

VD_GERICHTE ZD16.040280 vom 9. März 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.040280

FR: VD_GERICHTE ZD16.040280 du 9 mars 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.040280 del 9 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

Quelle a été l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis août 2012: aggravation des plaintes du patient sous forme de lombalgies irradiant dans les 2 jambes l'empêchant de rester longtemps et de se concentrer dans un travail de bureau.

E. 2

Quelle est l'affection responsable de l'incapacité de travail depuis le 18 mars 2013 ?
Incapacité de rester assis plus de 15 mn, état d'épuisement décrit par le patient.

E. 3

Quels sont les diagnostics actuels avec influence négative sur la capacité de travail ?
Lombo-sciatalgies chroniques non-déficitaires.

E. 4

Quel est le traitement actuel ? Traitement actuel : physiothérapie, Arcoxia, Olfen.

E. 5

Quelle est l'évolution des incapacités de travail depuis août 2012 à ce jour: - 100% du 7 au 31 août 2012

- 5 - - 100% du 18 au 23 mars 2013 - 100% du 24 mars au 13 avril 2013 - 100% du 14 avril au 28 juin 2013

E. 6

Est-ce qu'à votre avis une activité d'employé de bureau et de comptabilité sera encore compatible avec l'atteinte à la santé? Non

E. 7

Si non: Pour quelles raisons ? En raison des plaintes du patient, de son impossibilité à rester assis plus de 15 mn. Plusieurs tentatives de reprise du travail ont échoué. Remarques : il me paraîtrait utile que M. Q. _____ puisse être examiné par les experts de l'AI. Dans leur avis médical du 29 juillet 2013, les Drs [...] et [...], tous deux médecins auprès du Service médical régional de l'assurance- invalidité (ci-après: le SMR), ont proposé d'organiser un examen rhumatologique au SMR ou de mettre en œuvre une expertise pour déterminer les limitations fonctionnelles de l'assuré et le taux de capacité de travail exigible. L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique au SMR le 18 février 2014, par le Dr W. _____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 2 avril 2014, ce médecin a notamment retenu le diagnostic, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales et troubles dégénératifs postérieurs étagés (M54.5). La capacité de travail dans l'activité initiale de

sommelier ou de distributeur de publicités était nulle. L'assuré présentait par contre une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire (pas de mouvements répétés de flexion- extension du rachis, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de dix kilos, charges légères, pas de position statique assise au-delà d'une heure, debout au-delà de trente minutes). L'examen du rachis montrait des troubles statiques modérés, avec une scoliose dorsale moyenne gauche, une gibbosité de 1,5 cm, une antéflexion de la tête, un relâchement de la sangle abdominale, sans syndrome rachidien lombaire. La lecture du dossier radiologique montrait des discopathies étagées du rachis lombaire, avec des protrusions discales en L4-L5, L5-S1, avec une ébauche de protrusion médiane sur l'IRM de

- 6 - 2008, mais sans hernie discale et sans signe de compression radiculaire. Les radiographies successives effectuées ultérieurement en 2011 et 2013 ne montraient pas d'évolution significative. Par ailleurs, la coxarthrose débutante révélée sur les radiographies de la hanche droite effectuée en 2009 n'expliquait pas les douleurs rapportées par l'assuré. Selon le Dr W. _____, il existait une discordance importante entre les allégations de l'assuré, notamment sa tolérance en station assise, et les constatations radio-cliniques objectivables. Dans le cadre de son examen rhumatologique, le Dr W. _____ a notamment consulté les rapports médicaux suivants: - un courrier du 26 janvier 2011 du Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, à la Dresse T. _____ dont la teneur est la suivante: "[...] Monsieur Q. _____ souffre de lombo-sciatalgies droites chroniques depuis trois ans environ. [...]. Cliniquement, il n'y a pas de signe de gravité notamment pas de signe neurologique irritatif ou déficitaire. On note des troubles statiques, essentiellement avec un renversement postérieur du tronc et une accentuation de la cyphose dorsale. L'IRM lombaire du 25 janvier 2011 montre des séquelles de maladie de Scheuermann et des discopathies étagées prédominant en L5-S1. [...]. Au total les anomalies somatiques paraissent tout à fait compatibles avec la reconversion professionnelle entreprise. [...]". - un courrier du 24 octobre 2013 du Dr J. _____ à la Dresse T. _____, lequel retenait le diagnostic de lombo- sciatalgies chroniques avec exacerbations intermittentes, sans critère de gravité. L'assuré disposait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations (éviter les ports de charges et les travaux en flexion et rotation du tronc, alterner les positions). - un rapport d'imagerie établi par le Dr [...], spécialiste en radiologie, dont la conclusion est : "Discopathies

