

VD_GERICHTE ZD22.044616 vom 12. Juni 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.044616

FR: VD_GERICHTE ZD22.044616 du 12 juin 2023

IT: VD_GERICHTE ZD22.044616 del 12 giugno 2023

Erwägungen

E. 5

Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas

- 14 - échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier,

- 15 - dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré 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 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 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

E. 6

Le recourant conteste les conclusions de l'expertise du Centre C. _____, lesquelles ont été reprises par le SMR et suivies par l'OAI dans la décision contestée, et soutient que l'instruction menée par l'OAI n'est pas complète. Il considère que ses problèmes neurologiques n'ont pas été suffisamment pris en considération par les experts et qu'un nouvel examen aurait dû être réalisé pour actualiser les résultats. Il ajoute que le diagnostic de dépendance aurait dû être retenu comme diagnostic incapacitant. Il conteste ainsi l'appréciation de sa capacité de travail faite par les experts, préférant celle de ses médecins traitants. a) Il apparaît toutefois que l'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont examiné avec soin le dossier de l'assuré. Ils ont détaillé ses plaintes spontanées et sur demande, et établi une anamnèse détaillée. Ils ont formulé des conclusions claires et motivées tant au terme de chacun de leurs rapports qu'au terme d'une évaluation consensuelle, se fondant sur les éléments du dossier et sur leur examen clinique. L'expert psychiatre a au demeurant analysé les ressources de l'assuré, donné son avis sur les thérapies et les traitements en cours – respectivement leur absence, suggéré un traitement à suivre et évalué la

- 16 - cohérence et la plausibilité. Les experts ont ainsi retenu les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail d'ostéoporose sévère avec diminution de la densité osseuse, d'amyotrophie généralisée, de syndrome cérébelleux statique et dynamique probablement d'origine éthylique et de sarcopénie sévère associée à une dénutrition sévère. Sur le plan psychiatrique, l'expert A. _____ a notamment retenu le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25), sans effet sur la capacité. Il a exposé, de manière convaincante, que ce diagnostic ne remplissait pas les critères de gravité nécessaires à la reconnaissance d'un caractère incapacitant, en l'absence de trouble de la personnalité constaté à l'examen clinique ou de comorbidité psychiatrique. Il a en outre relevé qu'aucun suivi psychiatrique n'était en cours. Si l'assuré était certes dépendant à l'alcool depuis l'âge de 16 ans, avec actuellement une consommation quotidienne, il avait néanmoins pu travailler durant des dizaines d'années malgré cette dépendance, disposait d'une formation et de ressources internes. Il était également resté sobre sans complication durant son séjour d'un mois en milieu hospitalier en janvier 2020. L'expert psychiatre a observé que l'assuré avait tendance à minimiser les complications entraînées par sa consommation. L'intéressé n'était toutefois pas dans le déni complet et avait déclaré à l'expert qu'il n'était pas opposé à un traitement médicamenteux visant une baisse de sa consommation, sans aller jusqu'à un sevrage complet. L'assuré estimait contrôler sa consommation, précisant avoir réussi à la réduire à 2 litres de bière par jour. L'expert psychiatre a constaté à cet égard que l'assuré n'avait jamais bénéficié de cure de sevrage, de postcure, ni de traitement médicamenteux à visée addictologique. Dans ces circonstances, il ne pouvait conclure à une inefficacité des traitements. Des soins addictologiques étaient toutefois exigibles, afin d'éviter que la dépendance ne devienne incapacitante à son tour, à savoir un sevrage complet en milieu hospitalier et un suivi addictologique rapproché (l'assuré ne consultant son addictologue que tous les 1 à 2 mois). L'expert psychiatre a encore fait état des conclusions du rapport d'examen neuropsychologique du 4 juin 2020, à savoir la présence d'un trouble

