit les médecins à constater, dans le cadre de la première demande, que l'activité habituelle n'était plus exigible, et que seule une activité adaptée l'était. Cette appréciation a été confirmée par l'arrêt de la Cour de céans du 6 avril 2011. b) Pour pouvoir se prononcer sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du Dr R.\_\_\_\_\_, qui a fait part de ses conclusions sous l'angle orthopédique. Certes, selon l'avis du Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR du 19 juillet 2013, c'est une expertise rhumatologique qui était indiquée. Or le Dr R.\_\_\_\_\_ est spécialiste en chirurgie orthopédique. Il n'en demeure pas moins que l'assuré, d'ores et déjà assisté à ce stade de la procédure, aurait pu réagir et contester la désignation d'un orthopédiste lorsqu'il a été informé, par avis du 9 septembre 2013, du fait que l'expertise serait confiée au Dr R.\_\_\_\_\_. Il n'en a toutefois rien fait. Force est en outre de constater avec le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR (cf. avis du 1<sup>er</sup> juin 2015) que les investigations que l'expert a été amené à conduire rentraient dans le champ de compétence d'un orthopédiste. La très large majorité des médecins qui se sont prononcés sur le cas de l'assuré sont au demeurant des spécialistes en orthopédie, tels les Drs S.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_, et N.\_\_\_\_\_. Le fait que l'OAI ait confié une expertise à un orthopédiste et non à un rhumatologue ne justifie dès lors pas qu'une nouvelle expertise soit diligentée. Dans son rapport du 3 octobre 2013, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lésion ostéo-chondrale du dôme talien gauche, d'arthrose de l'articulation sous-talienne gauche, de lombo-cruralgie droite de type irritatif non déficitaire avec spondylarthrose lombaire modeste, ainsi que de persistance de douleurs type « pillar pain » de la paume de la main droite. Dans le cadre de son appréciation du cas, l'expert a expliqué de façon claire et dénuée de contradiction que la pathologie centrale de l'assuré était celle de la cheville gauche, mais il a également relevé que le second problème était celui du rachis, et le troisième point d'examen celui de la douleur résiduelle au niveau de la main droite. Dans la mesure où, lors de la première demande, seule l'atteinte au niveau de la cheville et du pied gauches était en cause, il ne fait nul doute que la situation de l'assuré s'est modifiée, avec l'apparition de douleurs au niveau du rachis notamment. Reste à

