

VD_GERICHTE ZD21.048004 vom 23. Januar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.048004

FR: VD_GERICHTE ZD21.048004 du 23 janvier 2023

IT: VD_GERICHTE ZD21.048004 del 23 gennaio 2023

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

- 16 - (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.

E. 2

a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 octobre 2020, en particulier le droit à une rente d'invalidité. b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 8 octobre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail

- 17 - qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un

autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). c) 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

- 18 - 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 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan

médical.

- 19 - Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

E. 4

a) En l'espèce, sur le plan somatique, le recourant a présenté à la suite de l'événement accidentel du 21 janvier 2019 une déchirure traumatique subtotale des deux tiers supérieurs du tendon sous-scapulaire avec une rétraction tendineuse jusqu'à mi-tête des fibres profondes ainsi qu'à une déchirure partielle de la face profonde du tiers antérieur du tendon supra-épineux, sans répercussion musculaire. Cette atteinte l'a conduit à subir, le 25 mars 2019, une arthroscopie de l'épaule droite et une ténodèse du long chef du biceps. Vu la persistance des douleurs, un séjour a été organisé durant le mois d'octobre 2019 auprès de la CRR, lors duquel ont été posés les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgies droites, de traumatisme de l'épaule droite, de déchirure subtotale des deux tiers supérieurs du tendon sous-scapulaire droit avec rétraction tendineuse, de déchirure partielle de la face profonde du tiers antérieur du tendon du supra-épineux, de subluxation latérale du long chef du biceps droit, de micro-fissuration du tendon du sous-scapulaire droit au niveau de la suture, de fissurations profondes de la partie moyenne distale du tendon du supra-épineux sans image de fissure transfixiante et d'atrophie légère du tiers supérieur du muscle sous-scapulaire. Dans le cadre de leur appréciation du cas, le Dr T. _____ et la Dre I. _____ du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR ont alors noté que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical, mais qu'elle le serait dans un délai de deux à trois mois. Ils ont en outre fait état d'une discordance entre les plaintes et limitations fonctionnelles et les lésions objectives constatées pendant le séjour. Ils ont également noté que des facteurs contextuels étaient en mesure d'influencer négativement les aptitudes fonctionnelles du recourant, notamment de nombreuses auto-limitations, une focalisation sur la douleur et une perception du handicap fonctionnel majeur. S'agissant de la question de savoir si l'intéressé était

- 20 - susceptible de reprendre une activité, ils ont déclaré que le pronostic de réinsertion dans l'activité de nettoyeur de locaux était actuellement défavorable, mais qu'une tentative de reprise dans cette activité pourrait être tentée. Ils ont en revanche jugé favorable le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (soit l'absence de travail prolongé ou répétitif avec le membre supérieur au-dessus du plan des épaules et de port de charges répété de plus de 10 kg) et ont estimé qu'une pleine capacité de travail était attendue dans une telle activité. Le recourant a ensuite été examiné le 3 juillet 2020 par le Dr V. _____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, qui, dans son rapport du 8 juillet 2020, a constaté que quinze mois après l'opération du 25 mars 2019, la situation médicale était stabilisée. Celui-ci a en outre attesté d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui consistaient en l'absence de travaux au-dessus de l'horizontale, de port de charges supérieures à 20 kg et de mouvements répétitifs du membre supérieur droit. Cette appréciation n'est pas contredite par les autres pièces médicales présentes au dossier. En particulier, dans son rapport reçu le 3 novembre 2020 par l'intimé, le Dr G. _____, médecin traitant du recourant, a mis en évidence les diagnostics de douleurs à l'épaule droite et de scapulalgies droites post-traumatiques ainsi que de status après l'intervention chirurgicale du 25 mars 2019. Il a

également conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'opérateur de machine, mais a indiqué qu'une activité ne nécessitant pas de port de charges et sans sollicitation répétitive du membre supérieur droit pourrait être envisagée. Les amplitudes articulaires mesurées par le Dr G. _____ sont par ailleurs identiques à celles relevées par les autres médecins ayant examiné le recourant. A noter encore que la Dre M. _____ a aussi fait état, dans son rapport du 30 octobre 2020, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ne demandant pas de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de s'accroupir, de se mettre à genoux, de soulever et de porter des charges et de monter sur une échelle ou un échafaudage.

