

VD_GERICHTE ZD19.047383 vom 11. März 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.047383

FR: VD_GERICHTE ZD19.047383 du 11 mars 2021

IT: VD_GERICHTE ZD19.047383 del 11 marzo 2021

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine 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.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet

- 18 - du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a). b) Le présent litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

E. 3

a) Selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). b) L'état de fait à prendre en compte est celui qui prévalait au 23 septembre 2019, date de la décision. Il convient de déterminer dans quelle mesure les pièces produites par le recourant dans le cadre de l'échange d'écritures doivent être prises en considération. Le dernier rapport du Dr J. _____ a été établi postérieurement à cette date, le 26 novembre 2019. Quoi qu'il en soit, ce rapport ne fait pas

référence à une consultation précise et indique simplement que le médecin donne suite à une demande de Procap, en qualité de médecin traitant de l'assuré. Le médecin ne fait que réitérer son avis quant à la capacité de travail du recourant dans ce certificat, avis qui ressort du reste d'autres pièces au dossier, datées d'avant la décision litigieuse, de sorte que le rapport en question n'est pas déterminant. S'agissant du rapport des urgences de l'Hôpital [...], des derniers rapports du Dr F. _____ et des Dres N. _____ et [...], ceux-ci sont antérieurs à la décision, de sorte qu'ils entrent dans la construction de l'état de fait déterminant. Le dernier bilan neuropsychologique du recourant au dossier date du 5 décembre 2019, soit après la date de la décision. L'intimé l'a

- 19 - toutefois analysé, soumis au SMR pour avis et s'est déterminé à son sujet, de sorte que ce rapport peut également être pris en compte. S'agissant en revanche de l'infarctus du recourant et des documents médicaux qui s'y rapportent, cet événement ayant eu lieu près d'une année après la reddition de la décision, il ne sera pas retenu dans la présente cause, mais pourra éventuellement faire l'objet d'une nouvelle demande auprès de l'OAI.

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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA, applicable dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, conformément à l'art. 83 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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

- 20 - 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). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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). d) Selon le principe

de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231

- 21 - consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). e) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées).

E. 5

Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé

- 22 - ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses

douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

E. 6

a) En l'espèce, le recourant conteste l'évaluation de sa capacité de travail retenue par l'OAI. Dans ses écritures, il évoque une fatigabilité, des maux de tête, de la nuque, des troubles de la mobilité du côté droit ainsi que des troubles neuropsychologiques. Il expose qu'il n'a pas été en mesure de conduire à nouveau, même dans sa vie privée. Le recourant s'appuie sur l'avis de son médecin traitant, le Dr J. _____, ainsi que sur les constatations de troubles neuropsychologiques établies par le W. _____. Le recourant tire également argument de ses difficultés d'ordre social, soit notamment ses faibles capacités d'adaptation, ses problèmes d'organisation, de communication et de flexibilité. Il argue enfin que le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil ne serait pas repris dans les conclusions de l'expertise. b) L'analyse de l'intimé découle principalement de l'expertise multidisciplinaire, dont le rapport date du 11 février 2019 et qui a été menée par des experts indépendants, désignés selon la procédure de l'art. 44 LPGA. Les médecins qui sont intervenus sont spécialisés en psychiatrie, psychothérapie et en neurologie. Un neuropsychologue a également collaboré à l'expertise. Chaque expert a établi un rapport complet, puis ils ont rédigé ensemble un document de synthèse après avoir mené une discussion consensuelle. Les rapports individuels

