

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 453 vom 18. Juni 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-06-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2021\\_\\_453](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__453)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 453 du 18 juin 2021

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 453 del 18 giugno 2021

## Regeste

NOUVELLE DEMANDE, REJET DE LA DEMANDE, ENQUÊTE SUISSE SUR LA STRUCTURE DES SALAIRES{ESS}, FORCE PROBANTE, EXPERTISE | 17 LPGA, 87 RAI

## Erwägungen

### E. 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 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). b) 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

### E. 4.1

; ATF 129 V 222). 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). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont

tous deux établis au moyens 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 l'assuré 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). b) En l'occurrence, le recourant soutient que le revenu sans invalidité devrait être établi sur la base de la CNT du secteur principal de la construction en Suisse et s'élever à 71'552 fr., et non pas à 66'453 fr. 12 comme l'a retenu l'OAI sur la base de l'ESS. Or, le recourant ne présente d'incapacité de travail dans son activité habituelle d'ouvrier agricole que depuis 2013. Avant cette date, il était ainsi en mesure d'exercer toute activité professionnelle. Il n'a toutefois plus de revenus depuis 2006, sous réserve de deux mois d'activité en 2009. Il n'a en outre jamais œuvré dans le domaine de la construction en Suisse, sa seule activité professionnelle supérieure à deux mois l'ayant été dans le domaine de l'agriculture. N'ayant jamais œuvré dans la construction depuis son arrivée en Suisse en 1997, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que le revenu sans invalidité devrait être fixé selon la CNT du secteur de la construction. L'OAI pouvait dans ces conditions légitimement déterminer le revenu sans invalidité en se fondant sur l'ESS, plus particulièrement sur le revenu pour des activités non qualifiées dans le domaine de la production et des services, dès lors que le recourant n'exerçait plus aucune activité lucrative, même dans le domaine de l'agriculture, depuis plusieurs années. Au demeurant, dans la mesure où le contrat-type de travail pour l'agriculture retient, en l'occurrence pour 2021, un revenu brut mensuel de 3'482 fr., soit 41'784 fr. par an, et que le recourant a réalisé, sur l'année durant laquelle il a travaillé neuf mois (en 2005), un revenu annuel de 24'173 fr., qui, rapporté à douze mois, correspond à un revenu annuel de 32'230 fr. 70, il y a lieu de constater que le revenu sans invalidité retenu par l'intimé sur la base de l'ESS lui est très favorable. c) Le recourant conteste encore l'absence d'abattement sur le revenu d'invalidité, estimant que sa situation aurait justifié à tout le moins un abattement de 10 %. Or, dans la mesure où la baisse de rendement intègre déjà les limitations fonctionnelles, l'OAI était fondé à ne pas en tenir compte. En effet, les limitations fonctionnelles incluses dans l'examen de la capacité de travail résiduelle ne doivent pas avoir d'influence supplémentaire sur l'examen de l'abattement, afin d'éviter une double prise en compte du même aspect (TF 8C\_9/2020 du 10 juin 2020 consid. 4.2.1). En outre, dès lors que l'intimé a considéré que l'assuré était capable de réaliser des activités non qualifiées, à savoir du niveau de compétence 1 de l'ESS, le salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'il serait en mesure de réaliser en tant qu'invalidité. Le salaire ainsi obtenu recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C\_9/2020 précité). L'OAI pouvait ainsi ne pas opérer d'abattement sur le revenu avec invalidité. Cela étant, si un abattement de 10 % était retenu, il en résulterait un degré d'invalidité de 23,5 % ( $66'453,12 - 50'836,63 / 66'453,12 \times 100$ ), arrondi à 24 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). Or, un tel revenu n'ouvrirait pas le droit à la rente. d) A toutes fins utiles, on relèvera encore que selon l'art. 8 al. 1 LAI, 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 au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 2b). Certes, le seuil de 20 % serait dépassé si un abattement de 10 % était opéré sur le revenu d'invalidité, ce qui devrait conduire à examiner le droit à des mesures de réadaptation. Or, le recourant ne peut prétendre à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, dès lors que sa capacité de gain n'apparaît pas susceptible d'être améliorée par dite mesure, des activités simples et répétitives lui étant accessibles. S'agissant des autres mesures professionnelles susceptibles d'entrer en ligne de compte dans son cas, on rappellera que l'intimé l'a mis au bénéfice d'une aide au placement, ce qui apparaît parfaitement adéquat pour assister le recourant dans la recherche d'une activité adaptée à son état de santé correspondant à l'exigibilité fixée par les médecins. Le recourant a toutefois refusé cette mesure. e) Finalement, la décision litigieuse ne prête pas non plus le flanc à la critique sous l'angle du calcul du préjudice économique. 8. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. 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. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable 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]). c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

