

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 744 vom 26. September 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__744

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 744 du 26 septembre 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 744 del 26 settembre 2024

Regeste

AI{ASSURANCE}, DÉLAI D'INTERDICTION, PÉRIODE D'ATTENTE, RENTE ÉCHELONNÉE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 al. 1 LAI, 29 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 49 RAI, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI, 88a al. 1 RAI

Erwägungen

E. 17

LPGA est également applicable par analogie en cas d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C_689/2023 précité, consid. 3.1). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. 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 citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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). c) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 ; 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). 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).

6. a) En l'espèce, la première demande de prestations déposée par le recourant en avril 2015 en raison d'une atteinte lombaire a été rejetée par décision du 9 janvier 2017. Il a alors été constaté que l'intéressé présentait certes une incapacité de travail totale dans l'activité de peintre en bâtiment exercée en dernier lieu, mais qu'une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, situation qui entraînait un degré d'invalidité de 3,77 % insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations du recourant sur la base du rapport établi le 31 janvier 2022 par le Dr L._____, neurochirurgien qui indiquait que l'atteinte lombaire dont souffrait son patient avait nécessité trois interventions chirurgicales entre 2019 et 2021. Puis, se fondant essentiellement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique établi le 16 janvier 2023 par un spécialiste du SMR, l'intimé a admis que l'état de santé du recourant s'était péjoré depuis la décision rejetant la première demande de prestation. Une capacité de travail nulle dans toute activité devait ainsi être admise en lien avec les trois interventions chirurgicales subies entre mai 2019 et juin 2021, ce qui ouvrait un droit théorique à une rente entière d'invalidité. La dernière intervention avait cependant permis au recourant de recouvrer une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2022. A cette date, le degré d'invalidité était de 30,42 %, taux insuffisant pour permettre le versement d'une rente.

b) Le Dr Z._____ a établi le 16 janvier 2023 un rapport d'examen au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, après avoir examiné le recourant en date du 20 décembre 2022. Il convient de relever que le spécialiste du SMR a eu accès à l'ensemble du dossier médical constitué par l'intimé, dont il a donné un résumé au début de son rapport. Il a posé une anamnèse complète fondée sur le dossier ainsi que les déclarations du recourant, comprenant la situation familiale, les activités professionnelles, les antécédents médicaux et les plaintes du recourant sur le plan ostéoarticulaire. A cet égard, il a noté le ressenti de l'intéressé par

