

VD_GERICHTE ZD22.015183 vom 26. September 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.015183

FR: VD_GERICHTE ZD22.015183 du 26 septembre 2024

IT: VD_GERICHTE ZD22.015183 del 26 settembre 2024

Erwägungen

E. 3

a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter

- 14 - l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1; 141 V 9 consid. 2.3) c) En l'espèce, il n'est pas contesté qu'un changement important dans l'état de santé du recourant est intervenu si bien que c'est à juste titre que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande formée le 8 février 2018.

E. 4

Dans un premier temps, il convient d'examiner le droit du recourant à une rente d'invalidité, plus particulièrement le taux d'invalidité.

- 15 - a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail 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. 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).

E. 5

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas

- 16 - 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) 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). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par

l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier,

- 17 - dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). d) 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. 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. 6

Le recourant conteste disposer d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée tant qu'il n'a pas bénéficié d'un programme de reconditionnement physique et cardiaque. a) A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état

- 18 - de santé du recourant a fait l'objet d'un examen circonstancié par l'expert spécialiste, l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier et prend en compte les plaintes de l'expertisé. Tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions médicales sont bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) Le recourant ne formule aucune critique au sujet de l'expertise. En particulier, il n'invoque aucun élément qui aurait été ignoré de l'expert, ne prétend pas non plus que l'expertise serait incomplète, pas plus qu'il ne remet en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert. C'est le lieu de rappeler que l'expert a conclu que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, taux qui a été confirmé par le SMR et, à sa suite par l'intimé. Le recourant, isolant quelques phrases issues du rapport d'expertise, soutient que sa capacité de travail serait nulle tant qu'il ne pourrait pas bénéficier d'un programme de restauration fonctionnelle intensif. Toutefois, ce n'est pas le sens à donner au rapport d'expertise. A cet égard, l'expert a effectivement fait état d'un déconditionnement physique et cardiovasculaire. Plus particulièrement, il a souligné que ceux-ci participaient à décompenser les problèmes lombaires du recourant (cf. rapport

d'expertise du 30 septembre 2021 p. 46) et qu'au vu de l'atteinte neurologique chronique et de la situation globale, tant physique que cardiovasculaire, l'activité du recourant était fortement limitée (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2021 p. 47). L'expert a ainsi manifestement tenu compte de ces éléments dans son évaluation de la capacité de travail du recourant lorsqu'il l'a fixée à 50%. Quant au programme de reconditionnement, l'expert a constaté que, sur le plan physiothérapeutique, le recourant n'avait pas bénéficié d'un traitement interdisciplinaire intensif dans le cadre d'un programme rachis. Toutefois, il relève que ce type de programme perd en efficacité avec la durée des symptômes et l'importance du déconditionnement (cf. rapport d'expertise

- 19 - du 30 septembre 2021 p. 47). Par ailleurs, s'il a bien indiqué que la fonction globale pourrait certainement être améliorée par un programme de restauration fonctionnelle de 9 à 12 mois, il a surtout retenu que son impact sur la capacité de travail serait faible (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2021 p. 48). Par ailleurs, l'expert a indiqué que le problème cardio-vasculaire se manifestant par une dyspnée affaiblissait la résistance globale, tout comme l'obésité, la conséquence en étant un allongement du processus de reconditionnement et une limitation des résultats qui pourraient être obtenus (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2021 p. 49). Ainsi, à bien lire le rapport d'expertise, on ne peut en déduire, comme le fait le recourant, que sa capacité de travail serait nulle jusqu'à la mise en place d'un programme de reconditionnement. Bien plutôt, l'expert a relevé, à plusieurs reprises, qu'un tel programme n'aurait qu'un effet limité, en particulier sur la capacité de travail. Par conséquent, l'expert a ainsi tenu compte de l'ensemble des éléments relevés par le recourant lorsqu'il a évalué sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, qu'il a fixée à 50%. c) Le recourant fait valoir que le médecin du X. _____ avait constaté que son état de santé ne permettait pas d'effectuer un stage. Dans la mesure où un stage d'évaluation n'était pas possible en raison de ses limitations fonctionnelles, il ne pourrait en aller autrement s'agissant d'une activité exigible sur le marché du travail. A cet égard, il ressort du rapport de la Dre K. _____ du 25 janvier 2021 que le stage a été reporté « afin que des investigations complémentaires puissent permettre à l'assuré de commencer l'évaluation dans une situation stabilisée (notion de « paralysie » transitoire de l'hémicorps fin 2020, dyspnée/oppression/palpitation aux moindres efforts) » (rapport Dre K. _____ du 25 janvier 2021). Contrairement à ce qu'affirme le recourant, ce ne sont pas ses limitations fonctionnelles qui ont motivé le report de son stage, mais la nécessité de procéder à des investigations supplémentaires quant à son état de santé. Or le recourant a fait l'objet de différentes investigations qui ont abouti, selon rapport du Dr L. _____ du 16 février 2021, au diagnostic de