- 21 - Dès lors, il ressort des éléments médicaux susmentionnés que les atteintes somatiques dont se plaint le recourant ne l'entravent pas dans l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par l'intimé. b) A cet égard, le grief du recourant par lequel il reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'atteinte à son épaule gauche, qui est aussi touchée que la droite, n'est pas fondé. En effet, plusieurs pièces au dossier – sur lesquelles l'OAI s'est appuyé pour établir sa décision – se prononcent explicitement sur ce point. Ainsi, le Dr Q. _____ a relevé, dans ses rapports des 18 janvier et 23 février 2021, que les limitations fonctionnelles constatées à l'épaule droite devaient aussi être retenues pour l'épaule gauche. La Dre M. _____ et le Dr X. _____, quant à eux, ont mis en lumière, dans leur rapport du 7 avril 2021, les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps avec une bursite sous-acromiale à l'épaule gauche. Enfin, le Dr Z. _____ du SMR, dans son avis du 20 décembre 2021, a estimé qu'en tenant compte du fait que l'atteinte portait sur les deux épaules, il convenait de relever que les limitations fonctionnelles se rapportaient aux deux bras. Ces dernières n'empêchaient cependant pas l'exercice d'une activité adaptée dans l'industrie légère, sans port de charge lourde ni de travail répétitif des membres supérieurs. Pour le surplus, s'il ressort effectivement de la notice téléphonique de la CNA du 25 mars 2020 que le recourant a glissé sur une plaque d'égout avec réception sur la jambe droite, son épaule droite ayant heurté le sol, on précisera qu'il a été examiné à plusieurs reprises postérieurement à cette chute, en particulier par le Pr. F. _____ en date du 2 juin 2020 et par le Dr V. _____ le 8 juillet 2020. On ne voit dès lors pas quel argument l'assuré entend tirer de ce fait. Concernant l'affirmation selon laquelle la capacité de travail dans une activité adaptée aurait été argumentée « a minima », elle ne peut pas non plus être suivie. Certes, l'intimé s'est fondé sur les éléments d'instruction mis en œuvre par la CNA. Il ne s'est cependant pas limité à

- 22 - ceux-ci et a en particulier interpellé le Dr G. _____, médecin traitant du recourant, et la Dre M. _____, dans le but d'obtenir des informations à ce sujet. L'instruction ne peut partant pas être considérée comme lacunaire et le recourant suivi lorsqu'il affirme que l'intimé s'est fondé sur une « décalcomanie » de l'appréciation de la CNA pour établir sa décision litigieuse. On précisera que l'intimé a défini de manière claire l'activité dont l'exercice pouvait encore être exigée du recourant. On peut notamment lire dans le document du 10 mai 2021 relatif au calcul du salaire exigible que l'intéressé serait en mesure de mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production ou en qualité d'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères. Or, cette description d'une activité adaptée n'est pas en tout point identique au descriptif des tâches que le recourant accomplissait dans le cadre de son

ancienne activité d'opérateur de machine, à savoir assurer la maintenance et l'entretien des machines, de contrôler la production ainsi que de sortir et de classer les lots produits. L'affirmation du recourant selon laquelle cette activité adaptée ressemblerait fortement à son activité habituelle n'est donc pas établie. c) Sur le plan psychiatrique, il est exact que dans le cadre du séjour effectué auprès de la CRR en octobre 2019, la Dre K._____ a fait état, dans son rapport du 5 novembre 2019, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22). Elle a constaté une thymie légèrement abaissée, avec un risque d'épuisement des ressources, dans un contexte d'incertitude lié aux douleurs chez un patient anxieux et a proposé un suivi au recourant. Ce dernier a alors initié une consultation auprès du Dr L._____. Or, dans son rapport à l'intimé du 3 mai 2021, ce psychiatre n'a pas retenu d'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique dans une activité adaptée et a relevé que les limitations fonctionnelles étaient principalement d'ordre somatique, les symptômes dépressifs modérés étant réactionnels et actuellement

