

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 62 vom 2. März 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__62

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 62 du 2 mars 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 62 del 2 marzo 2023

Regeste

ASSISTANCE JUDICIAIRE, REJET DE LA DEMANDE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 49 al. 3 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 15

mars 2021 au 27 juin 2022, faisant état d'un temps total consacré à la présente procédure de 9 heures et 15 minutes. 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 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) Le recourant a interjeté recours au Tribunal cantonal le 15 mars 2021, à savoir plus de vingt mois après le prononcé de la décision de l'OAI, mais fait valoir que la décision attaquée ne lui a été notifiée que le 12 février 2021, suite à une interpellation de la part de son avocat. Arguant qu'il n'a pas pu interjeter recours plus rapidement par ignorance de la décision, il requiert une restitution du délai de recours. aa) Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour la personne assurée (art. 49 al. 3, troisième phrase, LPGA). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification. La protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme. Ainsi, l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; 111 V 149 consid. 4c). En effet, tant qu'elle ne lui a pas été notifiée, la décision n'est pas nulle mais simplement inopposable à celui qui aurait dû en être le destinataire et elle ne peut dès lors le lier (TF 8C_188/2007 du 4 mars 2008 consid. 4.1.2 et la référence). Néanmoins, une partie qui connaît ou doit connaître l'existence d'un prononcé la concernant mais qui n'entreprend aucune démarche pour en obtenir la communication agit de manière contraire à la bonne foi. Elle doit faire preuve de diligence et est tenue de se renseigner sur l'existence et le contenu de la décision dès qu'elle peut en soupçonner le prononcé, à défaut de quoi elle risque de se voir opposer l'irrecevabilité de son recours pour

cause de tardiveté (ATF 134 V 306 consid. 4 ; TF 2C_318/2009 du 10 décembre 2009 consid. 3.3 et les références ; ATF 129 II 193 consid. 1 ; 119 IV 330 consid. 1c et TFA I 663/99 du 4 mai 2000 consid. 2a). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (SJ 2000 I p. 118). A cet égard, le Tribunal fédéral a, à plusieurs reprises, jugé que le délai de recours (de 30 jours) commence à courir une fois que le recourant pouvait de bonne foi prendre connaissance de la décision contestée en étant en possession de tous les éléments essentiels à la défense de ses intérêts – et non dès le moment où il apprend fortuitement l'existence de ladite décision (cf. TF 9C_639/2019 du 12 février 2020 consid. 4.3 et les références ; ATF 129 II 193 consid. 1 ; 102 Ib 91 consid. 3 ; TF 1C_150/2012 du 6 mars 2013 consid. 2.3). La preuve de la notification d'une décision et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Si la notification d'un acte envoyé sous pli simple ou la date de la notification sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de la communication (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; 136 V 295 consid. 5.9). bb) En l'occurrence, le recourant et son mandataire exposent qu'ils ont appris pour la première fois, grâce à une interpellation de l'avocat le 6 février 2021 qu'une décision de refus de prestations avait été rendue à son encontre par l'OAI, et qu'ils n'avaient jamais reçu de décision à ce sujet auparavant. Bien que le troisième destinataire de la décision, à savoir la Fondation de prévoyance professionnelle de la société de travail temporaire R. _____ l'a reçue en juillet 2019 (voir note d'entretien téléphonique du 13 avril 2021), aucun élément au dossier ne permet de retenir que le recourant et son mandataire auraient reçu ladite décision préalablement en été 2019, même s'il est douteux que les deux premiers plis aient été perdus par la Poste suisse à l'exception de la troisième enveloppe. Néanmoins, faute d'élément de preuve concret de l'envoi sous pli simple sans suivi, il convient de se fonder sur les explications du recourant et de son mandataire. Il convient toutefois de relever que le recourant – assisté d'un homme de loi à cette époque déjà – ont fait preuve d'une certaine légèreté en ne s'inquiétant de l'avancement du dossier qu'après vingt mois sans avoir effectué aucune démarche antérieurement au courrier du 6 février 2021. Même à admettre que la crise sanitaire liée au Covid-19 a notoirement engendré des retards dans le traitement des dossiers, il s'était écoulé déjà plus d'une demi-année avant le début de l'épidémie. Cela étant, le recourant a respecté les règles de la bonne foi, en requérant rapidement après la connaissance de l'existence de la décision, à savoir par correspondance du 6 février 2021, que l'intimé lui communique ladite décision, ce qui a été fait par courrier du 11 février 2021. Il convient donc de constater que la décision litigieuse a été notifiée le 12 février 2021 au mandataire du recourant. En expédiant l'acte de recours le 15 mars 2021 à la Cour de céans, le recourant a ainsi agi en temps utile – dans le délai de 30 jours dès la notification – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). La restitution de délai requise est en conséquence sans objet. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité. 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 26 juin 2019 (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). 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 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. 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, un taux d'invalidité de 40 % au moins 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. c) 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). d) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). 5. a) Le recourant se plaint d'abord de l'appréciation erronée de son état de santé, faisant valoir que les limitations fonctionnelles qui ont été retenues ne lui permettent pas d'exercer une activité adaptée à 80

