

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 820 vom 8. Januar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-01-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__820

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 820 du 8 janvier 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 820 del 8 gennaio 2024

Regeste

REJET DE LA DEMANDE, AI{ASSURANCE}, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, EXPERTISE MÉDICALE, FORCE PROBANTE, ARTHROSE, COXARTHROSE, GONARTHROSE | 28 al. 1 LAI, 28 al. 1 let. c LAI, 61 let. c LPGA

Erwägungen

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 (art. 6 LPGA) 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, 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). A teneur de l'art. 29 ter RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. c) La survenance de l'invalidité doit en principe être déterminée eu égard à chaque catégorie de prestations séparément. Il peut se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. D'autre part, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner

au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Il y a nouveau cas d'assurance lors de la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du premier refus de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références). Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de connexité matérielle et temporelle entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 et les références ; TF 9C_566/2020 du 16 juin 2021 consid. 5.3 ; cf. également : Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 342, n. 1234 et 11235). Il n'y a pas d'interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance lorsque la personne concernée présente une invalidité (partielle) qui, même si elle varie dans le temps, ne disparaît pas entièrement pendant une période donnée (TF 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.3).

E. 5

a) 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 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation rigoureuse et complète, sans être lié par des règles formelles. 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). c) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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).

E. 6

a) En l'espèce, il est incontesté que le recourant souffre d'atteintes somatiques, à savoir principalement d'arthrose au niveau de plusieurs de ses articulations. Cette pathologie est à l'origine de son incapacité de travail dans son activité de chauffeur de poids-lourds (camion-poubelle) depuis le 26 mai 2016. Les parties s'accordent sur le fait qu'il n'a jamais retrouvé de capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle et la Cour ne voit pas de motif de revenir sur ce constat. Dès lors et compte tenu des pièces au dossier, le droit potentiel du recourant à une rente d'invalidité pouvait s'ouvrir dès le 1^{er} mai 2017. En effet, durant le délai de carence, il a été complètement incapable de travailler dans son activité habituelle (art. 28 al. 1 let. a et b LAI, 6 LPGA). Il a en outre déposé sa demande en novembre 2016, de sorte que le délai d'attente procédural de six mois est arrivé à échéance en mai 2017 également (art. 29 al. 1 LPGA, 29 al. 1 et 3 LAI). Il reste à examiner si la condition de l'art. 28 al. 1 let. c LAI est remplie, à savoir si le recourant était invalide à 40 % au moins au terme de cette année. b) Sur le plan médical, il est précisé à ce stade que l'absence d'atteinte psychique invalidante et d'effet du diagnostic d'obésité morbide sur la capacité de travail, au moment de la décision litigieuse, ne font pas débat et qu'il ne se justifie pas d'examiner ces éléments plus avant. En particulier, aucun avis médical au dossier ne soutient une thèse inverse (cf. consid. 5a supra), au moins au stade de la vraisemblance prépondérante. Pour rendre la décision litigieuse, niant le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, l'OAI s'est fondé essentiellement sur l'expertise du Dr T. _____ et sur son complément requis par le SMR (rapports des 14 janvier et 22 mars 2021). Selon cette appréciation, à l'issue du délai d'attente, et même depuis le 2 décembre 2016, le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il s'agit donc en premier lieu d'examiner la valeur probante de ces rapports, eu égard aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-avant et aux critiques formulées par le recourant. c) D'un point de vue formel, le recourant fait grief à la durée de l'entretien d'expertise, qui se serait déroulé sur une période plus brève qu'annoncée dans le rapport, à savoir sur environ 40 à 45 minutes. De plus, il estime ne pas avoir pu s'exprimer sur ses problèmes de santé, car il aurait été interrompu par l'expert. On rappellera que la durée de l'examen d'expertise n'est pas, en soi, un critère de la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 ; 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 et les références). Cette critique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consistait à porter un jugement sur son état de santé dans un délai relativement bref (idem). Par ailleurs, le recourant n'explique pas les points sur lesquels il n'aurait pas été en mesure de s'exprimer, de sorte que cette seule affirmation ne saurait faire douter de la valeur probante dont il est question. Ce grief doit donc être écarté. d) Sur le plan du contenu, l'expertise du Dr T. _____ et son complément remplissent toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'expert T. _____ a établi le contexte médical, puisqu'il a indiqué avoir pris connaissance du dossier médical fourni par l'OAI sur CD gravé (rapport du 14 janvier 2021, p. 1), ainsi qu'examiné le dossier radiologique apporté par le recourant à l'entretien. Il a établi l'anamnèse personnelle, familiale et systémique lors de l'entretien. Il a procédé à l'examen clinique personnellement et conformément à sa spécialité et a consigné les différentes plaintes exprimées par le recourant. Il a noté ses observations cliniques, en particulier des épaules, poignets, mains, pouces, de la colonne vertébrale, des hanches, des genoux et des chevilles.