déterminer toutefois si les nouvelles atteintes alléguées sont de nature à influencer son droit à la rente. Tel est le cas de l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_, qui estime que son patient est totalement « invalide », compte tenu, d'une part, de sa pathologie de la cheville, et d'autre part de sa pathologie lombaire (cf. rapport du 6 août 2012). Or le Dr R. \_\_\_\_\_ a repris très en détail le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 6 août 2012 dans son rapport d'expertise, et a exposé pour quels motifs il devait s'écarter de son appréciation. Ainsi s'il a admis avec le Dr V. \_\_\_\_\_ que la profession d'ouvrier de chantier ne pouvait plus être exercée, il a estimé qu'une tâche adaptée demeurerait exigible, moyennant le respect des limitations fonctionnelles. S'agissant de celles en lien avec la cheville gauche, il a estimé que l'assuré devait éviter la marche à pied de plus de 500 mètres par jour, celle en terrain irrégulier ou en pente, sur des échelles, des échafaudages ou en milieu dangereux nécessitant la possibilité d'une fuite à pied, ainsi que dans le cadre d'une activité nécessitant l'utilisation de machines à commande à pied. On relèvera que ces limitations fonctionnelles sont largement superposables à celles retenues dans le cadre de la première demande, notamment par le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 juin 2007 (pas de déplacements prolongés ni de marche en terrain irrégulier). Quant aux limitations fonctionnelles en lien avec le rachis, lesquelles n'existaient pas lorsqu'a été instruite la première demande, le Dr R. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré devait éviter la position statique érigée ou assise de plus de deux heures de façon continue, ce qui se traduisait par une pause de 30 minutes toutes les deux heures; il fallait également éviter le port de charges de plus de 5 kg ainsi que le travail en rotation ou porte-à-faux du tronc. L'alternance des positions assise et debout était conseillée, avec un siège de type haut pour opéré du rachis lombaire avec barre d'appui-pied. En dernier lieu, concernant l'atteinte à la main droite, laquelle n'est pas nouvelle, dès lors que le Dr G. \_\_\_\_\_ en faisait déjà état dans son rapport du 5 juin 2007, le Dr R. \_\_\_\_\_ a retenu comme limitation fonctionnelle l'absence de manipulation d'objet entraînant des chocs de la paume de la main droite (marteau-piqueur, pistolet-revolver) et de manipulation d'objets dangereux. L'expert a estimé que ces limitations autorisaient une capacité de travail de 42 heures 30 minutes par semaine, avec une baisse de rendement de 15 %, correspondant à deux fois trente minutes de pause par jour, les trente minutes de repos étant à effectuer au bout de deux heures de travail. Dans ce contexte, le recourant estime que c'est une baisse de rendement de 20 % qui aurait en réalité dû être retenue, car une pause toutes les deux heures de 30 minutes pour une activité de 8,5 heures représente trois pauses, et non deux pauses. L'assuré ne peut toutefois être suivi dans ses explications: l'expert justifie en effet les trente minutes de pause toutes les deux heures pour le cas où la position statique, érigée ou assise, serait de deux heures de façon continue. C'est dire que dans l'éventualité où la position statique (assis ou debout) n'était pas maintenue durant deux heures, les trente minutes de pause ne trouveraient pas de justification. Ainsi en retenant une baisse de rendement de 15 % à ce titre, l'expert a tenu compte de l'ensemble des paramètres du cas. De même, il ne peut être fait grief au Dr R. \_\_\_\_\_ de n'avoir examiné que très « abstraitement » la possibilité pour l'assuré d'exercer une activité adaptée: l'expert a en effet pris le soin de lister toutes les limitations fonctionnelles susceptibles d'entrer en considération, compte tenu de l'ensemble des atteintes retenues, en se montrant au contraire très détaillé, allant par exemple jusqu'à lister les objets susceptibles d'entraîner des chocs de la paume de la main (marteau-piqueur, pistolet-revolver). Certes le recourant soutient que les conclusions du rapport de la Fondation I. \_\_\_\_\_ de février 2009 mettent à mal les conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_. Toutefois, ainsi que cela avait été souligné par arrêt du 6 avril 2011, le rapport de la Fondation I. \_\_\_\_\_, qui comporte l'appréciation de la

