

## **VD\_GERICHTE ZD15.007850 vom 5. Februar 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-02-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD15.007850](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.007850)

FR: VD\_GERICHTE ZD15.007850 du 5 février 2016

IT: VD\_GERICHTE ZD15.007850 del 5 febbraio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est échelonné, en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50% au moins, à trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60% au moins et à une rente entière pour un taux

- 23 - d'invalidité de 70% au moins. 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 (art. 16 LPGA).

#### **E. 4**

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 et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_58/2013 du 22 mai

2013, consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C\_368/2013 du 25 février 2014, consid. 4.2.4, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

- 24 - examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_205/2013 du 1er octobre 2013, consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1er juillet 2013, consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère

- 25 - incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012, consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012, consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). 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, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

## E. 5

a) Sur le plan somatique, l'expert a retenu le 1er mai 2014 le diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail de troubles cognitifs modérés (mémoire, attention) séquellaires d'un AVC thalamique gauche, par ailleurs responsable d'un discret hémisyndrome sensitivomoteur séquellaire à l'hémicorps droit. Dans un travail adapté à la diminution de la mobilité du recourant en tant que garçon de café et serveur de même qu'à celle de la mobilité fine de sa main droite – comme l'est d'ailleurs l'activité de gestionnaire d'établissement (au guichet d'entrée de la discothèque et à la direction des collaborateurs) –, il a estimé que la capacité de travail exigible nulle depuis l'accident du printemps 2012 s'était progressivement améliorée, le recourant ayant d'ailleurs repris son activité comme gérant à 30% dès le 2 juillet 2012 puis à 50% depuis le 1er février 2013. Selon le Dr X. \_\_\_\_\_ l'incapacité de travail s'était ainsi progressivement amendée pour finalement permettre la reprise par l'assuré de son activité comme gestionnaire d'établissement public au taux de 75% au plus tard à l'automne 2013 et sans que des mesures de réadaptation professionnelle ne soient indiquées.

- 26 - Ces conclusions ont été partagées par le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR – suivi ensuite par l'intimé dans sa décision – qui les a faites siennes. Dans son rapport du 19 mai 2014, ce médecin retient une incapacité de travail du recourant à 100% en toutes activités dès le 18 mars 2012 puis finalement de 25% dès le 1er novembre 2013 (« automne 2013 ») et dans une activité adaptée telle celle de gérant exercée en l'occurrence. Le médecin du SMR n'a donc pas retenu une capacité de travail résiduelle différente de celle fixée par l'expert dans son rapport du 1er mai 2014. Il n'existe d'ailleurs aucun rapport médical motivé mettant en doute l'appréciation de l'expert. Dans ses rapports des 23 mai et 10 décembre 2012, le Dr P. \_\_\_\_\_, neurologue, retient un diagnostic identique à celui posé par l'expert. Il dit ne pas avoir d'argument en faveur d'une péjoration sans proposer de mesures thérapeutiques spécifiques, la poursuite de la physiothérapie étant d'ailleurs inutile. Quant au Dr W. \_\_\_\_\_, n'ayant été consulté qu'à une seule reprise par l'assuré, soit le 1er mai 2012, on ne peut pas valablement se fier à ses constatations pour l'appréciation de l'évolution de l'état de santé du recourant, notamment depuis l'automne 2013. Le 25 juin 2012, le Dr C. \_\_\_\_\_ a pour sa part exclu toute participation oto-rhino-laryngologique dans les plaintes de l'assuré en lien avec des sensations d'instabilité à la marche dans la discothèque. Quant aux rapports et certificats médicaux du Dr F. \_\_\_\_\_, il n'est pas possible de s'y référer valablement. Ces documents, outre le fait qu'ils émanent d'un médecin consulté par l'assuré et doivent déjà être admis avec réserve (cf. consid. 4b supra), ont un contenu trop laconique qui ne satisfait d'emblée pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante ; dans ses certificats des 14 octobre 2014, 23 janvier, 14 avril et 4 décembre 2015, le médecin traitant se borne à mentionner des périodes d'arrêt de travail sans en motiver les causes ni