- 17 - neuropsychologique léger à moyen avec une capacité fonctionnellement moyennement limitée dans le travail ou lors des tâches requérant un niveau d'exigences élevé. Se référant au rapport de la Dre O. _____ du 21 décembre 2020 dans lequel elle rapportait ce trouble, l'expert psychiatre a indiqué partager le constat de sa consœur, sans retenir que le syndrome de dépendance à l'alcool pouvait être la cause de l'incapacité de travail attestée par la Dre O. _____, en l'absence des critères de gravité. L'expert psychiatre a du reste relevé que la Dre O. _____ associait l'incapacité de travail aux diagnostics somatiques. Quoiqu'en dise l'assuré, l'expert a tenu compte de ces troubles légers lorsqu'il a analysé ses limitations fonctionnelles, précisant qu'ils étaient réversibles en cas de sevrage et ajoutant qu'aucune limitation strictement psychiatrique n'était retenue pour le surplus. Lors de son examen clinique, l'expert psychiatre a au demeurant constaté que l'assuré ne présentait pas de trouble de l'équilibre, ni trouble de la concentration, ni dysarthrie, ni ralentissement psychomoteur. Les réponses apportées par l'assuré étaient claires, cohérentes et adaptées. Son attention et sa concentration étaient restées stables et de bonne qualité. Fort de ces observations, l'expert psychiatre pouvait se référer aux conclusions de l'examen neuropsychologique, sans réitérer d'examen. La durée de l'examen réalisé par l'expert ne saurait remettre en cause le bienfondé de ses observations, le rôle de l'expert consistant à apporter un regard neutre sur le cas particulier (TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). L'expert A. _____ s'est enfin livré à une analyse structurée au moyen des indicateurs requis par la jurisprudence. Il a ainsi pris en compte les ressources de l'assuré, lequel a une journée structurée, tient seul son ménage et entretient des contacts sociaux. Si le recourant, en procédure, relève que ces contacts sont essentiellement centrés autour de l'alcool, il y a lieu de relever qu'il est également entouré par sa famille, à savoir son père et son frère. L'expert psychiatre a également analysé diverses ressources, notamment la capacité à s'affirmer, à évoluer au sein d'un groupe, à se déplacer, en se référant à la mini-CIF. Sous l'angle de la cohérence, l'expert a constaté qu'il n'y avait pas de divergences entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré.

- 18 - Quant aux volets somatiques de médecine interne et de rhumatologie, les experts S. _____ et V. _____ ont retenu les diagnostics incapacitants de syndrome cérébelleux statique et dynamique probablement d'origine éthylique, de sarcopénie sévère associée à une dénutrition sévère, d'ostéoporose sévère avec diminution de la densité osseuse et d'amyotrophie généralisée. Les experts ont posé ces diagnostics incapacitants après une analyse fouillée et détaillée des pièces au dossier, se fondant également sur les plaintes de l'assuré et sur leurs constatations cliniques, après avoir écartés les avis des médecins traitants. Ce faisant, leur rapport peut se voir conférer une pleine valeur probante. Les experts ont d'ailleurs dûment pris en compte les difficultés de l'assuré, à savoir la dénutrition dont il souffre, retenant qu'un renforcement de la prise de protéine médicale était indiqué, mais non suivi. Leurs constatations rejoignent ainsi celles des médecins de l'Hôpital de [...] (cf. lettre de sortie du 30 janvier 2020). Or, ce traitement pour la dénutrition permettrait d'augmenter la résistance physique de l'assuré, et par conséquent son profil d'effort. Ils ont également pris en compte les troubles de la marche présentés par l'assuré, considérant qu'ils étaient d'origine éthylique, probablement liés à un syndrome cérébelleux, et non dus aux fractures et à l'ostéoporose comme le retenait la Dre O. _____. En outre, si l'experte V. _____ a relevé la présence d'un syndrome obstructif modéré lors de son examen thoraco-pulmonaire, il a surtout constaté l'absence de foyer pulmonaire à l'examen, de sorte qu'il ne se justifiait pas de réaliser un examen complémentaire à cet égard, comme le soutient le recourant, ce d'autant que l'expert n'a

retenu aucun diagnostic ni limitation fonctionnelle en lien avec ce syndrome. b) Les rapports des médecins traitants ne mettent pas en cause les conclusions, probantes, des experts. En effet, ceux-ci ne se livrent pas à un examen complet du dossier ; ils ne tiennent notamment pas compte des ressources du recourant ni même du sevrage – exigible – mais refusé par ce dernier. En particulier, la Dre O. _____ n'invoque aucun élément nouveau dans son rapport du 2 septembre 2021. Elle précise au demeurant qu'elle n'a pas revu l'assuré en consultation depuis le mois d'avril 2021, de sorte que son appréciation n'est plus actuelle. Elle