- 23 - présentés sont complets, en ce qu'ils comprennent des listes des documents médicaux consultés, dont le contenu a ensuite été synthétisé, l'anamnèse détaillée et les plaintes du recourant, depuis sa scolarité, la description d'une journée type, les diagnostics retenus, une évaluation de cohérence, une analyse des ressources, ainsi que l'évaluation motivée de la capacité de travail. Les experts ont chacun examiné le recourant, conformément à leurs domaines de spécialité, et des mesures laboratoires supplémentaires ont été réalisées (test d'Epworth, examen sanguin et monitoring médicamenteux). Les experts ont relevé que l'intervention chirurgicale avait été favorable et que le recourant avait complètement récupéré. Sur le plan neurologique, le Dr Q. _____ a retenu un status après craniotomie frontale gauche avec peu de troubles moteurs objectifs, mais pouvant toutefois entraîner des limitations dans une activité nécessitant une dextérité manuelle importante. De plus, le port de charge de plus 15 kg n'était pas exigible en raison des antécédents de lombalgies chroniques. Le Dr Q. _____ a estimé que la capacité de travail du recourant était complète, théoriquement dans son activité habituelle, de manière plus réaliste dans la pratique, dans une activité adaptée. Le monitoring thérapeutique était dans la norme. Les experts ont constaté une discordance claire entre l'importance des plaintes formulées et l'évolution objectivement favorable de son état sur les plans neuropsychologique et neurochirurgical. Une autre incohérence manifeste résidait dans l'affirmation du recourant, lors de son examen avec le Dr Q. _____, que ses maux de tête avaient disparu depuis la prise du médicament Saroten (soit depuis le mois d'octobre 2017 au moins), alors qu'il avait affirmé le contraire à M. K. _____, à qui il avait indiqué que ses maux de tête étaient la seule raison de son incapacité de travail. Ces éléments laissent transparaître des indices d'une exagération des symptômes, conformément aux principes rappelés ci-avant. Pour sa part, le Dr M. _____ n'a pas observé de trouble cognitif manifeste et il a

considéré que les affections psychiatriques du recourant étaient de peu de sévérité. Sur le plan psychique, le recourant ne présentait pas de limitations fonctionnelles comme chauffeur de taxi et sa capacité de travail était entière. Le questionnaire soumis aux experts contenait les indicateurs posés par le Tribunal fédéral pour les troubles psychiques.

- 24 - Ceux-ci ont pris position sur les facteurs de surcharge ainsi que sur les ressources de l'assuré et ont procédé à un contrôle de cohérence. Le rapport d'expertise du B. _____ constitue ainsi une évaluation globale documentée de la situation. Contrairement à ce que soutient le recourant, les dernières constatations du Service de neuropsychologie du W. _____ ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise. En effet, la Professeure P. _____ ne se prononce ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail du recourant ou sur son aptitude à la conduite de véhicules. Les troubles cognitifs légers retenus avaient été diagnostiqués en août 2016 déjà (rapports du Service de neuropsychologie de H. _____ du 8 août 2016 et de la Professeure P. _____ du 21 novembre 2016). Quoi qu'il en soit, le recourant a, au contraire, montré de meilleures performances sur certains tests, s'agissant de la vitesse de traitement et des troubles attentionnels lors de cet examen. En outre, comme l'a relevé justement le SMR, le recourant a été capable de mener cet examen neuropsychologique à terme, contrairement à ce qui avait été le cas pour celui mené dans le cadre de l'expertise. Rappelons que d'emblée, le recourant avait alors déclaré qu'il ne voyait pas d'utilité à l'examen neuropsychologique de l'expertise et qu'il ne pourrait probablement pas répondre bien longtemps aux tests. Or ni l'expert psychiatre ni l'expert neurologue n'ont observé de signe de fatigue ou d'autres atteintes qui auraient pu expliquer les raisons pour lesquelles le recourant avait mis fin prématurément à l'examen. S'agissant des rapports établis par le Dr J. _____, force est de constater que ceux-ci apparaissent insuffisamment étayés pour jeter le doute sur les conclusions motivées et congruentes des experts du B. _____. En effet, le 18 novembre 2016, le Dr J. _____ écrivait que le recourant avait eu un AVC, ce qui ne ressort ensuite plus de ses rapports postérieurs, ni d'aucun autre document médical d'ailleurs. Il ne mentionnait pas de céphalées ni de troubles neuropsychologiques. Le rapport n'indique en outre pas de limitation fonctionnelle, pas plus que le certificat reçu par l'OAI le 20 octobre 2017, par lequel le médecin a