- 27 - indiquer si ces incapacités s'entendent dans l'activité habituelle de son patient ou dans des activités adaptées. Ce praticien a de plus indiqué dans ses rapports des 22 octobre 2012 et 2 avril 2013 un pronostic qu'il qualifiait de bon en mentionnant même la reprise progressive de l'activité de restaurateur au taux de 75% à la fin 2013. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a

en outre confirmé ses pronostics dans un rapport du 2 mai 2013 rédigé pour l'assureur perte de gain R.\_\_\_\_\_. Force est d'admettre en définitive que les conclusions des rapports et des certificats établis par le médecin traitant sont contradictoires entre elles. S'agissant des prises de rendez-vous de physiothérapie sur la période de la mi-février à la mi-avril 2015 auprès de la Clinique [...], non étayées, celles-ci ne font donc état d'aucun argument de nature à valablement rediscuter les constatations et conclusions du rapport d'expertise du 1er mai 2014. Quant aux conséquences du stress sur son état de santé dont se prévaut le recourant en lien avec la reprise d'une activité professionnelle au maximum de ses possibilités attestées par l'expert, force est de relever avec l'intimé que cela ne constitue pas une entrave à l'exercice d'un emploi adapté dès lors que l'intéressé respecte le traitement médicamenteux prescrit tendant à contrôler sa pression artérielle. b) Sur le plan psychiatrique et bien qu'il ne soit certes pas un spécialiste en la matière, le Dr X.\_\_\_\_\_ a mentionné le 1er mai 2014 des éléments de la lignée anxio-dépressive (un état anxio-dépressif sous-jacent) susceptibles de contribuer aux troubles neuropsychologiques mis en évidence (léger parasitage du status neurologique par une composante fonctionnelle avec une probable aggravation des troubles cognitifs mnésiques-attentionnels séquellaires). Appelé à se prononcer sur l'appréciation de l'expert neurologue, le médecin du SMR a toutefois estimé le 19 mai 2014 que seule une amélioration de 10% de l'aptitude au travail étant mentionnée en cas de traitement des éléments anxio-dépressifs relevés, un tel traitement n'était pas exigible du recourant

- 28 - compte tenu de sa faible marge « d'amélioration pronostiquée ». Selon le Dr B.\_\_\_\_\_ une instruction auprès d'un spécialiste en la matière n'était par ailleurs pas justifiée. Cette analyse de la situation s'avère correcte dès lors que le recourant n'est en effet pas suivi sur ce plan. Il n'y a également aucun rapport ou certificat des médecins consultés posant un diagnostic psychiatrique et attestant d'une incapacité de travail due à des troubles de cet ordre. Partant, l'appréciation du médecin du SMR n'est aucunement mise en doute par quel qu'autres documents médicaux au dossier. De plus et contrairement à ce que semble en dire le recourant, même si l'aspect psychique sort de sa spécialisation, l'expert était apte à recueillir des éléments de cette nature et à indiquer le cas échéant, si la situation justifiait l'avis d'un médecin psychiatre. Cela ne dépassait pas le cadre de son mandat. En l'espèce, le Dr X.\_\_\_\_\_ s'est d'ailleurs limité à mentionner l'éventualité d'un traitement de l'état anxio-dépressif sous-jacent chez l'expertisé sans poser de diagnostic sur le plan psychiatrique. c) En définitive, l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ comprend une anamnèse, fait état des plaintes du recourant, est exempte de contradictions et relève d'une étude approfondie du cas de celui-ci (examen de l'ensemble des pièces au dossier et examen clinique avec bilan cognitif détaillé). Ses conclusions, bien motivées, ne sont pas mises en doute par d'autres rapports médicaux. Elle a ainsi valeur probante. Force est dès lors de retenir une capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée augmentée à 75% au plus tard depuis le 1er novembre 2013. L'état de santé du recourant s'est ainsi amélioré.

## **E. 6**

Selon l'art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, dans le cas des assurés exerçant une activité lucrative, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

- 29 - Il s'agit donc de comparer deux revenus hypothétiques, soit le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu hypothétique d'invalidité. a) En l'espèce, dans la comparaison des revenus opérée par l'OAI, le recourant ne critique pas le calcul de son revenu sans atteinte à la santé, fixé à 75'928 fr. pour 2013. Il conteste en revanche la détermination du revenu hypothétique d'invalidité raisonnablement exigible de sa part. b) aa) Le revenu d'invalidité 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'invalidité. En l'absence, comme en l'espèce, d'un tel revenu, le revenu d'invalidité peut être évalué sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA ou, comme en l'espèce, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3 et 9C\_57/2008 du 3 novembre 2008, consid. 3). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb; TFA I 171/2004 du 1er avril 2005, consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007, consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