rapport au résultat des trois opérations subies au niveau lombaire ainsi que les gestes et postures qu'il se sentait capable de faire ou au contraire qui provoquaient des douleurs. Le Dr Z. _____ a par ailleurs interrogé l'assuré sur ses habitudes, le déroulement de sa vie quotidienne et son contexte psychosocial. Il a ensuite procédé à un examen clinique complet, incluant un status général, un status neurologique et un status ostéoarticulaire, puis a étudié les rapports d'imageries figurant au dossier, avant de poser ses diagnostics. Dans ce contexte, il a pris soin d'examiner amplement la problématique du genou, qui était très peu documentée dans le dossier. Le spécialiste du SMR a ensuite donné une appréciation du cas détaillée et étayée, au terme de laquelle il a déterminé des limitations fonctionnelles et l'impact des atteintes retenues sur la capacité de travail. Le rapport du Dr Z. _____ répond ainsi aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître la valeur probante d'une expertise médicale. c) Dans ses écritures, le recourant n'est pas revenu sur la problématique du genou et n'a produit aucun rapport médical susceptible de remettre en doute les conclusions du Dr Z. _____ sur ce point. Il est ainsi constant que cette atteinte n'a pas de caractère invalidant durable hormis la période post-opératoire de six semaines évoquée par le Dr Z. _____. d) S'agissant de l'atteinte lombaire, le recourant a reproché au Dr Z. _____ de n'avoir pas tenu suffisamment compte de ses douleurs ainsi que d'un risque de décompensation majeur à court terme, éléments qui ne lui permettaient pas de travailler au taux d'activité retenu. Comme relevé ci-avant, le rhumatologue du SMR a pris note des plaintes du recourant exprimées spontanément, puis l'a interrogé de manière plus ciblée sur le plan ostéoarticulaire. Les plaintes douloureuses de l'intéressé ont ensuite été résumées dans l'appréciation du cas et mises en parallèle avec son fonctionnement au quotidien, ainsi qu'avec les constatations cliniques et le traitement antalgique décrit par le recourant. Le Dr Z. _____ a par ailleurs déterminé les limitations fonctionnelles qui devaient être prises en compte et a posé un pronostic sur l'évolution de la situation, dans lequel il a rappelé en particulier que les troubles lombaires étaient dégénératifs, de sorte que le pronostic était « moyen ». Cela étant, le recourant n'a pas précisé de quelle manière ses douleurs auraient été minimisées par le rhumatologue du SMR. Il n'a en particulier pas mentionné d'éléments de l'anamnèse que ce spécialiste aurait omis ou mal retranscrit, s'agissant en particulier du déroulement de son quotidien ou de ses loisirs. Il n'a pas non plus indiqué sur quels éléments médicaux il se fondait pour évoquer le risque d'une décompensation majeure, les rapports du Dr L. _____ des 31 janvier 2022 et 12 mai 2023 ne posant pas de tels pronostics. Les griefs du recourant à cet égard doivent ainsi être écartés. e) Le recourant a contesté principalement le taux d'activité retenu par le Dr Z. _____ en se prévalant des conclusions du Dr L. _____ à cet égard, à savoir un taux d'activité de 30 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il faut toutefois constater que le Dr L. _____ n'a pas motivé le taux de 30 % dans ses rapports des 31 janvier 2022 et 12 mai 2023. Le 31 janvier 2022, il a évoqué une situation favorable, sans complication, une fusion osseuse démontrée sur l'imagerie et sans déficit neurologique. Les limitations fonctionnelles, liées aux lombalgies, concernaient les mouvements de rotation ou de soulèvement de poids supérieurs à 10 kg, ainsi que la position debout et assise limitée à 20 minutes. Le spécialiste traitant n'a toutefois pas indiqué pour quels motifs son patient ne pouvait pas œuvrer plus de 3 heures par jour dans une activité respectant ces limitations. Le rapport ne comprend par ailleurs aucun status ni description des difficultés rencontrées par le patient dans son quotidien. Il n'est pas non plus mentionné quel traitement antalgique était proposé. Dans son rapport du 12 mai 2023, le spécialiste traitant a indiqué que le recourant présentait des lombalgies chroniques sans