- 20 - dyspnée sur obésité et déconditionnement à l'effort, sans élément en faveur d'une maladie respiratoire. Par ailleurs, le recourant présentait un SAS de degré léger à modéré avec ronchopathie sévère. Le Dr L. _____ relevait en outre que l'auscultation cardiaque était normale et qu'il n'y avait pas d'adénopathie, d'hippocratisme ou de signe d'insuffisance cardiaque. Pour le surplus, tant le CT-scan abdomino-pelvien du 19 janvier 2021 que la coloscopie du 1er juin 2021 n'ont révélé aucuns autres problèmes médicaux. C'est le lieu de relever que les différents rapports médicaux relatifs à ces examens, tout comme celui de la Dre K. _____, ont été portés à la connaissance de l'expert (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2021, p. 8 et 9). C'est ainsi en connaissance de l'avis de la Dre K. _____ – antérieur à l'expertise et qui ne faisait que constater que des investigations complémentaires devraient être menées – et surtout des résultats des investigations complémentaires menées,

que l'expert a fixé la capacité de travail du recourant à 50% dans une activité adaptée. Le rapport de la Dre K. _____ n'est ainsi pas propre à démontrer, comme le voudrait le recourant, que l'expert aurait ignoré des éléments suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise, en particulier quant au taux de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. d) Le recourant fait grief au SMR de n'avoir pas fait mention de ses difficultés cardio-vasculaires et de son obésité, qui affaiblissent sa résistance globale. Outre que ces deux pathologies sont mentionnées dans le rapport du SMR du 18 octobre 2021, elles sont surtout mentionnées par l'expert, comme déjà relevé supra, qui en a tenu compte dans son évaluation de la capacité de travail résiduelle, si bien que la critique du recourant tombe à faux. e) Le recourant n'élève aucune critique contre la liste des limitations fonctionnelles retenues par l'expert et, à sa suite, par le SMR et l'intimé, qui est étayée et motivée et dont il n'y a donc pas de motifs de s'écarter.

- 21 - f) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, l'intimé était fondé à retenir à la suite de l'expert, que le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. g) Le recourant ne conteste pas non plus l'avis du SMR quant à la date du début de son incapacité de travail durable, qu'il a fixée à septembre 2017 en se fondant sur les différents certificats médicaux, notamment d'arrêts de travail, figurant au dossier, se distanciant de l'expertise qui arrêta, sans véritable explication, le début de l'incapacité à 50%, au 1er août 2018. Au vu de ces éléments, il y a lieu de confirmer que l'incapacité de travail durable a débuté en septembre 2017, comme retenu par le SMR et l'intimé.

E. 7

Le recourant conteste le calcul du taux d'invalidité. a) 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). b) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). c) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de

- 22 - 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). d) 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). Le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré. Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial (TF 8C_679/2020 du 1er juillet 2021 consid. 6.2.1 et les références). e) En résumé, l'intimé a retenu qu'avant l'incapacité de travail à l'origine de la nouvelle demande, le recourant occupait un emploi de magasinier auprès des E. _____ SA à 80%. Son salaire en 2018

- 23 - s'élevait à 47'450 fr. ce qui correspondait à un salaire de 59'312.50 à 100%. Il a retenu ce montant comme revenu sans incapacité. A titre de revenu avec invalidité, il s'est basé sur l'ESS 2018, niveau 1 (salaire mensuel de 5'417 fr.) correspondant à 5'647 fr. 22 pour 41,7 heures de travail hebdomadaire, soit un revenu annuel de 33'883 fr. 34 à 50%. En raison des limitations fonctionnelles et de l'âge du recourant, il a effectué un abattement de 15% sur ce revenu, pour aboutir à un revenu avec incapacité de 28'800 fr. 83 à 50%. Le préjudice économique du recourant s'élevait ainsi à 30'511 fr. 67, équivalent à un degré d'invalidité de 51,44%. Le recourant relève qu'entre le moment de la naissance du droit à la rente en 2018 et le moment où la décision a été rendue en 2022, trois ans se sont écoulés et soutient que, sans atteinte à la santé, son salaire aurait augmenté. Il conteste par ailleurs le taux d'abattement de 15%, prétendant à une déduction de 25%, en raison de ses importantes limitations fonctionnelles. f) A titre liminaire, il convient de souligner que le recourant doit être considéré – comme l'a fait de manière implicite l'intimé – comme actif à 100%. En effet, si le recourant occupait un emploi à 80% avant l'aggravation de son état de santé donnant lieu à la présente procédure, c'est déjà en raison de ses problèmes de santé, comme cela ressort de la décision de l'OAI du 13 février 2012 (cf. supra consid. A. c). Il convient ainsi de retenir que, sans ses problèmes de santé, le recourant occuperait toujours un emploi à 100%. Il y a donc lieu de procéder au calcul du taux d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus. g) Concernant l'année de référence pour la comparaison des revenus, il y a lieu de se fonder sur l'année lors de laquelle le droit à la rente a pris naissance, conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral. A cet égard, le recourant n'expose pas pour quelle raison l'année où la décision a été rendue devrait être retenue, pas plus qu'il n'indique ce qui justifierait de se distancier de la jurisprudence. En l'occurrence, le délai de carence d'une année a débuté en septembre 2017, le recourant a déposé sa demande en février 2018 et le droit à la