- 25 - simplement écrit que de telles limitations étaient réservées. Le Dr J. _____ expose dans ce rapport que l'état du recourant s'aggrave, sans autre précision. De plus, le rapport du médecin traitant du 26 novembre 2019 ne mentionne pas non plus d'éventuelles limitations fonctionnelles et ne contient pas de motivation médicale objective soutenant ses conclusions. L'appréciation du Dr J. _____ n'est ainsi pas de nature à remettre en question la qualité de l'expertise du B. _____, compte tenu des critères précités. Sur le plan des difficultés d'ordre social soulevées par le recourant, le rapport d'expertise ne prête pas le flanc à la critique non plus. La journée type du recourant qui a été reconstituée par les experts met en exergue des ressources, par la relation du recourant avec une amie qui l'aide à faire ses courses, l'habitude du recourant de sortir pour prendre des cafés, ainsi que des vacances effectuées récemment au Brésil. L'évaluation consensuelle des experts prend les facteurs de surcharge du recourant en compte, soit sa faible tolérance à la frustration, sa personnalité émotionnellement labile de type borderline, sa faible capacité à la communication, son émotivité, son impulsivité et son trouble de l'adaptation (cf. p. 8 du rapport). Ainsi, ces éléments ont bien été pris en considération par les experts. Au plan de l'aptitude à la conduite, le recourant n'a pas entrepris les démarches administratives

nécessaires pour récupérer son permis professionnel et n'a pas consulté de médecin spécialisé de niveau trois, sans qu'il n'explique ces choix ni que des éléments médicaux au dossier ne les justifient. Cependant, les experts du B. _____ ont retenu dans leur rapport qu'il était plus prudent de faire effectuer une appréciation médico-technique et psychologique du recourant en lien avec la conduite, en situation, avant que son permis de conduire professionnel ne lui soit rendu. La décision de l'OAI retenait, il est vrai, une capacité de travail entière dans l'activité de chauffeur de taxi. Néanmoins, l'OAI a revu cette appréciation dans la réponse au recours, compte tenu du fait qu'en pratique, le recourant n'ayant pas récupéré son permis de conduire professionnel, l'exercice de son activité habituelle était en l'état

- 26 - impossible. L'intimé a alors calculé le degré d'invalidité du recourant, en prenant en considération une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le procès d'intention que le recourant fait aux experts et à l'OAI quant à sa capacité de travail en tant que conducteur de taxi n'est pas pertinent. En effet, les experts ont expliqué, en les motivant, les raisons pour lesquelles le recourant présentait une capacité de travail théorique totale dans son activité habituelle. Ils ont ensuite indiqué qu'il convenait par prudence de confirmer cette aptitude, au vu du comportement du recourant. Puis, les experts ont exposé que, quoi qu'il en soit, le recourant présentait une capacité de travail totale dans toute activité adaptée à ses limitations. Leurs conclusions ne sont dès lors pas contradictoires. S'agissant du diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil, l'on relève que ce sont les examens des experts qui ont permis de soulever cet élément. Le diagnostic est cependant en l'état uniquement suspecté et non confirmé. Les experts en ont tenu compte dans leurs rapports ; le Dr M. _____ a en particulier indiqué qu'un examen du sommeil pouvait éventuellement encore améliorer la capacité de travail du recourant, sur le plan des traitements indiqués et qui sont exigibles. Cet élément ne vient quoi qu'il en soit pas remettre en cause les conclusions des experts. Au surplus et à juste titre, le recourant ne formule aucune critique s'agissant des domaines d'expertise choisis, du déroulement des examens ou de l'évaluation consensuelle. Au vu de ce qui précède, le rapport d'expertise du B. _____ peut se voir accorder une pleine valeur probante, car il en remplit tous les réquisits jurisprudentiels. Les experts sont arrivés de manière consensuelle à des conclusions convaincantes et motivées prenant en compte l'ensemble des atteintes du recourant. c) Etant donné les éléments qui précèdent, on ne voit pas qu'une instruction complémentaire permettrait d'apporter un éclairage

- 27 - nouveau ou différent du cas d'espèce. L'on peut dès lors rejeter la requête tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction supplémentaires, par appréciation anticipée des preuves (ATF 124 V 190 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d). d) Partant, il y a lieu de retenir les conclusions du B. _____, reprises par le SMR et l'intimé, et de considérer que le recourant est doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le mois de novembre 2016.