- 19 - retient au demeurant un diagnostic psychiatrique – qu'elle n'objective pas – alors qu'elle ne dispose pas de spécialisation dans ce domaine. Son appréciation ne peut donc être suivie. Quant au rapport du 31 août 2022 du Dr M. _____, il n'apporte aucun élément médical étayé permettant de remettre en question les conclusions des experts. En procédure, le recourant a produit une évaluation psychiatrique du 9 janvier 2023 de la Dre K. _____, laquelle retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation continue au stade de complication neurocognitive et trouble de la personnalité d'allure mixte avec traits narcissique et paranoïaque. On observe d'abord que la Dre K. _____ ne dispose pas de la spécialisation en psychiatrie et psychothérapie, alors qu'elle explique assurer le suivi de l'intéressé depuis 2022. Au demeurant, aucune mention n'est faite d'un tel suivi par l'assuré aux experts ou par les autres médecins traitants, ce qui laisse supposer que le suivi est récent. La Dre K. _____ ajoute que l'assuré a bénéficié d'un premier accompagnement psychiatrique en 2018 auprès de l'équipe mobile de psychiatrie du Centre hospitalier X. _____, plus particulièrement auprès de F. _____, case manager. Or, cette dernière précise elle-même qu'elle n'est pas psychologue et que son aide consistait à accompagner l'assuré à ses rendez-vous médicaux (cf. courriel du 27 février 2023 produit par le recourant en réplique). Il ne s'agit en conséquence pas d'un réel suivi psychiatrique ou psychologique. Quoi qu'il en soit, il apparaît que le diagnostic de trouble dépressif ne survient que dans des contextes particuliers et passagers, à savoir des ruptures sentimentales ou des difficultés professionnelles. Ce trouble ne saurait donc être considéré comme occasionnant une incapacité durable de travail, sa gravité apparaissant d'ailleurs très légère en dehors des contextes susmentionnés. Il n'est en outre pas rendu vraisemblable, n'ayant jamais été évoqué par les médecins avant cela, ni constaté par l'expert psychiatre. S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité, celui-ci est toujours en cours d'analyse, de sorte qu'il ne saurait être retenu. On observera à toutes fins utiles que la Dre K. _____ évoque à ce stade des traits de personnalité, lesquels n'ont en principe pas de valeur de maladie psychiatrique (cf. par ex. TF 9C_558/2020 du 7 septembre 2021 consid. 5.4 ; 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Il apparaît

- 20 - ainsi que ces pathologies ne sont pas objectivées. S'agissant du syndrome de dépendance à l'alcool, l'appréciation de la Dre K. _____ est incomplète. D'une part, elle ne suit pas la procédure structurée au moyen des indicateurs, au contraire du volet psychiatrique de l'expertise. D'autre part, la Dre K. _____ n'évoque pas la question du sevrage, lequel a pourtant été considéré comme exigible par l'expert psychiatre. Elle n'a pas non plus introduit de traitement ou de médication à ce stade, alors même qu'elle parle de maladie chronique présente depuis plusieurs années et ayant une influence sur les fonctions neurologiques de l'assuré. Même son appréciation de la capacité de travail de 20 % n'est pas étayée, et ne saurait donc être suivie. Enfin, le recourant reproche aux experts,

respectivement au SMR, de ne pas avoir réalisé un nouvel examen neurologique une année après l'examen neuropsychologique du 4 juin 2020. On rappellera que l'expert psychiatre a dûment pris en compte les conclusions de la psychologue et que le volet de médecine interne générale de l'expertise comporte également un examen neurologique. Il apparaît ainsi que l'état neurologique a été analysé de manière suffisante. Au demeurant, le recourant n'atteste pas, au moyen d'un rapport médical étayé, que ses fonctions neurologiques seraient définitivement atteintes. c) L'OAI était par conséquent légitimé à se fonder sur les conclusions de l'expertise et retenir que l'assuré n'est plus capable de travailler dans son activité habituelle d'aide menuisier depuis août 2016 mais dispose d'une pleine capacité de travail dans toutes activités adaptées, depuis toujours, en dehors d'une période de six mois lors des fractures pertrochantériennes de 2016 et 2019 et d'une période de trois mois lors de la fracture de l'humérus de 2019. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : déficit neuropsychologique léger à moyen et réversible en cas de sevrage, port de charges supérieures à 5 kg près du corps, pas d'activité demandant une sécurité augmentée sur des échelles ou des échafaudages, activité essentiellement assise et sédentaire, pas de conduite.

E. 7

a) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant

- 21 - l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16). b) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). c) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir

- 22 - compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2). d) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b). La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 ad art. 7).

- 23 -

E. 8

Le recourant ne conteste pas le recours aux données statistiques issues de l'ESS pour la fixation du revenu avec et sans invalidité. Il conteste en revanche l'abattement de 10 % sur le revenu avec invalidité, celui-ci devant selon lui s'élever à 25 % pour tenir compte de ses conséquentes limitations fonctionnelles, de ses douleurs, de son âge et de son éloignement du marché du travail. Il soutient également qu'aucun employeur ne serait intéressé par son profil. Comme exposé à juste titre par le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI dans le calcul du salaire exigible du 27 janvier 2022, les critères de l'âge, des années de service, de nationalité ou de permis de séjour devraient être retenus tant pour le calcul du revenu avec invalidité que pour celui du revenu sans invalidité, dès lors que tous deux sont fondés sur les mêmes valeurs de l'ESS. Cela aurait comme effet un préjudice nul. L'OAI a tout de même appliqué un abattement de 10 % pour les limitations fonctionnelles. Cet abattement paraît tenir suffisamment compte des limitations fonctionnelles de l'assuré qui affectent la position de travail, essentiellement assise et pas en hauteur, ainsi que le port de charges, limité à 5 kg. Au demeurant, l'OAI s'est référé au niveau 1 de compétences de l'ESS, soit des activités simples et répétitives qui ne nécessitent ni formation, ni expérience professionnelle. Le salaire statistique appliqué dans le cas présent est ainsi suffisamment représentatif de ce que l'assuré serait en mesure de réaliser en tant qu'invalidé dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (pour les limitations physiques) et réversibles (pour les limitations neurologiques). On rappellera que les activités listées par l'OAI dans son évaluation du

