

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juillet 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mme Dessaux et M. Neu, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

R. _____, à D. _____, recourant, représenté par Me Denis Weber, avocat
à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. Souffrant des deux hanches, R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 14 octobre 2016. Ressortissant palestinien entré en Suisse en 2013, l'assuré n'a jamais exercé d'activité lucrative et émerge à l'aide sociale.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré.

Dans un rapport du 12 décembre 2016, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de coxarthrose sévère des deux hanches sur dysplasie sévère congénitale des deux côtés de stade II selon Crowe, d'état dépressif post-traumatique (guerre en Syrie) et de status post-cure de décollement rétinien en mai 2015. Il a estimé que l'assuré n'était pas en mesure de travailler en raison de ses douleurs aux hanches.

Le 6 avril 2017, la Dre Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété un rapport médical à l'intention de l'office AI. Excluant toute pathologie incapacitante, elle a posé pour seul diagnostic un probable état de stress post traumatique passé. D'après elle, il n'y avait pas de restriction psychique autre que la fatigue, les problèmes somatiques étant au premier plan.

Le 20 septembre 2017, R._____ a transmis à l'office AI un rapport du 28 août 2017 dans lequel le Dr H._____, médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital T._____, indiquait que l'assuré souffrait d'une coxarthrose bilatérale prédominant à droite sur séquelles de dysplasie congénitale. Parvenu au terme du traitement

conservateur, il préconisait la mise en place de prothèses totales de hanches et, dans l'intervalle, a prescrit à l'assuré une chaise roulante.

Sollicité pour détermination, le Dr G._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu comme principale atteinte à la santé une coxarthrose bilatérale sévère induisant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 2 à 3 kilos ni de station debout prolongée ; la marche n'était pas exigible et l'assuré devait pouvoir changer de position selon ses besoins ; seule une activité sédentaire entrait donc en ligne de compte. A cet égard, il a relevé que l'intéressé était au bénéfice d'un diplôme de prothésiste dentaire et qu'il avait exercé cette profession qui pouvait dès lors être considérée comme son activité habituelle. Aucune autre pathologie n'affectait la capacité de travail (avis médical du 1^{er} décembre 2017).

Réinterpellé par l'office AI, le Dr H._____ a confirmé, le 5 janvier 2018, le diagnostic posé le 28 août 2017, ajoutant que l'assuré souffrait de douleurs constantes de jour comme de nuit et qu'il ne pouvait pas marcher plus de dix minutes malgré l'utilisation d'une canne basse depuis un an. Si le pronostic était très mauvais en l'absence d'intervention chirurgicale, la mise en place d'une prothèse totale de hanche devrait permettre un retour à la marche et aux activités de la vie quotidienne sans douleur. La mise en place d'une prothèse de hanche à droite était prévue le 10 avril 2018, tandis que la hanche gauche devait être opérée trois à six mois plus tard. Parmi les documents annexés figurait un rapport du 10 octobre 2017 dans lequel le Dr H._____ prenait acte de l'accord de l'assuré à la mise en place d'une prothèse totale de hanche droite.

Le 22 octobre 2018, l'office AI a informé R._____ qu'il comptait lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, au motif qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à sa situation et aux limitations fonctionnelles retenues.

En l'absence de contestation, l'office AI a, par décision du 13 décembre 2018, entériné le rejet de la demande de prestations formée par l'assuré.

B. **a)** Par acte du 28 janvier 2019, R._____, représenté par Me Denis Weber, avocat, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 13 décembre 2018, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Contestant la capacité de travail retenue, l'assuré a fait valoir que la décision attaquée était prématurée dans la mesure où une nouvelle intervention chirurgicale de l'appareil locomoteur était prévue pour laquelle le bilan préopératoire avait eu lieu le 11 janvier 2019. Il s'est en outre prévalu de troubles de la vision sous la forme d'un décollement de la rétine des deux côtés ainsi que d'une myopie. Dans ces conditions, il estimait qu'il était arbitraire de retenir une capacité de travail entière chez une personne présentant des troubles de la vue et de l'appareil locomoteur, ces derniers ayant au demeurant justifié la remise d'un fauteuil roulant à titre de moyen auxiliaire.

b) Dans sa réponse du 27 février 2019, l'office AI a conclu au rejet du recours. Ayant relevé que l'assuré n'avait jamais travaillé en Suisse en tant que prothésiste dentaire (activité apprise), il a souligné que, selon le Service de réadaptation, il pouvait mettre sa capacité résiduelle de travail en valeur dans une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger (ouvrier à l'établi) ou comme aide dans les tâches administratives (classement, scannage).

c) A l'appui de sa réplique du 5 août 2019, R._____ a produit un courrier du 11 juillet 2019 dans lequel les Drs C._____, médecin adjoint auprès de l'Hôpital ophtalmique N._____, et A._____, médecin hospitalier, ont signalé que l'assuré avait été opéré d'un décollement de la rétine le 1^{er} octobre 2015 à l'œil droit et le 10 septembre 2018 à l'œil gauche. Ils ont ajouté qu'une opération de la cataracte des deux côtés était d'ores et déjà planifiée. L'intéressé en déduisait que c'était de

manière prématurée que l'office AI avait procédé à une comparaison des revenus en vue de fixer son degré d'invalidité.

d) Dupliquant en date du 26 août 2019, l'office AI a constaté que les problèmes de cataracte étaient postérieurs à la décision attaquée et qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée en lien avec ces troubles.

e) Dans ses déterminations du 5 août 2019 reçues par le greffe de la Cour de céans le 23 septembre 2019, l'assuré a contesté que ses problèmes de vision étaient postérieurs à la décision litigieuse. Observant que l'évaluation de sa capacité de travail ne se fondait pas sur une appréciation globale de son état de santé, il a fait grief à l'office AI de ne pas avoir mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

f) S'exprimant par pli du 8 octobre 2019, l'office AI a répété qu'aucune incapacité de travail n'avait été retenue à raison des troubles mentionnés dans le courrier du 11 juillet 2019. En outre, il estimait qu'un problème de cataracte ou de décollement de rétine n'était pas susceptible de causer une incapacité de travail de longue durée, ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

D'après l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux ainsi que, le cas 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) De l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, il ressort que le recourant présente des problèmes médicaux de nature

orthopédique (coxarthrose bilatérale sévère sur dysplasie congénitale) et ophtalmologique (cataracte bilatérale). En revanche, il ne souffre pas de problèmes psychiques susceptibles de réduire sa capacité de travail (rapport de la Dre Q. _____ du 6 avril 2017).

b) Sur le plan orthopédique, le Dr G. _____, médecin auprès du SMR, a retenu (avis du 1^{er} décembre 2017) que le recourant pouvait exercer, malgré des douleurs qui le limitaient fortement dans ses déplacements, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (sans marche, sans port de charges de plus de 2 à 3 kilos, sans station debout prolongée, avec possibilité de changer de position selon les besoins). Aucune pièce médicale ne remet en cause cette appréciation, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Quand bien même il n'est pas contesté que le recourant doit bénéficier de la mise en place de prothèses totales de la hanche (rapports du Dr H. _____ des 28 août 2017, 10 octobre 2017 et 5 janvier 2018), il convient cependant de relever que les incapacités de travail induites par ces deux interventions ne peuvent être que transitoires et, partant, impropres à influencer le droit du recourant à une rente d'invalidité.

c) Sur le plan ophtalmologique, le recourant a été opéré d'un décollement de la rétine des deux côtés, l'œil droit en date du 1^{er} octobre 2015, l'œil gauche en date du 10 septembre 2018 et il nécessite, en outre, une opération de la cataracte des deux côtés (rapport des Drs C. _____ et A. _____ du 11 juillet 2019). A l'instar des opérations chirurgicales aux hanches, les incapacités de travail induites par ces différentes interventions ne peuvent être que transitoires et, partant, impropres à influencer le droit du recourant à une rente d'invalidité.

d) En résumé, il convient de retenir que le recourant dispose objectivement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le

revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

b) aa) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA ; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

bb) Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en

considération. De plus, en cas de recours à des salaires statistiques, ceux-ci doivent être adaptés à l'évolution des salaires nominaux correspondant à l'année déterminante pour l'ouverture du droit à la rente, conformément aux indices établis par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 408). Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 134 V 322 consid. 5.2).

c) S'agissant du revenu sans invalidité, on constate que le recourant n'exerçait pas d'activité professionnelle à l'époque où une capacité de travail entière lui a été reconnue. Dans ces circonstances, l'office AI s'est également référé aux données statistiques de l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité.

d) Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, comme en l'espèce, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, la jurisprudence admet que le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TFA I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.2).

e) En l'occurrence, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est de 100 %. Il ne présente donc pas d'incapacité de travail, de sorte que son degré d'invalidité devrait être fixé à 0 %. Toutefois, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, l'office AI a pris en considération une réduction de 15 % et a ainsi fixé un degré d'invalidité de 15 %. Le degré d'invalidité étant inférieur à 40 %, le droit à la rente n'est pas ouvert.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 13 décembre 2018 confirmée.

8. **a)** 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. (cf. 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 (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés à la charge de l'Etat.

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Denis Weber. Sur la base de la liste des opérations produite le 12 juin 2020, il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 10 heures et 58 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un montant s'élevant à 1'974 fr., auquel s'ajoutent les débours par 98 fr. 70 (art. 3bis al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 7,7 % par 159 fr. 60, ce qui représente un montant total de 2'232 fr. 30.

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (art. 5 RAJ).

**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 13 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Denis Weber, conseil d'office, est arrêtée à 2'232 fr. 30 fr. (deux mille deux cent trente-deux francs et trente centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Denis Weber, avocat (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- 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 :