- 7 - lombaires, aspect cunéiforme de L1 et de L2 suggérant d'anciens tassements. Légère attitude scoliotique lombaire". Selon un rapport du SMR établi le 14 avril 2014 par le Dr [...], l'examen rhumatologique du 18 février 2014 confirmait les atteintes déjà connues. Il avait permis d'observer une tolérance de la position assise bien au-delà de ce qui était mentionné par le médecin traitant et de conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cet avis était corroboré par un consilium rhumatologique demandé par le médecin traitant, selon courrier du 24 octobre 2013 du Dr J. _____. Par courrier du 1er octobre 2014, l'assuré a contesté le contenu du rapport rhumatologique du 4 avril 2014, faisant valoir un certain nombre d'imprécisions portant notamment sur les dates et périodes d'incapacité rapportées par le Dr W. _____ et sur la partie du rapport traitant de ses antécédents personnels et médicaux. Il a en outre reproché au Dr W. _____ de lui avoir causé des douleurs durant l'examen pratiqué le 18 février 2014 et de n'avoir pas tenu compte dans son appréciation de l'IRM du 4 juillet 2008. L'assuré mentionnait également un conflit

d'intérêt entre le Dr W. _____ et le Dr J. _____, qui se connaissaient bien. Il maintenait en définitive qu'il ne pouvait pas se tenir assis plus de dix à quinze minutes depuis le mois de juin 2013. Par décision du 15 juillet 2016, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et d'une mesure de reclassement, confirmant son projet de décision du 12 avril 2013. Par courrier séparé du même jour, l'OAI a indiqué à l'assuré que son courrier du 1er octobre 2014 n'était pas susceptible de modifier sa position. L'examen clinique du 18 février 2014 s'était déroulé selon un protocole d'examen standard, étant précisé qu'il pouvait provoquer un léger ressenti douloureux. L'OAI relevait par ailleurs que le Dr W. _____ exposait de façon détaillée pour quelles raisons les appréciations de la Dresse T. _____ ne pouvaient être suivies, précisant qu'il avait tenu

- 8 - compte des différentes imageries à disposition dans son évaluation. L'OAI relevait en outre que les prétendus liens existant entre les Drs J. _____ et W. _____ n'étaient pas de nature à interférer la prise de position de ce dernier. B. Par acte du 11 septembre 2016, Q. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus du 15 juillet 2016 en concluant implicitement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Il fait notamment valoir que son état de santé s'est aggravé depuis la fin des mesures octroyées par l'intimé, décrivant les douleurs et problèmes médicaux dont il est atteint. Il reproche pour le surplus à l'intimé d'avoir tardé à répondre à deux de ses courriers. Dans sa réponse du 18 octobre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Aucun motif pertinent ne justifiait de s'écarter des conclusions du SMR qui retenait une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Revenant sur les griefs soulevés par le recourant dans son courrier du 1er octobre 2014, l'intimé reprochait à ce dernier d'avoir agi contrairement au principe de la bonne foi, en se plaignant tardivement du déroulement de l'expertise. Par réplique du 10 novembre 2016, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer sa capacité de travail. Selon lui, l'activité d'aide-comptable n'était plus adaptée à son état de santé. Il réitérait ses griefs relatifs au déroulement de l'examen du 18 février 2014 et à la longueur de la procédure. Le recourant a produit une liste de témoins dont il requiert l'audition ainsi qu'un courrier du 9 novembre 2016 de [...], physiothérapeute, dont la teneur est la suivante: "Monsieur Q. _____ souffre d'une lombosciatalgie chronique avec irradiations dans le membre inférieur droit suite à un accident de ski qui le handicape beaucoup dans sa vie quotidienne via des douleurs qui varient d'une intensité entre 5/10 et 10/10 sur l'EVA. Lors des séances, la prise en charge est axée sur l'antalgie via thérapie manuelle selon Meitland, mobilisations ostéo-articulaires

