

VD_GERICHTE ZD16.053537 vom 19. Juli 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-07-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.053537

FR: VD_GERICHTE ZD16.053537 du 19 juillet 2018

IT: VD_GERICHTE ZD16.053537 del 19 luglio 2018

Erwägungen

E. 4

a) Il s'agit en l'occurrence d'examiner si les circonstances se sont modifiées de manière importante depuis la décision sur opposition de l'OAI du 26 juin 2008, confirmée sur recours par arrêt de la Cour de céans du 18 novembre 2010. L'OAI avait alors rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, selon le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 25 janvier 2006 des Drs L. _____ et R. _____ du SMR. La Cour de céans a attribué une pleine valeur probante à ce rapport, qui posait les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de dorso- lombalgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale D6-D7 et de syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une gonarthrose bilatérale débutante. Les Drs L. _____ et R. _____ avaient en outre retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité et de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, dans une situation conjugale difficile (F43.21). b) Dans sa nouvelle demande de prestations présentée le 18 novembre 2014, le recourant invoque une aggravation de son atteinte aux genoux et au dos ainsi que la découverte récente d'un mélanome. L'intimé

- 21 - est entré en matière sur cette nouvelle demande et a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR. Il ressort du rapport établi à l'issue de cet examen que les Drs U. _____ et E. _____, respectivement spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie, se sont prononcés en pleine connaissance du dossier du recourant, sur la base d'une anamnèse complète et d'un examen clinique. Ils ont pris en compte les plaintes de l'assuré et ont motivé leurs conclusions, de même que les diagnostics posés, de manière claire et détaillée. Il convient donc d'attribuer une pleine valeur probante à ce rapport d'examen. c) Sur le plan somatique, le recourant souffrait déjà de gonalgies bilatérales lors de la précédente demande de prestations. Depuis lors, il a présenté une déchirure dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit pour laquelle une méniscectomie partielle a été réalisée par le Dr X. _____ le 30 juillet 2014. Tous les médecins s'accordent pour retenir un diagnostic de gonalgies bilatérales sur troubles dégénératifs et méniscaux (cf. rapports du Dr X. _____, rapport du Dr T. _____ du 29 décembre 2014, rapport du Dr N. _____ du 16 janvier 2015 et rapport d'examen clinique SMR du 28 juin 2016 du Dr U. _____). Dans son appréciation, le Dr U. _____ relève que son examen est somme toute comparable à celui réalisé en 2006 au SMR et qu'il n'a pas trouvé objectivement de signes en faveur d'une aggravation. Il rejoint néanmoins l'avis du Dr X. _____, auquel le Dr F. _____ du SMR s'était déjà rallié dans sa prise de position du 29 juillet 2015, à savoir que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle est nulle en raison de son atteinte aux genoux alors qu'en 2006, les Drs L. _____ et R. _____ avaient conclu à une capacité de travail de 70 % dans l'activité

habituelle. A noter également que les dernières IRM produites, au stade du recours, ne font que confirmer les troubles dégénératifs connus, comme le relève le Dr F. _____ dans son avis médical SMR du 11 décembre 2017. Au niveau du dos, le recourant souffre de troubles dorso- lombaires, déjà présents lors de la présente demande de prestations et qui sont liés à un discret trouble statique, à des lésions dégénératives

- 22 - débutantes et surtout à des dysbalances musculaires (rapports médicaux de la Dresse J. _____ du 7 août 2014, du Dr T. _____ du 29 décembre 2014, du Dr N. _____ du 16 janvier 2015, rapport d'examen clinique SMR du 28 juin 2016). Le recourant présente désormais également des cervicalgies sur troubles dégénératifs, sans radiculopathie (cf. rapport médical du Dr N. _____ du 16 janvier 2015, rapport d'examen clinique du SMR du 28 juin 2016). Le Dr U. _____ précise cependant que la discarthrose cervicale fait partie de l'évolution naturelle de tout un chacun. Il écarte en outre le diagnostic de spondylose de Forestier posé par le Dr N. _____, au motif que l'examen IRM de 2014 ne montre pas vraiment les stigmates d'une maladie de Forestier tout comme les clichés de la colonne cervicale et lombaire à disposition. Quant au mélanome que le recourant fait valoir dans sa nouvelle demande de prestations, il a été excisé et il ne s'agit clairement pas d'une atteinte invalidante comme l'indique la Dresse B. _____ dans son rapport médical du 27 novembre 2014 (cf. également rapport du Dr T. _____ du 29 décembre 2014). Lors de son examen clinique, le Dr U. _____ s'est également penché sur les crises aiguës d'arthropathie urique que le recourant a présentées, notamment à la cheville droite, lesquelles constituent une atteinte nouvelle à la santé. Il a souligné que l'hyperuricémie en tant que telle n'était pas un diagnostic incapacitant et qu'une nouvelle crise de goutte était susceptible d'être prévenue par un régime alimentaire adéquat. Il convient à cet égard de rappeler que le recourant a l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 113 V 28 consid. 4a et les références). Le Dr U. _____ a en outre relevé que si l'assuré n'observait pas les mesures alimentaires recommandées et ne prenait pas le traitement prescrit, une crise de goutte était certes possible, à un stade débutant, mais n'entraînerait un arrêt de travail que pendant quelques jours. Le recourant s'est par ailleurs plaint auprès du Dr U. _____ de douleurs à l'épaule gauche, présentes depuis un à deux mois. L'examen clinique auquel le Dr U. _____ a procédé le 19 mai 2016 s'est révélé