Il a motivé les diagnostics retenus et communiqué des conclusions cohérentes avec ses observations. Il a notamment relevé que les traitements chirurgicaux effectués au genou gauche et aux deux pouces étaient à son avis conformes aux règles de l'art et que la coxarthrose bilatérale n'était en l'état pas trop symptomatique. Le genou droit n'avait pas encore été traité et serait candidat à une arthroplastie si la situation se péjorait. L'assuré ne pouvait plus exercer un métier dans lequel il devait monter et descendre à répétition d'un camion. Dans un contexte sédentaire ou semi-sédentaire, adapté aux limitations fonctionnelles, l'intéressé était désormais apte à exercer une activité. Dans son complément du 22 mars 2021, l'expert T. _____ a indiqué des périodes d'incapacité de travail dans toute activité, entre mai 2016 et le moment de l'expertise (entretien du 22 décembre 2020). Il a tenu compte de périodes de convalescence après chaque intervention chirurgicale et considéré que l'intéressé aurait pu exercer une activité adaptée à ses limitations, après chacune de ces périodes de convalescence et avant l'opération suivante. e) Le recourant soutient que l'OAI s'est fondé à tort sur l'expertise du Dr T. _____ et qu'il aurait dû suivre les arrêts de travail de ses médecins traitants pour définir la période de son incapacité de travail totale. A cet égard, il requiert la production de la chronologie des arrêts de travail délivrés par ses médecins traitants. En tant qu'il critique la valeur probante de l'expertise, il sied de relever que le recourant se plaint essentiellement de son résultat qui ne lui convient pas, mais ne démontre pas précisément en quoi celle-ci serait viciée. S'agissant des certificats d'arrêt de travail délivrés par ses médecins traitants, il faut noter que l'expert n'a certes pas suivi l'intéressé en consultation, mais il a été précisément interrogé, en sa qualité d'expert et avec sa connaissance complète du dossier, sur la période d'incapacité totale de travail, d'un point de vue asséculo-logique et pour chaque atteinte prise séparément. Il a spécialement rendu un complément d'expertise à ce sujet, prenant en considération les arrêts de travail prescrits par les chirurgiens traitants. Aucun avis médical au dossier ne remet sérieusement en cause l'appréciation de l'expert, selon lequel le recourant a recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée, après chacune des convalescences ayant suivi ses différentes opérations. De plus, le recourant n'a produit aucun rapport médical postérieur à l'expertise, qui s'inscrirait en faux avec cette dernière. On relève en particulier que l'appréciation de l'expert T. _____ est convergente avec celle de l'expert mandaté par X. _____ SA, le Dr M. _____, s'agissant de la première intervention au genou gauche, effectuée le 2 septembre 2016. Dans son rapport du 9 janvier 2017, l'expert M. _____ a indiqué que le recourant pouvait d'emblée entreprendre une formation initiale d'accompagnant social d'étrangers réfugiés, dans le cadre d'un projet de collaboration avec un ami, qu'il avait apparemment évoqué. Le SMR a dès lors considéré que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le début de l'année 2017 à tout le moins. De plus, les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI ne diffèrent pas de celles retenues par les médecins traitants du recourant, notamment celles définies par le Dr H. _____ dans son rapport du 29 janvier 2020 et par la Dre Q. _____ dans son rapport du 14 juillet 2020. Dans ce dernier rapport, cette médecin a certes indiqué en outre une capacité de travail résiduelle de 20 % dans toute activité depuis 2017 ; toutefois elle n'a ni motivé ni étayé cette conclusion médicalement, qui ne saurait dès lors emporter conviction. Le Dr H. _____ a pour sa part estimé, dans son rapport précité, que le genou opéré présentait une récupération fonctionnelle très satisfaisante et permettait une reprise progressive, à 100 %, ce qui est en réalité congruent avec l'appréciation de l'expert T. _____. En sus, le Dr H. _____ considérait déjà, dans son rapport du 21 août 2018, que la capacité de travail était entière malgré les différentes