- 9 - via PA sur les processus articulaires pour gagner de la mobilité et diminuer les douleurs, massages pour la détente musculaire que Q. _____ décrit comme fortes lors de crises de sciatalgies irritatives avec des irradiations dans les membres inférieurs mais qui restent invalidantes à bas bruits dans sa vie quotidienne. Monsieur Q. _____ effectue également régulièrement des exercices de renforcement musculaire selon ses douleurs afin de ne pas péjorer son état de santé actuel. En accord avec la Dresse [...], une prise en charge multidisciplinaire a été mise en place depuis 2014 afin de stabiliser la situation du patient et l'aider dans sa vie quotidienne". Dans sa duplique du 28 novembre 2016, l'intimé a indiqué que le rapport du physiothérapeute du 9 novembre 2016 n'était pas susceptible de mettre en cause son appréciation de la situation médicale de l'intéressé. Le recourant sous-estimait ses capacités fonctionnelles, les examens cliniques et analyses des radiographies ne permettant pas d'expliquer les douleurs ressenties en position assise. En tout état de cause, si l'activité

d'aide-comptable ne devait plus être adaptée à l'état de santé du recourant, d'autres activités correspondant à ses limitations fonctionnelles seraient exigibles de lui, sans préjudice économique suffisant pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais fixés par la loi ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine

- 10 - des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer. Le recours, formé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales, et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable. 2. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité ou une mesure de reclassement, prestations que lui refuse l'intimé dans la décision attaquée suite à l'examen rhumatologique du Dr W. _____ du 18 février 2014. 3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En vertu de l'art. 7 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa

- 11 - gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : - 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 ; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. En outre, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. De surcroît, le droit à la rente ne naît pas tant que la personne assurée peut prétendre à une indemnité journalière selon l'art. 22 LAI. c) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est

réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1).

- 12 - 4. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du

E. 10

mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). 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 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son

- 13 - contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 5. a) En l'espèce, le recourant s'est plaint de douleurs au dos dès 2008, dans le cadre d'une procédure de détection précoce de l'assurance- invalidité. Dans un rapport médical du 21 juillet 2008, la Dresse T._____ retenait des lombosciatalgies, diagnostic qu'elle confirmait dans un second avis médical du 27 janvier 2010. Dès 2009, le recourant a bénéficié d'un reclassement professionnel comme employé de commerce et de comptabilité, achevant sa formation au mois de décembre 2011. Les douleurs dorsales s'étant progressivement aggravées, la Dresse T._____ a attesté une incapacité de travail durable dès le 18 mars 2013. Par projet de décision du 11 avril 2013, l'intimé a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité ou d'une nouvelle mesure de reclassement, retenant une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité de distributeurs de tracts publicitaires et une pleine capacité de travail dans l'activité d'aide- comptable, sans diminution de rendement. b) Pour déterminer le droit à des prestations de l'assurance- invalidité du

recourant, l'intimé s'est essentiellement fondé sur le rapport rhumatologique établi le 2 avril 2014 par le Dr W. _____, duquel il ressort que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, depuis le 5 mai 2008. Le Dr W. _____ s'est en particulier appuyé sur l'absence de substrat objectif pouvant expliquer l'intensité et la persistance des douleurs ressenties par le recourant pour justifier ses conclusions. Il a notamment exclu, chez un assuré qui se plaint de lombalgies basses, la présence d'une irradiation de type radiculaire ou de syndrome rachidien lombaire. Il n'a par ailleurs pas mis en évidence d'arguments cliniques en faveur d'une polyinsertionnisme, de sciatalgies irritatives ou d'un déficit neurologique des membres supérieurs ou inférieurs. Le matériel radiologique à disposition (IRM du 4 juillet 2008, radiographies des 25 janvier 2011 et 24 octobre 2013) a révélé des discopathies étagées du rachis lombaire, avec des protrusions discales, et des troubles dégénératifs postérieurs étagés, ne permettant cependant