- 23 - normal, de sorte que ce médecin n'a pas jugé nécessaire d'exposer le recourant à une imagerie. Une échographie de l'épaule gauche a tout de même été réalisée le 26 mai 2016 à la demande du Dr T. _____. Celle-ci a mis en évidence d'importantes altérations dégénératives acromio- claviculaire et une bursite sous-acromio-delhoïdienne, faisant penser à un conflit sous-acromial, diagnostics que le Dr T. _____ a repris dans son rapport médical du 20 février 2017, produit dans le cadre du présent recours. Il faut constater qu'il s'agit d'une atteinte à la santé nouvelle, qui n'existait pas lors de la précédente demande de prestations AI. Dans son avis médical du 11 décembre 2017, le SMR a pris connaissance des documents produits et estimé que le recourant n'avait pas fait valoir d'élément médical nouveau que les examinateurs n'auraient pas connus ni appréciés. Cette échographie est en effet postérieure de quelques jours seulement à l'examen clinique SMR, de sorte qu'il convient, au vu des observations du Dr U. _____, d'admettre que cette atteinte dégénérative n'entraîne pas de limitations conséquentes. Au demeurant, dans les limitations fonctionnelles retenues, l'abstention de mouvements des bras au-dessus de l'horizontale – à savoir une restriction notoire en matière d'omalgie – est déjà admise en relation avec l'atteinte cervicale. Par ailleurs, le Dr T. _____ ne donne aucune indication objective

quant aux répercussions de cette atteinte dans une activité professionnelle, dont il n'exclut pas la reprise (cf. ci-dessous). Le Dr U. _____ a en outre écarté le diagnostic incapacitant de discrète myélopathie retenu par le Dr N. _____ dans son rapport médical du 16 janvier 2015, au motif qu'une image seule ne saurait justifier une incapacité de travail sans qu'elle s'accompagne de signes cliniques clairs, ce qui n'était pas le cas du recourant. A l'occasion de l'examen clinique au SMR, le recourant s'est plaint de fourmillements dans les doigts, qui restent sans explication selon le Dr U. _____, lequel précise cependant que les plaintes subjectives diffuses du recourant s'inscrivent dans le contexte d'une fibromyalgie (cf. ci-dessous) et la présence de multiples signes comportementaux.