irradiation radiculaire, des troubles neurologiques et de la sensibilité dans les membres inférieurs principalement dans le territoire L5. Il confirmait cependant que les douleurs lombaires étaient qualifiées de supportables par le patient en dehors d'une mobilisation active et qu'il n'y avait pas de complication au niveau du site opératoire. Précisant que son patient présentait une rigidité de la colonne allant de L3 à S1 entraînant « certainement » une limitation fonctionnelle liée à la douleur et la diminution de mobilité du rachis, le Dr L. _____ a mentionné uniquement le port de charges supérieures à 10 kg et la position debout de plus de 30 minutes. Pour le surplus, bien que revoyant le recourant plus de quinze mois après la précédente consultation, le spécialiste traitant n'a pas établi de status ni décrit les difficultés rencontrées par son patient dans son quotidien, limitant ses constatations médicales au résultat d'un bilan d'imageries. Il ne s'est pas non plus positionné sur le rapport du spécialiste du SMR, rendu quelques mois auparavant. Or, le Dr Z. _____ a déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges régulier au-delà de 5 kg, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre. Ces limitations fonctionnelles sont plus détaillées et plus strictes que celles déterminées par le Dr L. _____. S'agissant du taux d'activité, le spécialiste du SMR a motivé la réduction du taux par le fait que le recourant présentait une raideur du rachis lombaire et d'importants troubles dégénératifs, tout en relevant que les douleurs lombaires rapportées par le recourant étaient d'allure mécaniques et que ses ressources étaient conservées dans des activités légères. Il a également pris en compte le fait que le traitement antalgique pris par le recourant était léger, soit principalement (15 jours par mois) du paracétamol à dosage modéré et le recours occasionnel (une semaine par mois) à un opiacé léger. Ainsi, il apparaît que les rapports du spécialiste traitant constituent tout au plus une appréciation différente d'un même état de fait et ne sont pas de nature à remettre sérieusement en doute les conclusions du Dr Z. _____. f) En conséquence, l'intimé était fondé à suivre les conclusions du Dr Z. _____ et à retenir qu'en raison de l'atteinte lombaire, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée a été nulle du 26 février 2019 au 31 janvier 2022 puis qu'elle s'élève à 75 % dès cette date, sous réserve d'une période d'incapacité de six semaines entre mai et juin 2022 en raison de l'atteinte au genou. 7. Le recourant a fait valoir qu'il n'existe pas d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le rhumatologue du SMR. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide 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 lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. On ne peut parler d'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsque celle-ci 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 ; TF

9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_98/2021 du 31 mai 2021 consid. 5.2 ; 9C_774/2017 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2). Néanmoins, l'examen de l'exigibilité s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive (TF 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3 ; 8C_95/2020 du 14 mai 2020 consid. 5.2.2). b) En l'espèce, le recourant était âgé de 52 ans au moment où l'intimé a rendu sa décision, si bien que la jurisprudence relative aux assurés proche de l'âge de la retraite n'entre pas en ligne de compte (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3 ; TF 9C_195/2019 du 11 juin 2019 ; 9C_774/2017 consid. 5.3). Par ailleurs, les limitations fonctionnelles d'épargne du dos déterminées par le Dr Z._____ peuvent être qualifiées de modérées, en ce qu'elles permettent l'accomplissement de toutes sortes de travaux légers. Dans sa décision, l'intimé a inclus une description des activités possibles, à savoir un 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, aide administratif (réception scannage et autres), ou vente simple (shop et autres). Comme l'a rappelé le Tribunal fédéral en maintes occasions (cf. notamment TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les nombreuses références citées), il en existe encore bien d'autres, qui concernent de nombreux domaines. De telles activités ne requièrent pas de formation particulière, de sorte que l'on peut considérer qu'elles sont accessibles au recourant. Titulaire d'un CFC de mécanicien automobile, celui-ci a pu exercer dans son métier durant plusieurs années avant de changer de domaines à plusieurs reprises, œuvrant notamment plusieurs années dans la vente d'automobiles. Il faut donc retenir qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant est raisonnablement exigible. Pour finir, dès lors que la jurisprudence admet qu'une description telle que celle donnée par l'intimé dans le cas d'espèce est suffisante pour retenir l'existence de possibilités de travail sur un marché équilibré (cf. TF 8C_772/2020 consid. 3.3 précité), il ne se justifie pas de solliciter l'avis d'un ergothérapeute. 8. Il reste à examiner le calcul du degré d'invalidité applicable au 31 janvier 2022, conformément au droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 (cf. consid. 2b ci-dessus). a) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA, le Conseil fédéral fixant les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables. En vertu de l'art. 16 LPGA, 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). Ces dispositions sont concrétisées par l'art. 25 RAI. b) D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une