% dans l'industrie légère, singulièrement en respectant la contrainte d'alterner la position assis et debout qu'elle implique. A cet égard, il reproche à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du rapport du 28 janvier 2019 du Dr E. _____ concernant l'apparition de fourmillements chroniques, lequel avait pourtant souligné le caractère inadéquat du taux d'activité retenu mais aussi de l'activité adaptée qui lui était associée. Il soutient par ailleurs que l'OAI ne saurait se fonder exclusivement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du 6 mars 2019 du Dr H. _____ sans autres considérations que les conclusions de ce médecin. La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. aa) Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). bb) Les SMR peuvent procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne assurée ; ils consignent les résultats de ces examens par écrit (art. 49 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR sont comparables aux expertises médicales indépendantes, réalisées par un expert externe à l'assureur, et peuvent avoir même valeur probante s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence en la matière (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3) et si le médecin du SMR ayant réalisé l'examen sur la personne dispose, comme tout expert, des compétences professionnelles nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). cc) S'agissant des avis du SMR au sens des art. 59 al. 2 bis LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021) et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 799 n os 2920 ss). dd) En l'occurrence, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il soutient que la décision entreprise repose uniquement sur le rapport d'examen clinique du 6 mars 2019 du Dr H. _____ puisque celui-ci compile précisément l'ensemble des documents médicaux et discute sur près d'une demi-page le rapport du Dr E. _____ du 28 janvier 2019. Pour le reste, les avis du Dr X. _____, médecin auprès du SMR, ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne assurée mais font la synthèse des documents médicaux au dossier. En tant qu'ils indiquent à l'office intimé s'il y a lieu de compléter