- 24 - Si le Dr T. _____ mentionne encore, dans son rapport du 20 février 2017, la présence chez l'assuré d'un diabète de type II actuellement non insulino-dépendant et d'une surcharge pondérale, il n'explique pas en quoi ces diagnostics seraient invalidants. Dans son appréciation, le Dr U. _____ relève que l'excès pondéral, de même d'ailleurs que le déconditionnement musculaire, sont susceptibles d'être traités si l'assuré suit les conseils de ses médecins. Au final, le Dr U. _____ reconnaît que l'activité d'aide- monteur en cuisine n'est plus exigible, mais conclut, sur le plan somatique, à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant depuis mars 2002, comme le retenait le Dr L. _____, ou au plus tard dès la fin de la convalescence pour l'arthroscopie du genou droit, c'est-à-dire dès octobre 2014. Il rejoint ainsi l'avis du Dr X. _____ dans son rapport médical du 21 novembre 2014. De son côté, le Dr T. _____ estimait également, dans son rapport médical du 29 décembre 2014, qu'une activité adaptée devait pouvoir être proposée au recourant, avant d'être un peu plus vague dans son rapport médical du 20 février 2017, dans lequel il indique, après avoir nié toute capacité de travail dans l'activité habituelle, qu'une capacité plus importante pourrait sans doute être obtenue dans des activités adaptées. Les Drs N. _____, Z. _____ et M. _____ estiment en revanche que le recourant présente une totale incapacité de travail. L'appréciation du Dr N. _____ ne convainc cependant pas dans la mesure où celui-ci se base, d'une part, sur le déconditionnement physique du recourant, lequel n'est pas incapacitant en tant que tel comme le démontre le Dr U. _____ (cf. rapport d'examen clinique p. 17) et, d'autre part, sur son déconditionnement psychique, conclusion qui ne saurait contrebalancer celle de la Dresse E. _____ (cf. ci-dessous), étant donné que le Dr N. _____ n'est pas spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, comme l'a d'ailleurs relevé le SMR dans ses avis des 29 juillet et 18 novembre 2015. Il en va de même des Drs Z. _____ et M. _____, qui se basent principalement sur des diagnostics psychiatriques pour conclure

- 25 - à une totale incapacité de travail alors qu'ils sont respectivement spécialiste en médecine interne générale et médecin assistant. Leur rapport médical du 24 avril 2018 n'a de toute façon pas à être pris en compte dans le présent examen, puisqu'il porte sur une période postérieure à la décision litigieuse, le suivi médical de l'assuré auprès de ces médecins ayant débuté le 8 septembre 2017. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). Il y a par conséquent lieu de retenir que sur le plan somatique, le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ces limitations, relatives au rachis cervical, au rachis dorsolombaire et aux genoux, sont listées dans le rapport d'examen du SMR et

correspondent à celles retenues par les différents médecins dans leurs rapports médicaux respectifs. d) Au niveau psychiatrique, la Dresse E. _____ retient, à l'issue de l'examen clinique SMR, un trouble dépressif récurrent en rémission complète, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, des difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat ainsi qu'une dysthymie d'intensité légère. Le Dr T. _____ mentionnait également, dans son rapport du 29 décembre 2014, un antécédent d'état dépressif sans effet sur la capacité de travail. De son côté, le Dr N. _____ a posé le diagnostic d'état dépressif chronique (rapport médical du 16 janvier 2015), tandis que les Drs S. _____ et P. _____ ainsi que le psychologue K. _____, du Département de psychiatrie du D. _____, ont conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et à un état de stress post-traumatique (rapports des 30 mars et 2 octobre 2015). Force est de constater que les Drs N. _____, S. _____ et P. _____ ainsi que le psychologue K. _____ estiment que le diagnostic d'état dépressif

- 26 - chronique est toujours d'actualité sans toutefois motiver leur point de vue. Le seul élément qui ressort du « résumé d'investigation » du 31 mars 2015 est la présence d'un affect déprimé. Ils relèvent également une aboulie, une fatigabilité et un sentiment de culpabilité, semble-t-il sur la base des déclarations du recourant puisqu'ils ne font référence à aucun élément clinique objectif à cet égard. La Dresse E. _____ note également une humeur, par moments, légèrement triste, mais à l'examen clinique, elle n'objective pas d'adynamie, d'anhédonie, de fatigue, d'augmentation de la fatigabilité, de sentiment de dévalorisation, de culpabilité ou de persécution (cf. rapport p. 12). De même, elle explique pourquoi elle ne retient pas le diagnostic de stress post-traumatique, en lien avec des abus sexuels durant l'enfance : elle relève à cet égard l'absence de flashbacks, de cauchemars répétitifs, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme (cf. rapport p. 12 et 17). Elle considère par conséquent ce diagnostic anamnestique en rémission complète. A noter également que les médecins du Département de psychiatrie du D. _____ mentionnent que l'assuré ne manifeste pas d'intérêt à travailler sur ces symptômes, comme s'il s'était « arrangé » avec le fait d'avoir été abusé durant son enfance (cf. résumé d'investigation p. 3). La Dresse E. _____ réfute en outre le diagnostic de traits de personnalité borderline et passif-agressif mentionné dans le résumé d'investigation du 31 mars 2015, qui n'a d'ailleurs pas été repris dans les rapports médicaux adressés à l'OAI par les médecins du Département de psychiatrie du D. _____. Elle note que l'assuré présente uniquement quelques discrets traits passifs et dépendants de personnalité. S'agissant de la capacité de travail, la Dresse E. _____ conclut que sur le plan purement psychiatrique, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et que son état peut être considéré comme stabilisé. Ses conclusions, fondées sur un examen complet et détaillé, doivent prévaloir