atteintes articulaires, pour autant qu'elle soit exploitée dans des travaux assis et non physiques. Dans son rapport du 15 juillet 2020, le Dr K. _____, qui a opéré les mains du recourant, n'a pas indiqué qu'il y avait une incapacité de travail dans toute activité, qui serait durable. Il a simplement rapporté que son patient se trouvait en phase de réhabilitation post-opératoire, sans noter de complication ou d'invalidité. Quant au Dr D. _____, à la lecture de ses rapports, force est de constater qu'il s'est prononcé sur des atteintes ayant nécessité des interventions chirurgicales, impliquant des incapacités de travail transitoires, mais qu'il n'a pas fait mention de limitations fonctionnelles durables, ni d'incapacité de travail durable. Son avis concernait l'état du genou, pour lequel la pose d'une prothèse était discutée. En cas de pose d'une prothèse, ce qui a été le cas par la suite, le Dr D. _____ retenait une capacité de travail dans une fourchette de 50 à 100 % (cf. son rapport du 2 novembre 2017). Là encore, cette appréciation est compatible avec celle du Dr T. _____. Contrairement à ce que fait valoir le recourant, le fait que ces spécialistes ne se soient prononcés – en général – que sur les incidences d'une atteinte articulaire à la fois, ne remet pas en cause le constat du Dr T. _____ non plus. En effet, l'appréciation de la capacité de travail ne consiste pas à partir de 100 % et retrancher chaque avis médical ensuite. Plusieurs atteintes peuvent avoir pour conséquences les mêmes limitations fonctionnelles, ou des limitations similaires, ce qui est apparemment le cas pour le recourant (cf. par exemple l'avis de la permanence SMR du 21 septembre 2018, selon lequel les limitations fonctionnelles liées aux hanches ne modifient pas celles retenues auparavant, en lien avec les genoux ; cf. également le rapport de la Dre Q. _____ du 14 juillet 2020, qui mentionne des atteintes aux hanches, aux genoux, aux épaules, aux mains et liste des limitations ayant trait aux positions debout et assise prolongées, à la marche sur terrain irrégulier et au port de charge). Par ailleurs, l'on ne décèle aucune contradiction dans le fait, pour le Dr T. _____, de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et de suggérer la réalisation de cinq interventions dans le futur. Si les interventions préconisées sont susceptibles d'améliorer l'état de santé de l'assuré, son état au moment de l'expertise et lors des périodes décrites par le Dr T. _____ lui permettait d'ores et déjà d'exercer une activité adaptée, au vu de ses limitations. Par exemple, le Dr T. _____ a certes préconisé une chirurgie bariatrique, toutefois l'obésité morbide diagnostiquée n'a pas d'influence sur la capacité de travail du recourant en l'occurrence. Quant aux éléments dont se prévaut le recourant en lien avec les effets potentiels de ses douleurs ainsi que de la médication antalgique et somnifère prescrite sur sa capacité de travail, il y a lieu de constater que ces allégations ne reposent sur aucune pièce médicale. Or, comme rappelé ci-avant, le juge se fonde sur des documents médicaux ou émanant d'autres spécialistes pour prendre position (cf. consid. 5a supra). La thèse du recourant est au contraire infirmée par le rapport du 21 août 2018 du Dr H. _____, selon lequel le recourant prenait des antidouleurs par intermittence, que sa capacité de concentration n'était a priori pas limitée et que sa capacité de compréhension ne l'était pas. Ainsi, les déclarations de l'assuré n'étant absolument pas étayées sur le plan médical, elles ne sauraient jeter le doute sur les conclusions probantes de l'expert T. _____. f) S'agissant des requêtes de rapports en mains de X. _____ SA et des médecins du recourant, on rappellera que ce dernier est soumis au devoir de collaborer, corollaire de la maxime inquisitoire qui régit la procédure devant le tribunal cantonal des assurances. Ce devoir comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi la partie en question risque de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves

(ATF 125 V 193 consid. 2 ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; TF 9C_476/2021 du 30 juin 2022, consid. 5.2.1). En l'occurrence, on ne voit pas ce qui l'aurait empêché de requérir et produire les pièces en question lui-même, dans la procédure administrative puis judiciaire. De surcroît, il a établi lui-même, au sein de la réplique, un résumé de ses incapacités telles qu'attestées par ses médecins, à l'aide des pièces médicales au dossier. A la lumière de ce qui précède et de l'issue de la cause, il sied de rejeter les réquisitions de preuves et de mise en œuvre d'une expertise, formulées par le recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). g) Ainsi, l'OAI était fondé à suivre les conclusions probantes de l'expert T. _____ et à considérer que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, du 2 décembre 2016 au 3 octobre 2017, du 20 octobre 2017 au 20 mars 2018, du 5 avril 2018 au 30 septembre 2019, du 2 janvier au 23 février 2020, du 21 avril au 7 juin 2020 et dès le 4 août 2020 (cf. complément d'expertise du 22 mars 2021 et rapport du SMR du 4 mai 2021). Il en découle qu'à l'issue du délai d'attente, en mai 2017 (cf. consid. 6a supra), le recourant était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée, et qu'il y a lieu de calculer son degré d'invalidité.