## **E. 5**

a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA

qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

## **E. 6**

a) En l'occurrence, l'intimé a nié au recourant le droit aux prestations, faute pour lui de présenter un degré d'invalidité susceptible d'ouvrir le droit à des mesures professionnelles, respectivement à une rente. Certes, la situation du recourant n'est plus superposable à celle qui prévalait lorsqu'a été rendue la décision du 16 juillet 2008. A cette époque, en effet, les problèmes de santé de l'intéressé n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle objective, que ce soit au plan psychiatrique ou somatique, aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail n'ayant alors été retenu. Désormais, l'état de santé du recourant ne lui permet plus

d'exercer son activité habituelle d'ouvrier agricole, et des diagnostics avec effet sur la capacité de travail sont retenus (singulièrement ceux de douleurs lombaires par arthrose inter-apophysaire postérieure [M47.86], de tendinopathie avec syndrome sous-acromial de l'épaule gauche post-opératoire [M75.1], d'épicondylite droite [M77.1] et de gonarthrose bilatérale). Cela étant, comme exposé ci-après, le recourant conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une baisse de rendement de 15 %, ainsi que cela ressort du rapport d'expertise du Centre médical F.\_\_\_\_\_ du 14 juin 2019 et son complément du 6 septembre 2019, lesquels sont pleinement probants. b) Au plan somatique, les experts ont procédé à un examen de médecine interne ainsi qu'à un examen rhumatologique, après avoir pris connaissance du dossier, examiné l'assuré, fait état de ses plaintes et décrit son quotidien, ainsi que l'anamnèse par système. Sur le plan de la médecine interne, l'expert H.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'obésité exogène, d'hypertension artérielle, de diabète de type II et de syndrome d'apnée du sommeil léger non appareillé. Sur le plan rhumatologique, l'expert X.\_\_\_\_\_ a retenu ceux, avec effet sur la capacité de travail, de douleurs lombaires par arthrose inter-apophysaire postérieure, de tendinopathie avec syndrome sous-acromial de l'épaule gauche post-opératoire et d'épicondylite droite, le diagnostic d'obésité étant sans effet sur la capacité de travail. Dans le complément d'expertise du 6 septembre 2019, le diagnostic de gonarthrose bilatérale a également été retenu avec effet sur la capacité de travail. L'expert de médecine interne générale a relevé que l'hypertension artérielle et le diabète de type II étaient traités selon les règles de l'art, et que l'apnée du sommeil était légère. Il résulte pour le surplus du complément d'expertise du 6 septembre 2019 que le diabète est équilibré. L'assuré, sur le plan de la médecine interne générale, présente ainsi depuis toujours une capacité de travail entière, sans limitation. Aucun élément ne vient contredire cette appréciation, motivée et dénuée de contradiction, laquelle est pleinement probante. Quant à l'expert rhumatologue, il a noté que les douleurs lombaires dataient globalement de 2003 et s'étaient révélées lorsque l'intéressé travaillait dans l'agriculture. Quant aux douleurs des genoux, elles étaient plus anciennes et dataient de 2001. Elles avaient récidivé en 2013 ; l'assuré avait alors subi une première arthroscopie du genou gauche en 2013 ; le genou droit avait quant à lui été opéré en août 2018, également par arthroscopie. L'expert rhumatologue a observé que les deux genoux étaient le siège d'une arthrose dont les seules solutions étaient prothétiques. L'assuré présentait encore une douleur de l'épaule gauche à la suite d'une chute et avait subi une arthroscopie en juin 2018. C'est sur la base de ces observations que l'expert rhumatologue a constaté que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis 2013, vu la récurrence du genou gauche. Elle était toutefois entière dans une activité adaptée dès 2013, mais avec une baisse de rendement de 15 %, en retenant les limitations suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de