- 24 - rente a donc pris naissance à compter du 1er septembre 2018, ce que ne conteste d'ailleurs pas le recourant. C'est donc à bon droit que l'intimé s'est fondé sur les chiffres relatifs à l'année 2018. h) Le recourant ne formule aucun grief quant aux calculs eux-mêmes, tels qu'opérés par l'intimé. S'agissant du salaire sans invalidité, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur le salaire effectivement perçu par le recourant avant son atteinte à la santé en 2018 (47'450 fr.), rapporté à un 100% (59'312 fr. 50). Quant au revenu avec

invalidité, l'intimé l'a établi à juste titre à l'aide de données statistiques, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée. La prise en compte du salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, soit 5'417 fr. conformément à l'ESS 2018 (tableau TA1, niveau de compétence 1), est correcte compte tenu de l'absence de formation professionnelle du recourant et de la typologie des tâches adaptées à ses limitations fonctionnelles. En tenant compte de la moyenne usuelle de travail de 41.7 heures dans les entreprises en 2018, le revenu s'élève, après annualisation, à 67'766 fr 67 pour un 100%, soit 33'883 f. 34 pour un 50%. Le calcul opéré par l'intimé peut ainsi être confirmé.

i) Concernant le taux d'abattement, le recourant fait valoir qu'il aurait dû être fixé à 25% en raison de l'importance de ses limitations fonctionnelles. En premier lieu, il y a lieu de relever que l'intimé, outre les limitations fonctionnelles, a tenu compte de l'âge du recourant dans l'examen du taux d'abattement. Or, conformément à la jurisprudence, l'âge n'a en principe pas d'incidence sur le salaire pour les activités de niveau de compétences 1 (TF 8C_687/2018 du 18 avril 2019 consid. 5.3 et

- 25 - les références citées ; 9C_284/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2.3), si bien que ce critère n'était pas pertinent en l'espèce. Cela étant, une réduction en raison des limitations fonctionnelles n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 6). Or, en l'occurrence, comme l'a retenu l'intimé (cf. calcul du salaire exigible du 20 octobre 2021), il ressort de l'expertise que le recourant n'a pas de limitations fonctionnelles dans le haut du corps. Il pourrait ainsi envisager une reconversion dans l'industrie légère sans port de charge et porte-à-faux importants et mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans 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 (cf. calcul du salaire exigible du 20 octobre 2021). Ces activités simples représentent un éventail large de postes à la portée du recourant, ce qu'il ne conteste d'ailleurs pas. Dès lors, un taux d'abattement de 15% tient largement compte des limitations fonctionnelles du recourant, en particulier l'alternance des positions et son déconditionnement physique, et n'est, par conséquent, pas critiquable. j) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a arrêté le taux d'invalidité du recourant à 51,44%, ouvrant le droit à une demi-rente dès le 1er septembre 2018.

E. 8

Le recourant prétend à l'octroi de mesures d'ordre professionnelle. Dans une argumentation pour le moins confuse, il invoque, tout d'abord, la jurisprudence selon laquelle, en cas de réduction ou de suppression d'une rente d'un assuré de plus de 55 ans, celui-ci a droit à des mesures d'ordre professionnel. Après un exposé de quelques éléments théoriques sur le reclassement, il reprend deux passages de l'expertise relevant qu'il n'a pas bénéficié d'un traitement interdisciplinaire intensif dans le cadre d'un programme rachis et qu'il pourrait bénéficier d'un programme de restauration fonctionnelle et de

- 26 - réentraînement physique. Il en conclut que l'aide au placement est insuffisante et que des mesures d'ordre professionnel auraient dû être examinées par l'intimé. Dans la mesure où le recourant n'était pas bénéficiaire d'une rente avant la décision litigieuse, on ne se trouve manifestement pas dans la situation d'une réduction ou d'une suppression de rente – pas plus que dans celle d'une rente échelonnée d'ailleurs – si bien que la jurisprudence

invoquée par le recourant sur les assurés de plus de 55 ans ne lui est d'aucun secours. Quant à une éventuelle mesure de reclassement, même si la capacité de gain du recourant a diminué de plus de 20%, ce qui pourrait ouvrir le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), il faut constater 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, étant rappelé que le recourant a été mis au bénéfice d'une aide au placement (à laquelle il a volontairement renoncé). Enfin, on ne distingue pas – et le recourant ne l'expose pas – de quelle mesure de réadaptation relèveraient les programmes de réentraînement physiothérapeutique ou de restauration fonctionnelle, auxquels il prétend. Au vu de ces éléments, c'est à bon droit que l'intimé n'a pas examiné plus avant la question des mesures d'ordre professionnel.

E. 9

a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge du recourant, qui succombe.

- 27 - 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).

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