E. 7

Sur le plan économique, le recourant ne formule pas de grief particulier à l'encontre du calcul établi par l'intimé (doc. 131 du dossier), mais il convient de procéder d'office à sa vérification. a) 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 28a al. 1). b) 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 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). 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). c) 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 publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique [OFS] dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). d) 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 ; 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). e) 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'invalidité 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). f) En l'espèce, au titre de la vérification d'office du calcul du degré d'invalidité du recourant, il convient de corriger légèrement plusieurs éléments. aa) Le calcul du salaire exigible établi par l'OAI se base sur l'année 2016, à tort, puisque ce n'est pas celle de l'ouverture du droit potentiel à la rente (à savoir 2017 ; cf. consid. 6b supra et ATF 134 V 322 consid. 4.2 ; 129 V 222). Il ressort du questionnaire rempli par son ancien employeur et du dossier de l'assurance perte de gain que le recourant réalisait, en 2016, un revenu de 5'050 fr. par mois, treize fois l'an, pour une durée de travail hebdomadaire de 45 heures (cf. questionnaire du 24 janvier 2017 et annonce de l'employeur à X. _____ SA). Son revenu sans invalidité annuel en 2016 s'élevait dès lors à 65'650 fr., comme l'a retenu l'OAI ; il s'élève après indexation pour l'année 2017 à 65'912 fr. 60 (+0,4 % pour les hommes ; cf. Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2022, Tableau T39, publié par l'OFS, version consultée publiée le 24 avril 2023). Le salaire statistique de la branche pour l'ensemble de la Suisse, en 2016, pour un chauffeur de camion-poubelle, correspondait à 4'435 fr. par mois, pour une moyenne d'heures de travail hebdomadaires de 40 heures (cf. ESS 2016, TA1_skill-level, branches 77,79-82, hommes, niveau de compétences 1 ; pour la branche, cf. OFS, Nomenclature générale des activités économiques [NOGA] 2008, notes explicatives, n°812900, p. 210). Rapporté à 45 heures hebdomadaires, ce salaire correspond à 4'989 fr. 38, ce qui est en-deçà du salaire que le recourant percevait (même hors treizième salaire) et exclut le parallélisme des revenus (ATF 141 V 1 consid. 5.4 ; 134 V 322 consid. 4.1). Le revenu sans invalidité du recourant s'élevait ainsi à 65'912 fr. 60. bb) Le revenu avec invalidité doit être établi sur une base statistique correspondant au total pour les hommes du tableau TA1_skill-level 2016, niveau de compétences 1 (5'340 fr.) et adapté à l'horaire de travail usuel (41,7 heures, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine) comme l'a fait l'OAI, en indexant toutefois l'ESS 2016 à l'année 2017 (+0,4 %). Une fois ces adaptations faites, le revenu avec invalidité du recourant s'élève en 2017 à 67'070 fr. 61 ($[(5'340 \times 41,7) / 40] \times 12 ; +0,4 \%$). L'OAI n'a pas appliqué d'abattement, ce que le recourant ne conteste pas, et les circonstances du cas d'espèce ne justifient pas que la Cour revienne sur cette appréciation. cc) Après comparaison des revenus, il appert que le recourant ne présentait pas de perte de gain à l'ouverture potentielle de son droit à la rente, son degré d'invalidité étant nul ($65'650 - 65'912,60 = -1'158,01 ; -1'158,01 \times 100 / 65'912,6 = -1,76 \%$). La conclusion de l'OAI, dans son calcul du degré d'invalidité, peut être confirmée. g) Le degré d'invalidité du recourant n'atteignait donc effectivement pas 40 % au mois de mai 2017, de sorte que le droit à une rente d'invalidité ne lui était pas ouvert. Depuis cette date, comme l'a relevé l'OAI à juste titre, chacune de ses incapacités de travail dans toutes activités a duré moins d'une année, de sorte que les conditions du droit à une rente n'ont pas été remplies non plus, par la suite et jusqu'à la décision litigieuse. L'OAI était fondé à nier le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. 8

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). Comme la capacité de gain du recourant n'est pas amoindrie, c'est à juste titre que l'intimé a constaté qu'il n'avait pas droit à des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Au demeurant, on relève que l'intimé a octroyé des mesures au recourant, qui s'est déclaré à plusieurs reprises inapte à les suivre en raison de son état de santé. La décision doit être confirmée sur cet aspect également.

E. 9

a) En conclusion, le recours doit être rejeté, et la décision rendue par l'intimé le 17 novembre 2021, 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 l'issue du litige. 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 (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). 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 a contrario). d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Xavier Oulevey, qui peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Ledit conseil n'a pas déposé de liste détaillée de ses opérations. Compte tenu de l'ampleur de la procédure et des opérations effectuées il convient de fixer son indemnité de conseil d'office à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 3 al. 2 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. a, 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). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (DGAIC, auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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