l'instruction et dans quelle mesure, ils remplissent les exigences légales et correspondent à leur but. Quant à l'appréciation de l'état de santé, le recourant se réfère au rapport du 28 janvier 2019 du Dr E. _____ pour soutenir que l'OAI aurait sous-évalué l'importance de ses limitations fonctionnelles, lesquelles entraveraient, à son avis, toute activité légère, y compris dans une activité adaptée. Ce faisant, il se limite à contester en bloc la compatibilité de son état de santé avec toute activité légère, sans toutefois préciser en quoi celles retenues dans l'industrie légère (ouvrier d'usine pour les montages et/ou assemblages industriels ou dans des chaînes de production) seraient incompatibles avec ses limitations fonctionnelles, notamment celles décrites par son médecin traitant, le Dr E. _____, lequel a au demeurant retenu un bon pronostic, mais craignait l'enkystement des douleurs. En l'absence de lésions clairement objectivables ou d'avis médical contraire, il convient d'admettre que les limitations fonctionnelles retenues sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, compatibles avec une activité légère dans l'industrie légère au taux de 80 %. b) Le recourant considère que l'aggravation de son état de santé, singulièrement au niveau psychique depuis 2019, a été ignorée par l'office intimé, qui aurait dû requérir un complément d'instruction médicale à ce sujet afin de déterminer son état de santé et ses limitations fonctionnelles pour fixer l'éventuelle capacité de travail résiduelle et l'activité adaptée associée. aa) Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). bb) De fait, les éléments postérieurs au 26 juin 2019 – date de la décision dont est recours – ne sont pas déterminants en l'espèce et doivent faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations, singulièrement en ce qui concerne l'accident à la main survenu le 18 juin 2021, mais aussi pour les troubles psychiques en tant qu'ils seraient à l'origine, selon le Dr W. _____ (cf. rapport du 10 mars 2021), d'une incapacité totale de travail depuis le mois d'avril 2019 (début du délai d'attente d'une année pour le dépôt d'une nouvelle demande de prestations), ce que le recourant semble au demeurant avoir fait (cf. déterminations de l'OAI du 16 juin 2021). Cela étant, s'agissant de l'état de santé psychique, en tant que le recourant se prévaut du rapport du 10 mars 2021 du Dr W. _____, psychiatre traitant, ce rapport ne lui est d'aucun secours puisqu'il décrit un état de santé de son patient « stationnaire » avec les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et d'état de stress post-traumatique. Le Dr W. _____ fait certes état d'une capacité de travail nulle en toute activité, mais il sied de constater que ce médecin ne fait que relayer l'avis de son patient qui juge lui-même ne pas pouvoir conduire, ce qui au demeurant ne préjuge pas d'une incapacité de travail totale dans toute activité légère. Le médecin psychiatre ne discute pas – en sa qualité de thérapeute – quelles seraient les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle, se contentant d'évoquer des « limitations psychiques » en raison d'un épuisement, d'une irritabilité, d'une nervosité et d'une perte de patience. Or de telles limitations ne sont pas discutées sous l'angle de leur nature éventuellement incapacitante. Quoi qu'il en soit, la fatigabilité a été prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail, fixée à 80 %. Il sied encore de souligner que, du point de vue somatique, le rapport du 1^{er} avril 2021 du Dr T. _____ produit en réplique concerne des atteintes rachidiennes (lombo-pygalgies chroniques) et montre un status quo depuis 2017, sans aucune aggravation mise en évidence. 6. Le recourant conteste ensuite le calcul du degré d'invalidité, en reprochant à l'office intimé d'avoir retenu un revenu sans

invalidité inférieur à ses possibilités de gain, et d'avoir en revanche surestimé le revenu d'invalidé pour la comparaison des revenus, en omettant en particulier de procéder à un abattement. 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28 a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021]). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectué si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. 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. En l'absence d'un tel revenu, soit notamment lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2). a) S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant considère qu'il pouvait réaliser un gain annuel de l'ordre de 80'000 fr., de sorte que le montant de 57'815 fr. 99 est sensiblement sous-évalué. Il soutient qu'au vu des Conventions collectives de travail applicables avec le treizième salaire garanti, il