E. 7

Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté en soi, toutefois il convient de préciser ce qui suit. 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). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16

LPGA et 28a al. 1 LAI). Pour déterminer le revenu sans invalidité, on rappellera qu'il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. 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 posant la présomption qu'il aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. La jurisprudence a admis une exception à ce principe et le recours aux données salariales statistiques notamment lorsque l'assuré n'a plus exercé son activité habituelle depuis longtemps (TF I 636/02 du 15 avril 2003). Pour les personnes de condition indépendante, on peut se référer aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'assurance-vieillesse et survivants (TF 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.2.2 ; 9C_771/2017 du 29 mai 2018 consid. 3.6 ; 9C_153/2020 du

E. 9

octobre 2020 consid. 2). En effet, l'art. 25 al. 1 RAI (règlement du

- 28 - 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'AVS et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité; le parallèle n'a toutefois pas valeur absolue (TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 5.2.1 ; TF 9C_153/2020 du 9 octobre 2020 consid. 2). En l'occurrence, le recourant déclare qu'il effectuait douze heures de travail par jour en tant que chauffeur de taxi indépendant. Son compte individuel révèle qu'il a réalisé un revenu annuel de 41'300 fr. en 2015, ce qui paraît d'emblée relativement faible pour un tel horaire de travail. Globalement, les revenus du recourant depuis le début de son activité indépendante sont comparables à ceux de 2015 (8'991 fr. en 2009, 36'000 fr. en 2010 et 2011, 37'215 fr. en 2012, 42'900 fr. en 2013, 73'465 fr. en 2014). A noter que l'on découvre à la lecture du compte individuel du recourant une activité dépendante en 2014, pour un revenu annuel de 26'065 francs. Le recourant n'a plus eu d'activité lucrative depuis la première moitié de l'année 2016. Compte tenu des principes jurisprudentiels précités, il paraît possible, pour déterminer le revenu sans invalidité, de se référer aux statistiques idoines (ESS 2016), adaptées à un horaire hebdomadaire de 41.7 heures. Au demeurant, cette manière d'établir le revenu sans invalidité est favorable au recourant, le montant retenu s'élevant à 68'855 francs, ce qui est manifestement plus élevé que le dernier revenu annuel du recourant, et même qu'une moyenne sur cinq ans de ses revenus avant 2016. L'OAI s'est basé, à raison, sur le salaire statistique pour les hommes, dans la branche 49-52, qui comprend le transport terrestre, au niveau de compétences 1 ($5'504 / 40 \times 41.7 \times 12 = 68'855$ francs). Le calcul du revenu avec invalidité ne prête pas non plus le flanc à la critique. Il a été établi à l'aide de l'ESS 2016 également, sur la base du salaire des hommes des secteurs 2 et 3, avec le niveau de compétence 1. Le salaire a ensuite été adapté à l'horaire habituel de la branche, sans indexation puisque l'année concernée est celle des statistiques, et enfin l'abattement de 10 % dû aux limitations fonctionnelles du recourant a été appliqué ($[5'340 / 40 \times 41.7 \times 12] - 10 \% = 60'123.06$ francs).

- 29 - Aussi, vu la comparaison entre le revenu sans invalidité (68'855 fr.) et celui d'invalide (60'123.06 fr.), dont il ressort un degré d'invalidité de 12.68 %, c'est à juste titre que l'OAI a refusé l'octroi d'une rente, le seuil de 40 % ouvrant le droit à cette prestation n'étant pas atteint. 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances est

soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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