- 27 - sur celles des médecins traitants du Département de psychiatrie du D. _____. Il apparaît d'ailleurs surprenant que ceux-ci affirment qu'aucune activité n'est possible, alors que le recourant n'est vu qu'à raison d'une séance par mois et ce, dans le cadre d'un suivi infirmier uniquement. A noter que le Tribunal fédéral a récemment étendu à l'ensemble des maladies psychiatriques l'application de la nouvelle procédure d'examen structurée d'administration des preuves (ATF 143 V 418 et 143 V 409 ; cf. consid. 4e/aa ci-dessous).

Dans la mesure où une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques a pu être niée sur la base du rapport d'examen probant émanant de la Dresse E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et que les appréciations médicales contradictoires ont été écartées, il n'apparaît pas nécessaire d'examiner en détails les critères dégagés par cette jurisprudence ici (ATF 143 V 418 consid. 7.1 et 143 V 409 consid. 4.5.3) et il peut être renvoyé à l'argumentation figurant ci-dessous en lien avec le diagnostic de fibromyalgie, respectivement de syndrome douloureux somatoforme persistant. e) Sur le plan psychosomatique, le Dr T. _____ a évoqué un éventuel syndrome douloureux chronique dans son rapport du 29 décembre 2014. Les Drs S. _____ et P. _____, ainsi que le psychologue K. _____ ont conclu à un trouble somatoforme douloureux chronique dans leurs rapports des 30 mars et 2 octobre 2015. Quant aux Drs U. _____ et E. _____, ils retiennent le diagnostic de fibromyalgie et non celui de syndrome douloureux somatoforme persistant. Cette distinction importe toutefois peu en l'occurrence puisque selon la jurisprudence, il y a lieu d'examiner de la même manière le caractère invalidant de tous les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. ATF 141 V 281 consid. 6 et 10.2). aa) Au cours des dernières années, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.

- 28 - Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 p. 291 ss et 3.5 p. 294) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4 p. 296). Il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du

- 29 - caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation

ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. ATF 141 V 281 consid.

E. 4.3

à 4.3.3). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent

- 30 - est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). bb) En l'occurrence, le diagnostic de fibromyalgie a été posé dans les règles de l'art par les Drs U._____ et E._____, sur la base de critères diagnostics (cf. rapport d'examen SMR p. 12 et 16). Dans son avis médical du 11 décembre 2017, le SMR mentionne, en réponse à la réplique du recourant, que les Drs U._____ et E._____ ont évalué ce diagnostic de fibromyalgie à la lumière des nouveaux critères de jurisprudence, notamment sur le plan des ressources et de la cohérence de l'atteinte avec les plaintes du recourant. Il ressort en effet de leur rapport d'examen (cf. p. 18) que sur le plan psychiatrique, l'assuré ne présente pas de diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé. Sa vie sociale est certes décrite comme diminuée, mais il voit de temps en temps ses amis et connaissances. Il assume lui-même les tâches de la vie quotidienne et ses ressources d'adaptation au changement sont préservées. Il dispose également de ressources disponibles ou mobilisables de par son amie et sa famille. Certes, de discrets traits dépendants et passifs de personnalité sont présents, mais les critères cliniques pour un diagnostic de trouble de la personnalité morbide ne sont pas réunis. En outre, d'après ses déclarations, le recourant ne semble pas limité dans les activités de la vie quotidienne, si ce n'est la marche qui ne dépasse pas 100 à 200 mètres. Or cette limitation constitue, d'une part, un symptôme subjectif puisque l'examen SMR mentionne une marche dans la norme, et est, d'autre part, rattachée aux atteintes somatiques et non à une crainte du monde extérieur. Le Dr U._____ relève par

ailleurs qu'à aucun moment, l'assuré n'a donné l'impression de souffrir d'une quelconque région de son corps (cf. rapport p. 16). C'est sur la base de l'ensemble de ces éléments que les médecins du SMR ont conclu, de manière convaincante, à l'absence de caractère invalidant de la fibromyalgie présentée par le recourant. f) Compte tenu de tout ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire n'apparaît pas nécessaire dans