- 23 - stabilisés. En présence dès lors d'un rapport signalant une capacité de travail non impactée au niveau psychiatrique, l'OAI n'était pas tenu de mettre en œuvre d'autre mesure d'instruction sur ce point. Le rapport du Dr G._____ du 22 juillet 2021, dans lequel ce dernier a expliqué que l'état psychique du recourant lui apparaissait fragile et était susceptible de s'aggraver en fonction de l'issue de la procédure ne permet pas de parvenir à une autre conclusion, le médecin traitant s'en remettant lui-même à son confrère psychiatre. Certes, le Dr L._____ a noté, dans son rapport du 20 juillet 2021, que l'absence d'évolution favorable des douleurs de l'épaule droite associée à l'apparition de douleurs à l'épaule gauche a eu pour conséquence d'aggraver les symptômes dépressifs du recourant. Le Dr Z._____ du SMR a cependant expliqué de manière convaincante, dans son avis du 20 décembre 2021, que le Dr L._____ n'avait apporté aucun élément médical objectif démontrant une péjoration du trouble dépressif, le tableau décrit entre novembre 2020 et juillet 2021 n'ayant plus évolué et les descriptions cliniques étant identiques. Aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique n'a à cet égard été mentionnée jusqu'en mai 2021 et celles dont il est fait mention en mai 2021 ne sont pas de nature médicale, mais liées à la maîtrise partielle de la langue et à l'absence de qualification. Le psychiatre du SMR a du reste relevé que, dans tous ses rapports, le Dr [...] a toujours déclaré que la capacité de travail était pleine dans une activité adaptée. d) Partant, la situation médicale du recourant se révèle claire au regard de l'ensemble des constatations médicales, cela tant sur le plan somatique que psychiatrique, si bien qu'il ne peut être reproché à l'intimé d'avoir considéré que le recourant était apte à travailler à plein temps dès le 3 juillet 2020 dans une activité adaptée. e) Le recourant fait au demeurant valoir que l'avis du 20 décembre 2021 du Z._____, qui a été produit en cours de procédure de recours, serait tardif et devrait être écarté. Or, comme rappelé ci-dessus (cf. supra consid. 3d), les avis SMR, de par leur nature, n'impliquent pas d'examen clinique, mais ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet

- 24 - et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Telle est ainsi la vocation de l'avis précité, ce dernier opérant effectivement la synthèse des documents présents au dossier. Dans la mesure où il n'est pas sérieusement contredit par d'autres rapports médicaux, il est par conséquent admissible de se fonder sur son contenu dans le cadre de la présente procédure.

E. 5

a) Le recourant critique enfin le calcul auquel a procédé l'intimé pour arrêter son taux d'invalidité. b) 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). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas

- 25 - pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; 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). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). c) En l'occurrence, l'intimé a retenu un revenu sans invalidité d'un montant de 68'923 fr. 58, correspondant au salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées dans le domaine de la production et des services en 2020, à un taux d'activité de 100 %. Or, même s'il s'était fondé sur la moyenne des comptes individuels pour les années 2012 à 2016, de 70'338 fr. 40, indexée à 2020, le revenu sans

- 26 - invalidité se serait élevé à 71'110 francs. Comparé au revenu avec invalidité de 62'031 fr. 22, il en aurait résulté un taux d'invalidité de 12,7%, insuffisant pour ouvrir le droit à la

rente. On relèvera à toutes fins utiles que la CNA a retenu un gain réalisable sans accident de 68'813 fr., montant que le recourant n'a pas remis en cause dans le cadre de son opposition à la décision de l'assureur-accidents. On signalera encore que l'intimé a opéré un abattement de

E. 10

% sur le revenu avec invalidité, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles ainsi que de la nationalité et du permis de séjour. Or, le recourant a acquis la nationalité suisse le 1er septembre 2020, si bien que le taux de cet abattement n'apparaît pas critiquable.

L'argumentation du recourant selon laquelle il pourrait atteindre un degré d'invalidité de 20 %, ce qui devrait lui ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel, n'est de plus pas fondée, dans la mesure où un tel taux n'est pas atteint dans le cas présent. Néanmoins, quand bien même cette éventualité serait réalisée, une telle mesure ne serait pas opportune, étant donné que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (cf. TF 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3). Partant, il apparaît que ce dernier est apte à trouver seul un emploi adapté à son atteinte à la santé.

Au demeurant, le recourant ayant refusé l'aide au placement lors de l'entretien téléphonique du 14 juin 2021 avec l'intimé, il est en tout état de cause douteux qu'il accepte la mise en place d'une autre mesure d'ordre professionnel. 6. Le dossier est pour le reste complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ;

- 27 - 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2). 7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 8 octobre 2021 confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis 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. c) 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). d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-après sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Olivier Carré peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations du 20 octobre 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'265 fr. 55 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) e) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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