devait objectivement réussir à dégager un salaire annuel brut de 75'000 à 80'000 francs. En l'espèce, le recourant a présenté une incapacité de travail totale à compter du 10 mars 2017, alors qu'il avait été engagé quelques jours auparavant par une entreprise de travail intérimaire pour une mission temporaire auprès de B. _____ . Antérieurement, il avait exercé comme salarié et indépendant, en tant que mécanicien automobile et électricien. Outre l'absence de formation certifiée, il apparaît que les activités professionnelles du recourant ont varié au fil du temps tout comme son statut à l'égard des assurances sociales (apprenti, salarié, indépendant et enfin, employé intérimaire). Dans ces conditions, il s'avérait difficile de fixer un revenu sans invalidité au regard d'un parcours professionnel aussi hétérogène, en sorte que c'est à bon droit que l'office intimé a fixé le revenu en question sur la base des statistiques salariales, méthode au demeurant consacrée par la jurisprudence. b) Quant au revenu avec invalidité, le recourant conteste aussi sa détermination hypothétique sur la base de l'ESS. Il fait valoir qu'il se trouve sans emploi sans faute de sa part et soutient qu'il faut valoriser son expérience professionnelle, en sorte qu'il convenait de déterminer le revenu d'invalidité concrètement, en mettant en œuvre une expertise ou un stage d'un à deux mois auprès d'un Centre d'intégration et de formation professionnelle (Orif). Il est incontesté que l'assuré est sans emploi en raison de son état de santé. Il n'en demeure pas moins qu'il a refusé l'aide au placement proposée en 2019 par l'office intimé (cf. rapport final du 21 mai 2019). Sans activité professionnelle depuis 2017 et comme relevé ci-avant, avec des expériences variées non significatives, l'OAI n'avait d'autre choix que de se référer aux statistiques salariales en tenant compte d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En l'occurrence, le salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes, conformément au Tableau TA1_tirage_skill_level (secteur privé) de l'ESS 2018 est de 5'417 fr., part au treizième salaire comprise (niveau de compétences 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2018 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 5'647 fr. 25, ce qui donne un salaire annuel de 67'766 fr. 65. Compte tenu d'une capacité de travail de 80 %, il s'élève à 54'213 fr. 35. c) Le recourant soutient en outre qu'il faudrait procéder à un abattement supplémentaire de 30 % sur le revenu d'invalidité, afin de tenir compte du fait que ses possibilités concrètes de gain dans une activité adaptée sont réduites. S'agissant de l'abattement, il faut rappeler que le type d'activité visé par le tableau TA1_skill_level de l'ESS représente des activités généralement compatibles avec des limitations fonctionnelles légères. Dans ce contexte, seules les limitations fonctionnelles excédant les efforts qu'implique ordinairement pareilles activités peut justifier un abattement supplémentaire. En l'occurrence, on notera que le taux d'abattement de 5 % effectivement appliqué en faveur de l'assuré tient compte des limitations fonctionnelles, lesquelles ont été dûment prises en considération dans la diminution de la capacité de travail et du fait que l'assuré ne peut plus exercer une activité à plein temps. Pour le surplus, il ne ressort pas d'autre élément susceptible d'influer négativement sur les perspectives salariales du recourant, en lien avec des activités adaptées simples et ne nécessitant pas de formation spécifique. Ainsi, quand bien même il est de nationalité étrangère, il n'a pas présenté de problèmes d'intégration sociale particuliers, puisqu'il a été en mesure d'achever sa scolarité en Suisse et d'exercer diverses professions en étant même indépendant avant la survenance de ses problèmes de santé. Étant rappelé que le taux d'abattement ne saurait excéder 25 % (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75), il convient d'admettre que les limitations fonctionnelles du recourant ont déjà été dûment prises en considération dans la fixation de

la capacité de travail dans une activité adaptée à un taux réduit de 80 %. Compte tenu d'un abattement de 5 %, le revenu d'invalidé s'élève à 51'502 fr. 70. d) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 57'815 fr. 99 avec un revenu d'invalidé de 51'502 fr. 70 aboutit à un degré d'invalidité de 11 %. Le droit à une rente d'invalidité n'est donc pas ouvert (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). 7. Le recourant requiert, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En l'état du dossier, l'instruction concernant l'état de santé et les limitations fonctionnelles du recourant est complète. La Cour de céans, procédant à une appréciation anticipée des preuves, rejette la réquisition, s'estimant suffisamment renseignée et la mesure sollicitée n'est pas de nature à ébranler sa conviction (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). 8. a) En définitive, le recours est rejeté et la décision du 26 juin 2019 est confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. 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], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). c) 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 ; art. 55 al. 1 LPA-VD). Cependant, le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me François Gillard. Le 27 juin 2022, celui-ci a produit une liste des opérations pour un total de 1'748 fr. 25. Or cette liste ne peut pas être intégralement suivie. Elle apparaît en effet légèrement excessive, dès lors que le mandataire représentait déjà le recourant au cours de la procédure administrative. Compte tenu de ce qui précède, une indemnité d'office de 1'500 fr. pour l'ensemble de l'activité déployée dans le cadre de la présente procédure constitue une participation équitable aux honoraires du conseil de la partie recourante (cf. art. 3 al. 2 RAJ).

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