

# VD\_GERICHTE ZD18.017211 vom 6. Dezember 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-12-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD18.017211](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.017211)

FR: VD\_GERICHTE ZD18.017211 du 6 décembre 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD18.017211 del 6 dicembre 2018

## Erwägungen

### E. 2

Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation et le montant de cette dernière.

### E. 3

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

- 6 - b) D'après 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). d) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait

l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

- 7 - connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2 ; TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

#### **E. 4**

Dans un premier moyen, le recourant conteste, au vu son état physique actuel, le degré d'invalidité de 50% relevant qu'il ne travaille plus qu'à 25%. a) En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'analyse de la situation faite le 26 septembre 2017 par le Dr K.\_\_\_\_\_, aux termes de laquelle le recourant disposerait, compte tenu de l'ensemble des atteintes à la santé qu'il présente (atteintes aux hanches et au dos), d'une capacité résiduelle de travail de 50 %. Cette analyse tient à juste titre compte, au vu des circonstances du cas, de l'influence de l'âge et de l'exigibilité restreinte du recourant sur ses perspectives concrètes de retrouver une activité à plein temps sur le marché du travail. Par ailleurs le point de vue du Dr K.\_\_\_\_\_ rejoint celui exprimé par le Dr V.\_\_\_\_\_ (rapport du 27 juin 2017), les deux médecins concluant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. S'il est vrai que le Dr M.\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de 40% ainsi qu'un rendement de 80% (rapport du 7 juillet 2017), cette légère divergence ne saurait à elle seule invalider l'appréciation des deux autres médecins quant à la capacité de travail du recourant, étant précisé que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre partie pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3a). b) Au vu des avis médicaux convergents précédemment exprimés, il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la proposition du SMR de renvoyer la cause pour que l'office intimé mette en œuvre une expertise afin de déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

- 8 - c) Compte tenu de ce qui précède, le droit à une demi-rente d'invalidité doit être confirmé.

#### **E. 5**

Dans un second moyen, le recourant s'interroge sur le montant de la rente d'invalidité allouée, soit une somme de 136 fr. par mois. a) Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires. Le calcul de la rente ordinaire est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1er janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (art. 29bis al. 1 LAVS). La durée de cotisation est réputée complète, et donne le droit à une rente complète (art. 29 al. 2 LAVS), lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29ter al. 1 LAVS). Sont notamment considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (art. 29ter al. 2 let. a LAVS). La rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen, celui-ci se composant des revenus de l'activité lucrative (cf. art. 29quinquies LAVS) et des bonifications pour tâches

éducatives et d'assistance (art. 29quater LAVS). Pour calculer le revenu annuel moyen, la somme des revenus de l'activité lucrative est revalorisée en fonction de l'indice des rentes prévu à l'art. 33ter LAVS, le Conseil fédéral déterminant annuellement les facteurs de revalorisation (art. 30 al. 1 LAVS). Ensuite, la somme des revenus revalorisés provenant d'une activité lucrative et les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance sont divisées par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS). b) Il ressort de ce qui précède qu'une rente d'invalidité se détermine selon deux éléments centraux, soit la durée de cotisation et le

- 9 - revenu annuel moyen. Afin d'assister l'administration dans le calcul des rentes, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a établi une Table des rentes AVS/AI. c) Au contraire de ce que soutient le recourant, la durée de cotisation ne correspond pas aux années durant lesquelles il a exercé une activité lucrative, mais à celles pendant lesquelles il a payé des cotisations AVS/AI jusqu'à la survenance de l'événement assuré. S'il n'est pas contesté que le recourant a effectivement travaillé pendant plusieurs années au Portugal, cette période ne peut être intégrée dans la durée de cotisation en Suisse, le calcul de la rente suisse se faisant de manière autonome (Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI/PC [CIBIL], n° 3006). En l'occurrence, le recourant est arrivé en Suisse en 2008, année au cours de laquelle il a entrepris de cotiser pour l'AVS. Dans la décision attaquée, la date de la réalisation du risque assuré a été fixée au 1er juillet 2017. Compte tenu de l'art. 29bis al. 1 LAVS précité, la période de cotisations se limite au 31 décembre précédant la réalisation du risque assuré, soit au 31 décembre 2016. Il en résulte que c'est à bon droit que l'intimé a pris en compte un total de huit années de cotisations (2008 à 2016). Le nombre d'année de cotisations permet de déterminer l'échelle de rente nécessaire pour fixer le montant de la rente. Dite échelle résulte du rapport entre, d'une part, la classe d'âge, soit la durée de cotisation normale d'un assuré du même âge que le recourant et, d'autre part, la durée effective de cotisation. Pour les assurés nés en 1956, dont un cas d'assurance est survenu en 2017, la classe d'âge est de 40. En pratique, l'échelle de rente est déterminée au moyen d'un indicateur d'échelle, qui a la teneur suivante :

- 10 - Au vu de ce qui précède, l'échelle de rente applicable au recourant est l'échelle 9, comme l'a retenu l'intimé. d) Concernant le revenu annuel moyen, l'intimé a retenu un montant de 21'150 fr. Ce montant n'appelle pas de remarques particulières. Il résulte de la moyenne des revenus annuels perçus par le recourant pendant ses huit années de cotisations, conformément à son extrait de compte individuel. Le recourant ne le conteste d'ailleurs pas. e) L'échelle de rente 9 se présente comme suit :

- 11 - Compte tenu d'un revenu annuel moyen de 21'150 fr, le montant de la demi-rente d'invalidité s'élève à 136 fr. L'intimé a ainsi correctement calculé le montant de la rente dévolue au recourant. f) Comme le relève l'intimé dans sa décision du 26 mars 2018, si le montant de cette rente ne devait pas être suffisant pour permettre au recourant de subsister à ses besoins, il lui est loisible de déposer une requête de prestations complémentaires auprès de la caisse de compensation compétente.

## **E. 6**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de

justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant 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.