- 30 - bb) En l'occurrence, le salaire de référence de 62'856 fr. 96 retenu par l'intimé en tant que revenu d'invalidité du recourant pour 2013 l'est sur la base des données de l'ESS, procédé que le recourant ne conteste pas en soi dès lors qu'il s'en prend uniquement au taux d'activité résiduel retenu de 75% ; il s'agit en effet du revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, 4'901 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA 1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 (41,7 heures; La Vie économique, 12-2014, p. 92, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 5'109 fr. 29 (4'901 fr. x 41,7 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 61'311 fr. 51, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013 (+ 1.0% [2010 à 2011], + 0.8% [2011 à 2012] et + 0.7% [2012 à 2013]; La Vie économique, 12-2014, p. 93, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 62'856 fr. 96. Etant donné qu'il est raisonnablement exigible de l'assuré qu'il exerce une activité de substitution à 75%, le salaire hypothétique d'invalidité 2013 se monte en définitive à 47'142 fr. 72. cc) Le montant résultant des données statistiques peut faire l'objet d'une réduction. L'OAI a procédé à un tel abattement de 10% dans la décision attaquée. Il a expliqué dans sa réponse que cette déduction tient compte des limitations fonctionnelles du recourant telles que mises en évidence par l'expertise ainsi que des facteurs que sont l'âge et le taux d'occupation de l'assuré. Le recourant estime cela injustifié. Il soutient en effet que compte tenu de ses années de service et des limitations liées au handicap la prise en compte d'un abattement de 20% devrait être admise en

l'espèce sur les données statistiques de l'ESS.

- 31 - La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références; voir également TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus de pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif

- 32 - pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2). dd) Selon l'expert, le recourant souffre d'un discret hémisyndrome sensitivomoteur limitant la mobilité comme garçon de café et serveur d'un établissement public, de même qu'entraînant la diminution de la mobilité fine de la main droite chez ce droitier et des troubles mnésiques et de l'attention. Les limitations fonctionnelles présentées par le recourant - somme toute peu importantes - ne présentent pas de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir compte dans une mesure importante au titre de la déduction sur le salaire statistique. En effet, pour fixer le revenu d'invalidé, l'OAI s'est fondé, conformément à la jurisprudence, sur les données économiques statistiques, singulièrement sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalidé dès lorsqu'il recouvre un large éventail des activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TF 9C\_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.5). Les considérations du recourant relatives à une expérience professionnelle ne sauraient être

retenues à titre de critères déterminants dans la mesure où l'absence d'expérience dans certains domaines d'activités n'a que peu d'influence sur la rémunération perçue pour l'accomplissement de tâches simples et répétitives. Certes, le recourant était âgé de 56 ans lorsque l'expertise a été effectuée. Toutefois, compte tenu de l'ensemble des circonstances, on doit admettre qu'il en est tenu compte dans le taux d'abattement de 10%.

- 33 - Le recourant n'a pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (cf. TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Il est encore éloigné du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (TF 9C\_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et les références). En conclusion, le taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé n'apparaît pas critiquable. c) Moyennant la prise en compte d'un abattement de 10%, le salaire avec invalidité s'élève en conséquence à 42'428 fr. 45 ( $(47'142 \text{ fr. } 72 \times 90) / 100$ ), le taux d'invalidité du recourant étant dès lors de 44.12% ( $(75'928 \text{ fr.} - 42'428 \text{ fr. } 45) / 75'928 \text{ fr.}] \times 100$ ), arrondi à 44% (cf. ATF 130 V 121) ainsi que le retient à raison l'Office AI dans la décision querellée. C'est ainsi à tort que le recourant le conteste. Le droit à la demi-rente n'est ainsi plus ouvert au recourant, son taux d'invalidité de 44% lui donnant droit à un quart de rente dès le 1er février 2014, soit après trois mois à compter de l'amélioration de la capacité de gain datant du 1er novembre 2013 au plus tard (cf. consid. 2b et 3 supra).

## **E. 7**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation des décisions rendues le 27 janvier 2015 et qui reconnaissent au recourant le droit à une demi-rente dès le 1er mars 2013 puis à un quart de rente dès le 1er février 2014. 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 de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Pour les affaires en matière

- 34 - d'assurance-invalidité, l'émolument est compris entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur et de la difficulté de la cause, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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