incapacité de travail dûment prouvée (let. a), ainsi que des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). L'art. 25 al. 2 RAI énonce en outre que les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 8C_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.2). En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. L'art. 25 al. 4 RAI précise que les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux. c) Selon l'art. 26 al. 4 RAI, si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI, c'est-à-dire en principe sur la base l'ESS, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante. D'après l'art. 26 bis al. 1 et 2 RAI, on procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité si, après la survenance de l'invalidité, l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou réalise un revenu mais qu'il n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui. Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder, pour fixer son revenu d'invalidité, sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TAI_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). d) Selon l'art. 26 bis al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1 bis RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opéré sur la valeur statistique. Appelé à examiner la conformité de cette disposition réglementaire, le Tribunal fédéral a jugé, dans son arrêt 8C_823/2023 du 8 juillet 2024, que les instruments pour corriger le salaire statistique de l'ESS déterminant dans un cas concret étaient insuffisants pour tenir compte de la situation de la personne assurée. La jurisprudence appliquée jusqu'au 31 décembre 2021 devait en conséquence continuer à s'appliquer (cf. Communiqué de presse du Tribunal fédéral du 23 juillet 2024 et Lettre circulaire AI n° 445 publiée le 26 août 2024 par l'Office fédéral des assurances sociales). Cette jurisprudence commande de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (cf. 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, il convient de 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). 9. a) En l'espèce, l'intimé a calculé le degré d'invalidité en recourant aux revenus statistiques pour les deux termes de la comparaison. Pour le revenu sans invalidité, il s'est référé au salaire moyen du domaine 41-43 « construction », niveau de qualification 1, au taux de 100 %. Pour le revenu avec invalidité, il a repris le salaire moyen tous secteurs confondus, niveau de qualification 1, au taux de 75 %. Appliquant l'art. 26 bis al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, l'intimé n'a procédé à aucun abattement. Le recourant n'a émis aucune critique à l'égard des revenus statistiques utilisés. Il a requis en revanche qu'un abattement de 50 % soit appliqué. b) Le recours aux chiffres de l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité valable en 2022 ne prête pas le flanc à la critique. Dans la mesure où le recourant n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis 2013, les données salariales réelles ne sont plus exploitables (cf. notamment TF 9C_267/2012 du 26 novembre 2012 consid. 3.2 ; 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16) . Le choix du domaine 41-43 et du niveau de qualification 1 du tableau TA1_skill_level peut également être validé, nonobstant la formation et l'expérience du recourant dans le domaine du commerce et de la réparation automobile. En effet, il s'agit de la dernière activité exercée par le recourant et le montant sélectionné s'avère légèrement plus élevé que les revenus moyens applicables tant au domaine 45-47 (commerce ; réparation d'automobiles) que dans la branche spécifique 45-46 (commerce de gros ; commercialisation et réparation d'automobiles) au niveau de qualification 2. Quant au revenu sans invalidité, il est fondé à juste titre sur le revenu moyen tous secteurs confondus, niveau de qualification 1 du tableau TA1_skill_level, dès lors que le recourant ne dispose pas de formation spécifique dans une activité adaptée. c) S'agissant du calcul, l'utilisation des données de l'ESS 2020 est correcte, l'ESS 2022 n'ayant pas encore été publiée au moment où la décision a été rendue. Une adaptation des chiffres de l'ESS 2020 à l'année 2022 doit toutefois être opérée et il convient de relever une erreur dans le choix de la durée moyenne du travail en Suisse dans le domaine 41-43, celle-ci étant de 41,2 heures en 2022 et non 41,3 heures. Les taux d'indexation ont également été mal appliqués (-0.70 % pour 2021 et 1.1 % pour 2022). Ces chiffres doivent être rectifiés, portant le revenu sans invalidité à 71'113 fr. 05 et le revenu avec invalidité à 49'554 fr. 98 au taux de 75 %. d) L'intimé n'a admis aucun abattement, en application de l'art. 26 bis al. 3 RAI. Cette disposition doit cependant être écartée, au profit de la jurisprudence développée sur la base du droit applicable jusqu'au 31 décembre 2021, conformément à l'arrêt TF 8C_823/2023 du 8 juillet 2024. Dans ce contexte, le taux de 50 % réclamé par le recourant n'est pas admissible, l'abattement servant à corriger le revenu pour tenir compte d'éléments de la situation personnelle de l'assuré susceptible de réduire ses prétentions salariales, et non à corriger le taux d'activité ou la diminution de rendement déterminés au cours de l'évaluation médicale. La jurisprudence considère que, dans l'ESS, le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. En conséquence, il s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est

physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, de sorte que ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les intéressés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides (cf. TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3). Par ailleurs, est seule déterminante la question de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui. Il n'y a pas lieu d'examiner si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3). En l'occurrence, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr Z. _____ dans le cas d'espèce sont soutenues par la réduction du taux d'activité. Il convient cependant de tenir compte du fait que ces limitations sont relativement contraignantes, ce qui peut justifier un abattement sur le salaire statistique. Le critère du taux d'occupation réduit peut également être pris en compte pour déterminer l'étendue de l'abattement à opérer sur le salaire statistique d'invalide lorsque le travail à temps partiel se révèle proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps. A cet égard, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence. Cela étant, le travail à temps partiel peut, selon les statistiques, être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs de sexe masculin (TF 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.1 et les références citées). Le taux d'activité de 75 % peut ainsi constituer un désavantage pour le recourant, qui doit être pris en compte. Pour le surplus, il ne ressort pas d'autre élément susceptible d'influer négativement sur les perspectives salariales du recourant pour les activités adaptées existantes. En particulier, comme déjà relevé, ces activités ne requièrent pas de formation particulière tandis que le recourant dispose d'un CFC de mécanicien automobile et a pu exercer dans divers domaines d'activité par le passé. Dès lors, un abattement de 10 % suffit pour tenir compte de manière adéquate de la situation personnelle du recourant. Avec ce correctif, le revenu avec invalidité s'établit à 44'599 fr. 48. Il en découle une perte de gain de 26'513 fr. 57, soit un degré d'invalidité de 37 % (chiffres arrondis ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. e) Ainsi, il faut retenir que le recourant a disposé d'un droit théorique à une rente entière dans le contexte des interventions chirurgicales subies entre février 2019 et juin 2021. La dernière intervention lui a cependant permis de retrouver, une fois son état de santé stabilisé, une capacité de travail résiduelle de 75 % dans une activité adaptée. L'amélioration de son état de santé a entraîné l'extinction de son droit théorique à la rente entière (cf. art. 17 al. 1 LPG) dès le 1^{er} mai 2023 (cf. art. 88a al. 1 RAI). C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi d'une rente à l'échéance du délai d'attente de l'art. 29 al. 1 LAI, le 1^{er} juin 2023, le recourant ne pouvant plus prétendre au versement d'une rente en raison du dépôt tardif de la demande de prestations. Pour le surplus, le recourant n'a pas contesté le refus de mesures professionnelles. A cet égard, même si le taux d'invalidité calculé ci-dessus atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), il faut relever à nouveau que de nombreuses activités adaptées à ses limitations fonctionnelles ne nécessitent pas de

formation particulière (activités légères visées par l'ESS, skill_level, niveau de compétence 1 ; cf. TF 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 8). Aucune mesure ne paraît ainsi susceptible d'améliorer sa capacité de gain. 10. Le recourant a requis l'assignation et l'audition de quatre témoins ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique incluant l'avis d'un ergothérapeute. L'audition des médecins traitants du recourant en qualité de témoins paraît superflue, dès lors que leurs rapports écrits figurent au dossier. Le témoignage du physiothérapeute ne paraît pas pertinent, dès lors que le recourant a déclaré au Dr Z._____ qu'il n'avait plus de traitement de physiothérapie depuis plusieurs mois (cf. p. 6 du rapport d'examen clinique du 16 janvier 2023). Le même constat peut s'appliquer au témoignage de sa fille, citée pour témoigner du quotidien du recourant alors que ce dernier a pu en donner une description durant l'examen clinique du Dr Z._____. Par ailleurs, comme démontré plus avant, les éléments médicaux au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1). 11. a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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. 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.