

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 décembre 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Durussel et Dessaux, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant,

et

Y. _____, à Vevey, intimé.

Art. 28 al. 1 let. b et c LAI, 29 et ss LAVS

E n f a i t :

A. a) W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, d'origine portugaise, a exercé les activités de mécanicien, de carrossier et de chauffeur poids lourd dans son pays d'origine. Etabli en Suisse depuis 2008, il a été actif dans le domaine du nettoyage et dans la construction. En octobre 2008, l'assuré a chuté et s'est fracturé le poignet gauche.

A la suite d'une demande de prestations déposée le 30 janvier 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, par décision du 12 juillet 2010, refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré. Il retenait un degré d'invalidité de 4,75%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

b) Le 20 décembre 2012, W._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, demande également refusée en date du 6 décembre 2013, le degré d'invalidité de l'assuré (3,92%) demeurant insuffisant.

Le 24 mai 2013, l'assuré a été engagé par I._____ SA en qualité d'auxiliaire en conciergerie sur la base d'un contrat de travail occasionnel.

c) En date du 30 janvier 2017, W._____ a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité. A l'appui de cette demande, l'assuré a fourni un rapport médical du 23 janvier 2017, dans lequel le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, retenait les diagnostics et les antécédents personnels de surdité mixte bilatérale, un « chronic pain syndrom », un épisode dépressif réactionnel, une coxarthrose gauche modérée, une hypertension artérielle, une hyperuricémie et une hypertriglycémie. Ce médecin a également constaté que les douleurs actuellement ressenties étaient basi-lombaires avec irradiation dans la face antéro-externe de la jambe droite, dites douleurs étant continues et insomniantes.

Dans un rapport médical du 27 juin 2017, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu une coxarthrose droite traitée par prothèse totale comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a attesté d'une incapacité totale de travail entre le 4 janvier et le 4 avril 2016, dite incapacité s'établissant ensuite à 50%. Pour ce médecin, l'activité actuelle de l'assuré était adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans limitation du port de charges lourdes, sans mouvement de rotation du tronc, sans genuflexion et position accroupie.

Le 7 juillet 2017, le Dr M._____ a établi un nouveau rapport médical, retenant les diagnostics invalidants de « chronic pain syndrom », d'épisode dépressif réactionnel, de coxarthrose gauche modérée, de status après fracture vertébrale L12, de douleurs résiduelles post prothèse totale de hanche (PTH) droite pour coxa profunda et de coxalgie gauche sur arthrose. Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré (manutention de charge limitée en poids et en durée, limitation des mouvements répétés, des efforts du dos, de l'utilisation du membre supérieur gauche et de la durée de travail au froid), le Dr M._____ estimait que l'activité habituelle de nettoyeur était adaptée. En raison des douleurs ressenties, ce médecin retenait une capacité de travail de 40% ainsi qu'un rendement de 80%, estimant qu'au-delà de quatre heures de travail quotidiennes ou en cas d'efforts supplémentaires, le temps de récupération de l'intéressé devenait trop long afin d'être fonctionnel le lendemain.

Dans un avis médical du 26 septembre 2017, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu une capacité de travail exigible de 50% dans toutes les activités dès le 5 avril 2016, mentionnant les éléments suivants :

Il est étonnant que l'incapacité de travail dans une activité adaptée ne soit que de 50% encore au 3.6.2017. Si l'on inclut les limitations fonctionnelles d'épargne de la hanche (limitation du port de charges lourdes cf. rapport SMR, pas de mouvement de rotation du tronc,

pas de travail à genoux ou accroupis), une activité à 100% pourrait être envisagée.

Cependant, considérant l'impact de la fracture de L2, une coxarthrose gauche nouvelle, de nombreuses infiltrations rachidiennes en raison d'une arthrose vertébrale postérieure (IRM 2016), il nous semble illusoire, l'assuré s'étant soumis avec bonne volonté à de nombreux traitements, de considérer qu'une capacité de travail va pouvoir être trouvée à 60 ans. Il serait possible de demander à son entreprise s'il pourrait être affecté à un poste respectant mieux les limitations fonctionnelles, une réponse positive nous étonnerait.

Par décision du 26 mars 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2017 sur la base d'une incapacité de travail de 50%. Le montant mensuel de la rente a été arrêté à 136 fr.

B. Par acte du 23 avril 2018, W. _____ a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant implicitement à son annulation et au renvoi à l'OAI pour instruction complémentaire. Il estimait que son état se dégraderait - il travaillait actuellement à un taux de 25% - et s'interrogeait également quant à la fixation du montant de la rente.

Complétant son recours en date du 29 mai 2018, le recourant a conclu à l'allocation d'une rente d'invalidité d'un montant supérieur à 136 fr. par mois, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise. Dans le cadre du calcul du montant de la rente, il a contesté n'avoir travaillé que durant huit années, relevant qu'il avait été actif pendant plus de trente ans au Portugal. Il faisait valoir qu'il ne recevait pas de rente du Portugal et qu'une rente de 136 fr. par mois n'était pas suffisante pour survivre.

Par réponse du 3 juillet 2018, l'OAI a retenu que le recourant ne faisait pas valoir d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été négligés dans le cadre de l'instruction. Produisant un avis médical SMR établi le 8 juin 2018 par la Dresse G. _____, médecin praticienne, l'OAI a proposé la mise en œuvre d'une expertise afin de confirmer une capacité de travail supérieure à celle précédemment retenue.

E n d r o i t :

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

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.

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.

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

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).

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.

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

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 1^{er} 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. 29^{bis} 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. 29^{ter} al. 1 LAVS). Sont notamment considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (art. 29^{ter} 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. 29^{quinquies} LAVS) et des bonifications pour tâches éducatives et d'assistance (art. 29^{quater} 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. 33^{ter} 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

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 1^{er} juillet 2017. Compte tenu de l'art. 29^{bis} 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 :

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.

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).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 26 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- W. _____,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :