

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 1125 vom 28. Februar 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-02-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__1125

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 1125 du 28 février 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 1125 del 28 febbraio 2022

Regeste

RENTE ÉCHELONNÉE, RENTE ENTIÈRE, NEUROLOGIE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, DOULEUR | 28 LAI

Erwägungen

E. 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 directement 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 auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi 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.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2021, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle et son degré d'invalidité. En revanche, l'octroi d'une rente entière pour la période du 1^{er} janvier 2020 au 31 janvier 2021 n'est pas sujet à controverse entre les parties, aucune raison pertinente ne justifiant par ailleurs de revenir sur ce point.

E. 3

Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 8 avril 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

E. 4

a) 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 le marché

du travail équilibré qui entre en considération, 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. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 5

a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) Pour 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 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). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). e) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5). f) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1

et les références citées).

E. 6

a) Le recourant entend obtenir un complément d'instruction médicale. Il reproche à l'intimé de s'être essentiellement fondé sur le rapport du Dr L. _____ du 26 octobre 2020 dans lequel ce spécialiste fait état d'un bon pronostic et d'une capacité de travail de « 80-100% » dans une activité adaptée. L'intéressé rappelle que le spécialiste en question ne l'a vu que deux fois pour des infiltrations. Il prétend que l'appréciation du Dr L. _____ ne serait pas établie sur une connaissance approfondie de la situation et ne tiendrait pas compte de son évolution ultérieure. Il relève que son état de santé ne se serait pas amélioré, malgré ces infiltrations. Il indique que la problématique douloureuse a persisté nonobstant les mesures médicales dont il a bénéficié. Il se réfère essentiellement au rapport de son médecin traitant, le Dr M. _____, du 31 mars 2021. Quant à l'intimé, il renvoie, implicitement, à la décision entreprise et aux conclusions médicales du SMR. b) Sur le plan médical, il n'est pas contesté qu'à la suite de la lombosciatalgie droite apparue au début de l'année 2019, le recourant a présenté une incapacité de travail totale. L'évolution a été défavorable, malgré les infiltrations et la physiothérapie. L'intéressé n'est du reste plus en mesure d'exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur, ce dont les parties ne contestent pas. Il apparaît cependant que, au terme des divers traitements, une activité adaptée restait exigible. La décision entreprise se fonde sur le rapport SMR de la Dre E. _____ du 8 décembre 2020. Ce rapport a été établi sur la base des renseignements médicaux recueillis auprès des médecins consultés par le recourant. A la lecture dudit rapport, il y a lieu de constater que l'intéressé souffre, depuis à tout le moins le 24 janvier 2019 d'une lombosciatalgie avec une petite hernie discale à gauche L5-S1 et de spondylarthrose à composante inflammatoire L3-L4 et L4-L5. Les douleurs lombaires s'inscrivent dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, relevés par tous les médecins (cf. rapports du Dr M. _____ des 15 juin 2020 et 31 mars 2021 ; rapport du Dr L. _____ du 26 octobre 2020 ; rapport du Dr U. _____ du 9 octobre 2019 ; rapport du Dr G. _____ du 5 juin 2020 ; rapport de la Dre C. _____ du 18 février 2021). Les diagnostics ne sont pas contestés, étant rappelé que les examens menés ont permis d'exclure de plus graves atteintes, notamment sur le plan neurologique (rapport du Dr U. _____ du 9 octobre 2019 ; rapport du Dr Q. _____ du 5 février 2020). Quant aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR (« possibilité d'alterner les positions, pas de positions assise/debout/en marchant prolongées, conduite d'automobile, port de charge lourde, mouvements sollicitant le rachis [rotation, flexion] »), elles ne sont pas remises en cause. Le SMR reconnaît le caractère invalidant de ces atteintes jusqu'au 26 octobre 2020, soit au terme des divers traitements dont le recourant a bénéficié. A cette date, la réadaptation était possible (rapport SMR du 8 décembre 2020), ceci sur la base du rapport du Dr L. _____ qui a examiné le recourant le 26 octobre 2020. c) Seule la répercussion des atteintes à la santé sur la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée dès le 26 octobre 2020 demeure litigieuse. De ce point de vue, l'appréciation de la Dre E. _____ s'avère convaincante, les rapports établis par les médecins consultés par le recourant ne permettant pas d'instiller de doute sur son évaluation du dossier asséurologique dont elle opère la synthèse. La Dre E. _____ a conclu que la capacité de travail du recourant dans l'activité de chauffeur-livreur était nulle et que, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, il demeurerait une capacité de travail de 80 à 100 %, malgré les lombalgies chroniques. Pour évaluer les répercussions des diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'intéressé, la Dre E. _____ a repris les examens minutieux au dossier sur les plans ostéoarticulaire et neurologique, étant précisé

que le recourant a fait l'objet d'examens cliniques, en sus de son médecin généraliste traitant, auprès d'un neurochirurgien, d'un neurologue, d'un chirurgien orthopédique et de deux anesthésiologues, ceci sur la base d'un dossier d'imageries constitué au fil des examens. Le médecin du SMR a opéré la synthèse du dossier sans avancer d'autres éléments que ceux soulevés par les médecins traitants. Le rapport du Dr L. _____ du 26 octobre 2020 est clair et concis. Il a été rédigé après un examen clinique et les limitations fonctionnelles qu'il retient sont celles indiquées par les autres médecins (rapports du Dr M. _____ des 15 juin 2020, 17 septembre 2020 et 31 mars 2021 ; rapport du Dr G. _____ du 5 juin 2020 ; rapport de la Dre C. _____ du 18 février 2021 ; voir aussi, rapport d'O. _____ du 22 novembre 2019). C'est à juste titre que la Dre E. _____ a admis l'évaluation du Dr L. _____ dans le cadre de son rapport du 8 décembre 2020. Les éléments médicaux du dossier permettent en effet de valider les conclusions du Dr L. _____. Ainsi, le neurochirurgien consulté, le Dr U. _____, relève l'absence de véritable irradiation douloureuse dans les membres inférieurs et l'absence de conflit radiculaire. Il a en outre indiqué que les lombalgies avaient « relativement peu de substrats anatomiques sur l'imagerie » (rapport du 9 octobre 2019). Ces constats sont corroborés par l'examen du Dr Q. _____ (rapport du 5 février 2020), lequel ne relève pas de signe d'atteinte neurogène périphérique significatif, concédant une discrète limitation de la mobilité du rachis lombaire sans syndrome lombo-vertébral significatif associé, dans le cadre d'un examen qualifié de rassurant et marqué par une mauvaise collaboration du recourant. Durant son examen clinique, le neurologue consulté par l'intéressé a pu exclure une compression d'origine discale des racines du nerf sciatique L5-S1 (manœuvre de Lasègue négative). Il n'a identifié qu'une discrète limitation de la mobilité du rachis lombaire, une légère sensibilité de point de Valleix du fessier à droite et relevé une contradiction entre d'une part une hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant la face externe du membre inférieur droit et d'autre part une trophicité musculaire, des réflexes tendineux et une force brute qui paraissent préservés des deux côtés. Le Dr Q. _____ a conclu à un bilan rassurant chez un patient dont il a relevé une collaboration suboptimale du fait qu'il n'avait pas développé totalement sa force contre résistance à l'électromyogramme. Quant au physiothérapeute d'O. _____, bien que non médecin, il a relevé des éléments en faveur d'une autolimitation et d'une kinésiophobie sur le compte de laquelle il mettait le déconditionnement observé (bilan du 11 novembre 2019, pp. 86 à 89 du dossier AI). Le Dr G. _____ a lui fait état, dans son rapport du 5 juin 2020, d'une corrélation radioclinique imparfaite entre les plaintes et les éléments objectifs dont il disposait, mais surtout de manifestes signes d'exagération (3 à 5 signes selon Waddell présents). Il indique également qu'il n'y a pas de limitations pour un travail à l'ordinateur. Quant à la Dre C. _____, son examen n'a pas révélé de nouvel élément, le status étant comparable à celui relaté par les autres spécialistes (rapport du 11 février 2021). On constate de surcroît une attitude plutôt passive face à la maladie, le recourant ne recherchant pas activement une activité professionnelle compatible avec ses problèmes de santé, ce qui n'est guère cohérent chez une personne jeune appelée à travailler encore de nombreuses années. Rien n'indique que, dans la mesure où les limitations fonctionnelles sont respectées, le recourant ne bénéficierait pas d'une capacité de travail de 80 à 100 % dans une activité adaptée. En particulier, le Dr M. _____ n'explique pas dans son avis du 31 mars 2021 dans quelle mesure et pour quelles activités le recourant est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, singulièrement un examen clinique détaillant le status, voire un examen radioclinique. Il n'y a pas lieu de

donner la préférence à cet avis, étant également rappelé que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. On relève que le Dr M. _____ décrit un patient très algique sans toutefois y associer un substrat organique justifiant des restrictions plus élevées dans l'exercice d'une activité. Il s'est essentiellement, voire exclusivement, fondé sur les douleurs du recourant et n'a pas mis en évidence un élément objectif nouveau par rapport à l'examen du Dr L. _____, repris par la médecin du SMR (TF 8C_98/2021 du 2 juillet 2021 consid. 4.2 et 4.3). Dans un contexte algique tel que rapporté par le Dr M. _____, il convient de rappeler que, compte tenu des difficultés en matière de preuve pour établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. L'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Or, le Dr M. _____ ne décrit pas d'atteinte objective permettant une appréciation différente de la capacité de travail. Le Dr M. _____ n'indique pas pour quels motifs le recourant était incapable de travailler même dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il n'explique pas davantage pour quel motif il faudrait écarter les opinions des différents spécialistes consultés. Au final, il y a lieu de retenir que Dr M. _____ n'explique pas, dans son rapport du 31 mars 2021, pour quel motif son patient ne peut plus exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ne formule pas d'argument médical objectif à l'encontre de l'appréciation du Dr L. _____. L'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr M. _____ n'a de surcroît pas fait l'objet d'une ligne claire au fil du temps. En effet, dans son rapport du 17 septembre 2020 adressé à F. _____, le Dr M. _____ estimait possible une reprise. Il a du reste lui-même autorisé une reprise à 50 % (rapport du 10 avril 2019 adressé à F. _____), ceci dans une activité qui s'est toutefois révélée inadaptée par la suite. On comprend ainsi mal comment il peut exclure toute capacité de travail dans son rapport du 31 mars 2021. Dans ces circonstances, il y a lieu d'admettre une amélioration déterminante de l'état de santé à la date du rapport du Dr L. _____, soit au 26 octobre 2020. d) Au final, il apparaît que, suite aux infiltrations dont le recourant a bénéficié, ses douleurs et handicaps pouvaient être relativisés par la Dre E. _____, ceci en l'absence d'indication chirurgicale (rapports du Dr U. _____ du 9 octobre 2019 et du Dr Racloz du 26 octobre 2020). Dans ces circonstances, l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'intéressé retenue dans le rapport SMR du 8 décembre 2020 est convaincante. Il y a ainsi lieu de constater que, compte tenu des atteintes susmentionnées, l'activité habituelle de chauffeur-livreur n'est plus adaptée. Pour le surplus, le recourant a d'abord présenté une incapacité de travail à 100 % du 24 janvier 2019 au mois d'octobre 2020. Dès cette période, il a bénéficié, malgré les atteintes ostéo-articulaires persistantes, d'une capacité de travail de 80 à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles affectant le rachis (possibilité d'alterner les positions, pas de positions assise/debout/en marchant prolongées, pas de conduite d'automobile, pas de port de charge lourde, pas de mouvements sollicitant le rachis comme la rotation ou la flexion).