situation telle qu'observée par un moniteur d'atelier ainsi qu'une conseillère professionnelle n'est, en regard des règles de jurisprudence applicables, pas déterminant, les constatations médicales devant être privilégiées. Les observations des responsables de la Fondation I. \_\_\_\_\_ ont en effet pour partie pu être influencées par des éléments subjectifs tels que plaintes ou mimiques de l'assuré durant son stage. Partant, ces observations ne garantissent pas un compte rendu objectif de la situation de santé du recourant. Il est en effet constant que les données médicales, qui permettent généralement une appréciation objective du cas, l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (cf. TF 9C\_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 5.2 et les références citées). En effet, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (cf. TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). C'est aux médecins qu'il appartient de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (cf. ATF 125 V 256 consid. 4) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (cf. TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (cf. TF 9C\_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3 et TF 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008 consid. 3). Le recourant ne saurait dès lors être suivi lorsqu'il soutient que seule une expertise d'intégration professionnelle serait propre à déterminer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il ne peut non plus soutenir que le rapport de stage de la Fondation I. \_\_\_\_\_ remet en cause le bien-fondé de l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_: celle-ci lui est non seulement postérieure, et a été établie par un spécialiste, mais remplit en outre tous les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître pleine valeur probante. Elle a ainsi été établie sur la base de l'ensemble des pièces du dossier; l'anamnèse du recourant y est décrite avec soin, les plaintes de l'assuré ont été prises en considération, et son status bien détaillé. Elle comporte une appréciation du cas, et des réponses aux questions posées par les parties, réponses qui sont claires et dénuées de contradiction. Finalement, on voit mal que l'assuré plaide en recours que seuls ses problèmes de cheville auraient été pris en compte: il ressort au contraire de l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ que l'ensemble de la problématique orthopédique a été prise en considération, et que l'expert ne s'est nullement limité à la cheville gauche. Du reste, il a retenu avec effet sur la capacité de travail, en sus de l'atteinte à la cheville, une atteinte au niveau du rachis sous forme de lombo-cruralgie, ainsi qu'une atteinte à la paume de la main droite compte tenu de la persistance de douleurs de type « pillar pain » à ce niveau. L'expert a au demeurant exposé qu'une position statique pouvait être maintenue durant deux heures, et non pas seulement durant 30 minutes ainsi que le soutient l'assuré. Sur le vu de ce qui précède, et aucun élément médical ne venant contredire les constatations faites par l'expert, il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Il convient donc de retenir que l'activité habituelle n'est plus exigible, mais que l'assuré présente, dans une activité adaptée, une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 15 %. c) Dans ces conditions, il n'y a donc pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant (expertise avec volet rhumatologique, expertise d'intégration professionnelle et production du protocole utilisé par la conseillère en orientation dans le cadre de l'établissement de sa note du 19 février 2015). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122

II 464 consid. 4a, TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

## **E. 7**

Reste à se prononcer sur l'aspect économique, singulièrement sur le calcul des revenus pris en compte par l'intimé pour fixer le taux d'invalidité. 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 notion théorique et abstraite de « marché du travail équilibré » est inhérente au système de l'AI et trouve son fondement à l'art. 16 LPGa. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). b) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet. Dans ce contexte, la comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; cf. TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2.1; cf. TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). c) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Dans ce sens, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (cf. TF 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 4.4.2 et TFA I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3, avec les références citées). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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 (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; cf. TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 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 (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; cf. TF 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 et TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; cf. VSI 1999 p. 182). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale

maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 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 du 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 (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). d) En l'espèce, l'année de comparaison des revenus est 2013, année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a). Pour établir le salaire sans invalidité, l'OAI a indexé le salaire que l'assuré réalisait en 2007, conformément aux informations de l'ancien employeur, de 68'182 fr. 40, pour l'arrêter, en 2013, à 72'868 fr. 65. En procédant de la sorte, et dès lors que l'intimé disposait en 2007 de données chiffrées concrètes, communiquées par l'ancien employeur, il convient de constater que le revenu retenu sans invalidité ne prête pas le flanc à la critique, dans la mesure où il correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à ce que l'assuré aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Quant au revenu d'invalidé, l'OAI s'est à juste titre basé sur les données résultant de l'ESS, en l'absence de revenu effectivement réalisé. Dans ce contexte, le recourant soutient n'avoir aucune capacité de gain, et ne pouvoir dès lors dégager aucun revenu. Toutefois, ainsi qu'on l'a vu (cf. consid. 6 supra), sa capacité de travail dans une activité adaptée est entière, avec une baisse de rendement de 15 %. Il n'avait au demeurant pas atteint l'âge de 60 ans lorsque la décision attaquée a été rendue, respectivement était âgé de 58 ans quand, le 3 octobre 2013, le Dr R. \_\_\_\_\_ a établi son aptitude à exercer une activité lucrative (cf. ATF 138 V 457). Au demeurant, les activités adaptées envisagées (qualification 4, simples et répétitives) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. Elles sont en outre accessibles malgré une faible compréhension de la langue française. Quant aux difficultés d'apprentissage alléguées, elles n'ont pas empêché le recourant d'œuvrer dans les domaines de l'agriculture puis du bâtiment. La situation du recourant se distingue par ailleurs de celle ayant donné lieu à l'arrêt TF 9C\_313/2007 dont il se prévaut, qui concernait une personne devant éviter de porter des charges supérieures à 1 kg et les mouvements des bras au-dessus de l'horizontale, et qui ne disposait que d'une force de préhension et de serrage limitée: compte tenu de ses limitations fonctionnelles, l'assuré est en effet en mesure d'exercer notamment des activités industrielles de type surveillance d'un processus de production, alimentation de machine ou montages à l'établi sur une chaise assis debout. Au demeurant, le recourant peut travailler deux heures de façon statique sans pause, et non 30 minutes comme il l'allègue. Si les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles peuvent limiter dans une certaine mesure les possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'elles rendent cette perspective illusoire. Il n'est par ailleurs pas arbitraire d'affirmer que le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre important sont adaptées aux limitations du