- 31 - la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 et les références citées). La requête du recourant en ce sens doit par conséquent être rejetée. g) Au final, il apparaît que le recourant présente de nouvelles atteintes à la santé depuis la décision sur opposition de l'OAI du 26 juin 2008, confirmée sur recours le 18 novembre 2010, sans que ces atteintes n'entraînent de modification notable, puisque celui-ci bénéficie toujours d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Contrairement à ce que soutient le recourant dans son recours, il existe des possibilités de travail réalistes adaptées à ses limitations fonctionnelles. L'OAI cite comme exemples des activités telles que le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ou des postes comme ouvrier dans le conditionnement ou ouvrier à l'établi, et le Dr T. _____ évoque des activités de type télésurveillance dans des parkings (cf. rapport médical du 20 février 2017).

E. 5

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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). 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'invalidité peut être évalué sur

- 32 - la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (éditée par l'Office fédéral de la statistique [OFS]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et références citées ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, respectivement de la modification possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2). Selon la jurisprudence, 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 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75

consid. 5b/aa-cc). b) En l'occurrence, l'OAI s'est référé aux données salariales statistiques de l'année 2014 – année de dépôt de la nouvelle demande de prestations – pour calculer les revenus avec et sans invalidité du recourant, étant donné que celui-ci n'a plus exercé d'activité à plein temps depuis 1998 et n'a pas repris d'activité lucrative après 2014. L'intimé a par ailleurs appliqué un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Il n'y a pas de raison de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'OAI, que le recourant ne remet d'ailleurs pas en question. Dans la mesure où celle-ci aboutit à un taux d'invalidité de 10 %, c'est à juste titre que l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations du recourant.

- 33 -

E. 6

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA). d) Par décision du juge instructeur du 27 décembre 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 décembre 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Me Duc a produit sa liste des opérations le 28 juin 2018, faisant état de 24 heures et 20 minutes de travail, auxquelles s'ajoutent des débours par 792 fr. 70. Certaines des opérations mentionnées ne sont

- 34 - toutefois pas en lien avec la présente procédure de recours et n'ont par conséquent pas à être prises en compte. Il s'agit, d'une part, des courriers adressés à l'OAI, notamment en relation avec la nouvelle demande AI déposée et, d'autre part, des courriers relatifs à une procédure de recours auprès de la Cour de droit administratif et public du Tribunal cantonal. De même, les opérations concernant le centre d'expertise médicale et la Dresse C. _____ n'ont à l'évidence pas de lien avec le présent litige, puisqu'aucun rapport médical émanant de ce centre ou de cette doctoresse n'a été produit. En outre, il faut relever que pour la période entre la réception de la réponse de l'intimé, du 2 février 2017, et le dépôt de la réplique, le 16 novembre 2017, Me Duc a comptabilisé au total 1h45 de conférence avec son client (45 minutes en date du 14 mars 2017 et 1 heure le 12 octobre 2017). Il n'est pas clair de savoir si ces conférences étaient en rapport avec la présente procédure de recours ou une des autres procédures précitées. Quoiqu'il en soit, il apparaît que Me Duc avait déjà eu l'occasion de s'entretenir avec le recourant durant 1h30 au début de la procédure de recours (à savoir 1 heure le 2 décembre 2016 et 30 minutes le 23 décembre 2016), de sorte qu'une

nouvelle conférence de 45 minutes apparaît amplement suffisante en vue de déposer la réplique. Au vu de ce qui précède, il se justifie de réduire à 19 heures et 10 minutes le temps nécessaire à l'accomplissement du mandat confié. S'agissant des débours, Me Duc les chiffre à 685 fr., sans produire de liste, et prétend de surcroît au forfait de 100 fr. prévu par l'art. 3 al. 1 RAJ (règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3). En l'absence de liste de débours, il y a lieu de s'en tenir uniquement au forfait de 100 fr. prévu par l'art. 3 al. 1 RAJ, qui paraît en l'espèce d'autant plus justifié qu'on peine à comprendre, au vu du dossier, comment les débours auraient pu être de 685 francs. Compte tenu du tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ), il y a lieu d'octroyer un montant total de 3'724 fr. 65 pour l'ensemble de l'activité déployée dans le cadre de la présente procédure (soit 3'000 fr. à un taux de TVA de 8 % et 450 fr. à un taux de TVA de 7,7 %), auquel s'ajoute 100 fr. de débours. En définitive, l'indemnité d'avocat d'office se monte à 3'832 fr. 65.

- 35 - 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).

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