E. 7

a) Le recourant soutient qu'au vu de ses limitations fonctionnelles et de l'absence d'expérience professionnelle dans un domaine autre que celui occupé en dernier lieu, il ne serait pas en mesure d'offrir ce qu'un employeur serait en droit d'attendre d'un employé dans des rapports de travail qualifiés de normaux. Selon l'intéressé, un éventuel employeur

devrait accepter de telles concessions que l'exercice d'une activité lucrative serait incompatible avec les exigences du marché du travail. b) 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. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si le recourant peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2). c) Dans le cas particulier, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées au recourant et accessibles sans formation particulière (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Du reste, contrairement à ce que soutient l'intéressé, rien ne permet d'affirmer qu'une activité dans la production ou les services serait nécessairement incompatible avec les limitations fonctionnelles constatées. C'est ici le lieu de souligner que l'OAI a énoncé différents types d'activités envisageables dans la décision entreprise (« travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles [perçage, fraisage, taraudage et autres], comme aide-administratif [réception, scannage et autres] ou vente simple [shop et autres] ») – dont il y a lieu d'admettre qu'elles ne contreviendraient pas aux restrictions physiques découlant des atteintes lombaires. On voit au demeurant mal, sur le vu de l'ensemble des pièces médicales, pourquoi le recourant ne pourrait pas exploiter sa capacité de travail dans une activité adaptée étant rappelé qu'il a même repris en 2019 son ancienne activité – contre-indiquée sur le plan médical – à un taux de 50 %, ce qui démontre une capacité à surmonter ses limitations physiques. En outre, même s'il est resté de nombreuses années chez le même employeur, il s'est décrit comme une personne polyvalente (rapport d'O. _____ du 22 novembre 2019, p. 91 du dossier AI) et adaptable (Ibid., p. 92) ; l'évaluation montre également un bon potentiel de réinsertion professionnelle (4,5/5 cf. ibid., p. 91). Les griefs du recourant doivent donc être écartés sur ce plan.

E. 8

a) Le recourant remet en cause le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Il observe que suivant l'extrait du compte individuel et le décompte de son employeur, son salaire annuel était de 69'860 fr. en 2018. Il rappelle que son dernier employeur avait attesté d'une augmentation de salaire mensuelle de 51 fr. en 2019 et en infère un revenu sans

invalidité de 70'523 fr. cette année-là. Il se prévaut enfin d'un abattement lors de la détermination du revenu avec invalidité et ce en raison des limitations fonctionnelles qui pénalisent particulièrement une personne avec l'expérience professionnelle dans un métier physique comme le sien et en raison de ses années de service. b) Comme on le verra dans le calcul du degré d'invalidité, le droit à la rente ne peut pas être maintenu au-delà du 31 janvier 2021, ceci même en tenant compte du revenu de valide allégué par le recourant et d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, soit les hypothèses les plus favorables pour l'intéressé. aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). cc) Lorsque l'assuré 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, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). dd) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale 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). 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). ee) 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 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 compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). c) En l'espèce, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement pour les limitations fonctionnelles qui concernent essentiellement l'épargne du rachis et sont suffisamment prises en compte par le fait que l'on tienne compte d'une activité adaptée (Michel Valterio , Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n°89 ad art. 28a LAI,

p. 450) dont l'intimé a donné des exemples précis et convaincants dans la décision attaquée. En revanche, un abattement de 5 % peut être admis pour un assuré ayant travaillé plus de 15 ans pour le même employeur (2003-2019 ; comp. TF 9C_160/20214 du 30 juin 2014 consid. 4.2). A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au mois de janvier 2020, l'incapacité de travail était de 100 % et ouvrait le droit à une rente entière (art. 28 al. 1 LAI), ce dont les parties ne disconviennent pas. Dès le mois d'octobre 2020, même en retenant un revenu sans invalidité de 70'523 fr. tel qu'allégué et le revenu d'invalidité le plus favorable de 52'018 fr. 98 avec l'abattement discuté ci-dessus ([68'446 fr. 03 × 80 %] - 5 % ; cf. calcul REA du 11 décembre 2020), la comparaison des revenus révèle une perte de gain de 18'504 fr. 02 (70'523 fr. - 52'018 fr. 98), soit un degré d'invalidité de 26,2 %. Par conséquent, le droit à la rente doit être supprimé dès le 31 janvier 2021, soit trois mois après que le recourant a recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée (art. 88a al. 1 RAI). Pour ces motifs, la décision de l'intimé du 8 avril 2021 est conforme au droit fédéral.

E. 9

a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée du 8 avril 2021 doit être confirmée. b) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. 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). Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. et mis à la charge de la partie recourante, sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). b) 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).

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