recourant. S'agissant plus spécifiquement de l'abattement, il convient de constater que là encore, la situation du recourant se distingue de celles ayant donné lieu aux arrêts qu'il cite. S'agissant en premier lieu de l'arrêt TF 9C\_104/2008, la juridiction cantonale n'avait pas modifié le taux d'abattement retenu, mais s'était contentée de confirmer celui arrêté par l'autorité administrative à 20 %; il s'agissait en outre d'une personne ne pouvant œuvrer qu'à temps partiel. Quant à l'arrêt TF 9C\_354/2009, il concernait un assuré âgé de presque soixante-et-un ans au moment où la décision administrative avait été rendue, employé depuis près de vingt ans par le même employeur et à qui les nombreuses limitations fonctionnelles observées ne permettaient désormais d'exercer qu'une activité à temps partiel. S'agissant en dernier lieu de l'arrêt TF 9C\_390/2011, il concernait lui aussi une recourante dont la capacité de travail résiduelle n'était que de 50 %. Le recourant toutefois est en mesure d'exercer une activité à plein temps, avec baisse de rendement de 15 %. De la comparaison des revenus sans et avec invalidité, de respectivement 72'868 fr. 65 et 45'098 fr. 45, il ressort une perte de gain de 27'770 fr. 20 correspondant à un taux d'invalidité de 38,11 % ( $[72'868 \text{ fr. } 65 - 45'098 \text{ fr. } 45] / 72'865 \text{ fr. } 65 \times 100$ ). Un taux d'invalidité de 38 % étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, c'est dès lors à juste titre que l'office intimé a refusé d'octroyer cette prestation au recourant.

#### **E. 10**

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et 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 et des indemnités; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 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 (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile; RSV 211.02.3]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). 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 pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Michel Chavanne (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Invité à produire sa liste des opérations (cf. art. 3 al. 1 RAJ), ce dernier a communiqué le 5 septembre 2016 une liste totalisant 22 heures et 51 minutes, dont 20 heures 57 effectuées par le stagiaire. Après examen des opérations effectuées, le temps consacré au dossier apparaît conséquent, mais correct compte tenu de l'ampleur et de la complexité du dossier. Toutefois, des opérations ne concernant pas la procédure en cours ont été listées (ainsi un courrier à O. \_\_\_\_\_ ainsi que l' « attention » à une déclaration de renonciation à la prescription). Il n'y a pas lieu non plus de tenir compte des mémos, s'agissant de travail de secrétariat. Les opérations du poste « attention à un courrier », qui ne nécessite qu'une lecture cursive et brève, ne dépassant pas

les quelques secondes pour un avocat correctement formé (Bohnet/Martenet, Droit de la profession d'avocat, Berne 2009, n. 2962 p. 1170 et la jurisprudence citée ad n. 873; CACI Juge délégué 19 août 2015/427), ne seront pas prises intégralement en compte. Quant aux débours, ils seront fixés forfaitairement à 100 fr. plus TVA à 8 %. Compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr. pour les opérations de Me Chavanne, et de 110 fr. pour celles de son stagiaire, l'indemnité d'office sera ainsi arrêtée globalement à 3'200 fr., débours et TVA compris. Cette rémunération 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 (cf. art. 123 al. 1 CPC).

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