#### **E. 10**

kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 10 kg, limitation de la marche et du piétinement, pas d'escalier, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle, tabouret ou échafaudage), pas de position à genoux ou accroupie, position assise lui permettant d'allonger les membres inférieurs, changement de position régulier, pas d'effort en préhension ou en pronosupination de la main droite, pas d'effort au-delà de 90° d'abduction de l'épaule gauche, pas d'effort de soulèvement du bras gauche. Le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ ne vient pas remettre en cause les observations de l'expert rhumatologue. Le Dr V.\_\_\_\_\_ relève en effet des phénomènes dégénératifs au niveau du rachis lombaire

et des genoux, dont l'expert a tenu compte. Il mentionne encore un status post-chirurgical au niveau des genoux et de l'épaule gauche, également pris en considération par l'expert. Pour le surplus, le Dr V. \_\_\_\_\_ évoque la possibilité d'un rhumatisme inflammatoire, sans toutefois le retenir. Dans ces conditions, l'appréciation de ce médecin n'est pas non plus de nature à faire douter de celle, pleinement probante, de l'expert rhumatologue. c) Au plan psychiatrique, l'expert J. \_\_\_\_\_, après avoir également pris connaissance du dossier et examiné l'assuré, a noté que le recourant présentait un épisode dépressif léger depuis 2017, avec syndrome somatique (F32.0), avec une tristesse légère, des sentiments d'infériorité et de dévalorisation et de découragement par rapport à sa situation financière et sociale, avec idées noires, mais sans risque de passage à l'acte, ni hospitalisation en milieu psychiatrique. Il n'a pas retenu de trouble anxieux car les critères de la Classification internationale des maladies (ci-après : CIM-10) n'étaient pas remplis. Il a noté que lors de l'expertise effectuée en 2007, le Dr G. \_\_\_\_\_ avait retenu un état de stress post-traumatique anamnétique, sans toutefois l'étayer. Le Dr J. \_\_\_\_\_ ne retenait quant à lui pas ce diagnostic, car les critères de la CIM-10 n'étaient pas réalisés, soit en particulier la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les 6 mois suivant l'événement traumatique et hors du commun. En effet, si l'assuré avait été très affecté quand il avait aperçu le cadavre de son frère et qu'il avait eu peur pour sa famille, et s'il présentait des cauchemars liés aux conséquences de la guerre, il n'avait pas vécu de véritable événement traumatisant pour lequel il aurait eu peur de mourir lui-même. Au demeurant, pour pouvoir retenir ce diagnostic d'état de stress post-traumatique, il aurait également fallu connaître l'expertisé avant la survenue de cet état, ce qui n'était en l'occurrence pas le cas. L'intéressé ne présentait en outre pas de flashback durant la journée. Pour ces motifs, l'expert J. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu pas le diagnostic d'état de stress post-traumatique. L'expert J. \_\_\_\_\_ a encore relevé que les plaintes de l'expertisé n'étaient ni plausibles, ni cohérentes, eu égard à l'entretien clinique et aux activités quotidiennes. En effet, malgré les douleurs évoquées et la tristesse alléguée, l'assuré était capable de s'occuper de sa famille et de son jardin, où il avait plaisir à passer tout son temps, de regarder la télévision et plus particulièrement les matchs de football de l'équipe nationale [...] ainsi que la politique de son pays. Il avait en outre de bonnes ressources sociales, faisant état de rencontres régulières avec ses enfants ainsi qu'avec la communauté [...] de sa commune. L'expert J. \_\_\_\_\_ a ainsi retenu que l'assuré présentait un état dépressif, de degré léger, qui provoquait une diminution de la capacité de résistance, de la capacité d'endurance, de la capacité de flexibilité et de la capacité de changement, d'un degré plutôt léger. Cela étant, l'assuré disposait d'une capacité d'adaptation à des règles de routine, d'une capacité de planification et de structuration des tâches, à mobiliser ses compétences et connaissances, à prendre des décisions, des initiatives, à s'affirmer, à tenir une conversation et des contacts avec des tiers, ainsi que celle de vivre en groupe, établir des relations et prendre soin de lui-même. L'expert J. \_\_\_\_\_ a ainsi conclu que, du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle empêchant l'intéressé de travailler, dans toute activité, depuis toujours. Le volet psychiatrique est lui aussi probant : l'expert a en effet expliqué pourquoi il ne partage pas l'appréciation du psychiatre traitant ; il a pris connaissance de l'entier du dossier et répondu de façon claire aux questions posées, en faisant état des éléments fournis par l'assuré, de son anamnèse et de ses activités journalières. Le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ ne conduit pas à remettre en cause son appréciation. Non seulement ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail, mais il n'expose pas en quoi un diagnostic de fibromyalgie, respectivement de trouble somatoforme douloureux, aurait dû