- 14 - pas d'expliquer les restrictions de la tolérance à la position assise telles qu'exposées par le recourant. A cet égard, le Dr W. _____ a relevé que l'intéressé était resté assis durant l'examen médical au-delà de trente minutes, sans pourtant présenter d'inconfort, alors que la Dresse T. _____ annonçait que la position assise n'était pas supportable plus de quelques minutes. On relèvera au demeurant que les constats de la Dresse T. _____ paraissent peu soutenables au regard des rapports établis par l'Orif et le REA, qui ne décrivent pas d'intolérance à la position assise du recourant, du moins pas avec l'intensité rapportée par la Dresse Terrail. S'agissant du genou droit, le Dr W. _____ relevait encore que le recourant ne s'en plaignait pas, étant précisé que son examen ne présentait aucun signe d'instabilité en relation avec une éventuelle ancienne entorse. Les constatations du Dr W. _____ rejoignent celle du Dr J. _____, qui s'est notamment fondé sur les radiographies et l'IRM à disposition pour mettre également en évidence des lombo-sciatalgies chroniques, sans degré de gravité (rapport médical du 26 janvier 2011). A l'instar du Dr [...], le Dr J. _____ n'observerait pas d'évolution défavorable en comparant les images radiologiques. Les anomalies somatiques constatées paraissaient tout à fait compatibles avec la reconversion professionnelle entreprise, constat que le Dr J. _____ confirmait en 2013 (rapport médical du 24 octobre 2013). En définitive, seule la Dresse T. _____, médecin-traitante du recourant, a retenu la présence de douleurs lombaires incapacitantes (courrier du 7 mai 2013 à l'intimé). Il apparaît cependant qu'elle s'est contentée de rapporter les douleurs alléguées par le recourant sans toutefois constater objectivement leur existence, sauf à mettre en évidence une scoliose dorsale à convexité gauche et des contractures douloureuses de la musculature para-vertébrale (rapports médicaux des 21 juillet 2008 et 29 janvier 2010). Son rapport du 7 mai 2013 est du reste peu détaillé, tout comme ceux établis antérieurement. Son avis n'est par conséquent pas suffisant pour mettre en doute les conclusions des deux médecins précités, étant rappelé que la

- 15 - Dresse T. _____ avait adressé le recourant au Dr J. _____ pour un avis approfondi (rapport médical du Dr J. _____ du 24 octobre 2013). Le rapport établi par le Dr W. _____, fondé sur une analyse minutieuse des pièces du dossier et contenant un compte-rendu des principaux éléments d'anamnèse, résulte d'une investigation clinique approfondie, de sorte que la situation rhumatologique du recourant que ce médecin décrit, suivie par l'intimé au terme de sa décision, est convaincante. A cet égard, les plaintes du recourant quant au déroulement de l'examen du 18 février 2014 ne sont pas crédibles. En

effet, il évoque avoir été "tirailé de façon violente à hurler de douleur" par le Dr W. _____, ce dont on peut sérieusement douter de la part d'un spécialiste en rhumatologie, habitué à pratiquer des examens médicaux selon un protocole standard. De même, le recourant n'établit pas non plus de façon sérieuse avoir été "aux portes de la perte de connaissance" durant l'examen en raison des douleurs ressenties ni d'être sorti de l'entretien en titubant en raison d'un étourdissement et avoir dû rester allongé une demi-heure sur un banc avant de pouvoir reprendre le volant (courrier du 1er octobre 2014). On admettra cependant avec le recourant que l'intimé a tardé à répondre aux critiques qu'il a formulées à l'encontre du déroulement de l'examen rhumatologique. Néanmoins, compte tenu de la durée globale de la procédure et des mesures d'instruction mises en œuvre, il n'apparaît pas que l'autorité intimée a différé sa décision et sa réponse au courrier du 1er octobre 2014 au-delà de tout délai raisonnable. En définitive, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr W. _____, selon lequel le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, permettant l'épargne du rachis lombaire. Le rapport du 9 novembre 2016 du physiothérapeute [...] produit dans le cadre du recours n'est pas de nature à remettre en cause cette appréciation, celui-ci ne faisant que rapporter les plaintes de son patient au sujet de son dos et décrire le traitement de physiothérapie administré. 6. Il convient encore d'examiner le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé l'OAI.

- 16 - a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 229 ss). La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'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 – ce qui revient à l'assurance-chômage –, 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_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., ibidem). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente, soit in casu en janvier 2012 (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

- 17 - b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé ; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9

octobre 2009 consid. 6.1.2.1). 7. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'extrait de compte individuel du recourant établi par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS le 21 juillet 2008 pour fixer le salaire sans invalidité à 58'219 francs. Il n'y a pas à revenir sur cet aspect de la décision litigieuse, qui ne prête pas flanc à la critique. Quant au revenu d'invalidité de 54'590 fr., il n'apparaît pas non plus critiquable en tant qu'il est fondé sur les indications de la Société des employés de commerce (SEC) et correspond au salaire annuel moyen d'un employé de commerce, niveau C, avec un an d'expérience. Au demeurant, ce montant n'est pas contesté par le recourant. De la comparaison entre le revenu sans invalidité (58'219 fr.) et celui d'invalidité (54'590 fr.), il en ressort en définitive un taux d'invalidité de 6.23%, insuffisant pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. 8. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction apparaît inutile. Les requêtes d'audition de témoins et de mise en œuvre d'une expertise médicale formulées en ce sens par le recourant le 10 novembre 2016 doivent dès lors être rejetées. 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

- 18 - a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).. 9. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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