revenu exigible ne sont que des exemples parmi ce large choix d'activités. En outre, la notion de marché du travail équilibré est un concept théorique et abstrait, de sorte que les difficultés alléguées par le recourant quant à son engagement par un employeur ne sont pas pertinentes. Les griefs du recourant doivent par conséquent être rejetés et le degré d'invalidité, tel que calculé par l'OAI dans la décision entreprise, confirmé.

- 24 -

E. 9

Le recourant réclame l'octroi de mesures de réinsertion professionnelle, sans plus amples précisions. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). En l'occurrence, que ce soit en application de l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 ou du nouveau droit en vigueur depuis lors, les conditions d'octroi des mesures d'ordre professionnel sont inchangées. b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, dont la teneur est restée inchangée dans sa version au 1er janvier 2022, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel (jusqu'au 31 décembre 2021 : orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital ; ainsi que depuis le 1er janvier 2022 : placement à l'essai, location de service, allocation d'initiation au travail, indemnité en cas d'augmentation des cotisations). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit

- 25 - appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.). c) En l'occurrence, l'OAI a nié au recourant le droit à des mesures de reclassement, prévues à l'art. 17 LAI, au motif que son degré d'invalidité n'atteignait pas le seuil de 20 % (ATF 139 V 399 consid. 5.3), ce qui peut être confirmé. Une aide au placement a été proposée au recourant qui l'a refusée, s'estimant incapable de travailler (cf. courrier du 28 février 2022). Le recourant peut toutefois solliciter la reprise de cette mesure, s'il le souhaite.

E. 10

a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'il 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). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 26 - c) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le

E. 13

mars 2023, Me Ventura a chiffré à 12 heures et 32 minutes le temps consacré au dossier du recourant, à savoir 1 heure et 12 minutes par ses soins et 11 heures et 20 minutes par Me Gaëlle Esteves. C'est ici le lieu de relever qu'entre l'avocat d'office auquel il est donné un mandat d'assistance judiciaire, d'une part, et la collectivité publique qui lui confie ce mandat, d'autre part, il existe un rapport juridique soumis au droit public, lequel régit notamment l'obligation d'accepter le mandat, les motifs de libération du mandat ainsi que la rétribution due pour l'activité exercée (ATF 143 III 10 consid. 3.1 et les références citées). Si l'avocat inscrit au tableau cantonal peut certes déléguer à l'avocat-stagiaire les tâches impliquant la rédaction de mémoire et d'actes de procédure, ainsi que la représentation des parties en justice pour autant qu'il en assume la supervision, la direction et la responsabilité (art. 28 ss LPav [loi vaudoise du 9 juin 2015 sur la profession d'avocats ; BLV 177.11]), n'est en revanche pas arbitraire la décision du juge de réduire la note d'honoraires présentée par un mandataire désigné d'office pour la procédure cantonale de la part d'honoraires correspondant à l'activité déployée par un collègue de la même étude d'avocats au bénéfice d'un pouvoir de substitution en vertu d'une convention interne à l'étude alors qu'aucune autorisation judiciaire pour cette substitution n'avait été demandée et obtenue (ATF 141 I 70 consid. 6). Dans le cas particulier, Me Esteves n'a pas été autorisée à procéder au titre de l'assistance judiciaire – respectivement, à se substituer à Me Ventura – dans le cadre de la présente affaire. Partant, l'activité qu'elle a déployée ne devrait pas être indemnisée conformément à la jurisprudence précitée. Il convient exceptionnellement de la prendre en considération. Il est en conséquence signifié qu'en l'absence

- 27 - d'autorisation judiciaire préalable, les opérations déléguées par le conseil d'office à un autre avocat titulaire d'un brevet, qu'il soit collaborateur, associé ou simple confrère, ne seront plus indemnisées, sous réserve de circonstances particulières. Pour le surplus, les opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Ventura est arrêtée à 2'551 fr. 20, TVA par 182 fr. 40 et débours à 5 % par 112 fr. 80 compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office 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). Les modalités de ce

remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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