être retenu. Pour le surplus, comme on l'a vu, l'expert J. \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur les raisons le conduisant à écarter le diagnostic d'état de stress post-traumatique, ainsi que celles pour lesquelles seul était retenu, sans effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif léger avec syndrome somatique. Quant au Dr K. \_\_\_\_\_, il explique dans son rapport du 14 avril 2020 que son patient présente des points douloureux, en se prévalant du fait que les experts du Centre médical M. \_\_\_\_\_ auraient évoqué en 2007 une fibromyalgie. Or, comme l'a relevé le Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR dans un avis du 22 juin 2020, outre le fait que la situation a pu évoluer en près de 13 ans, l'expert J. \_\_\_\_\_ expose de manière convaincante les raisons pour lesquelles il ne retient pas aujourd'hui un tel diagnostic. d) On notera encore que les trois experts ont procédé à une évaluation consensuelle pluridisciplinaire, à l'issue de laquelle ils ont estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais une capacité totale de travail dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 15 %, depuis 2013, vu l'atteinte rhumatologique. e) Le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il se plaint d'une instruction lacunaire de sa demande en se prévalant des rapports des Drs K. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_. Ceux-ci ne font pas état d'éléments jetant un doute sur l'appréciation des experts, ni n'établissent de contradiction avec leur appréciation, laquelle n'a dès lors pas lieu d'être complétée. L'OAI était ainsi fondé à se baser sur l'expertise, probante, du Centre médical F. \_\_\_\_\_, ainsi que son complément, pour retenir que le recourant présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle d'ouvrier agricole, mais entière, avec baisse de rendement de 15 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 10 kg, limitation de la marche et du piétinement, pas d'escalier, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle, tabouret ou échafaudage), pas de position à genoux ou accroupie, position assise lui permettant d'allonger les membres inférieurs, changement de position régulier, pas d'effort en préhension ou en pronosupination de la main droite, pas d'effort au-delà de 90° d'abduction de l'épaule gauche, pas d'effort de soulèvement du bras gauche. 7. Dans un autre moyen, le recourant conteste le revenu retenu sans atteinte à la santé, en plaçant qu'il a pratiqué comme maçon durant de « très nombreuses années » et que, sans atteinte à la santé, il aurait poursuivi cette activité. C'est donc le revenu de cette branche qui aurait selon lui dû être retenu, même s'il n'a pas sanctionné son parcours par l'obtention d'un titre. Toujours s'agissant du calcul du degré d'invalidité, il soutient, s'agissant du revenu d'invalidité, qu'un abattement de 10 % au moins aurait dû être opéré sur celui-ci, vu ses limitations fonctionnelles, la baisse de rendement et son absence de formation. a) 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). 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). 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.

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