

VD_GERICHTE ZD22.040725 vom 10. Oktober 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-10-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.040725

FR: VD_GERICHTE ZD22.040725 du 10 octobre 2024

IT: VD_GERICHTE ZD22.040725 del 10 ottobre 2024

Erwägungen

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 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.

- 15 - 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). 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, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). c) 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).

- 16 - d) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA). C'est le principe d'uniformité de la notion d'invalidité, lequel règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

E. 5

a) 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

- 17 - 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) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des

résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). 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.

- 18 - 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) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). f) L'appréciation de la capacité de travail relève principalement de la compétence du corps médical (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Le rôle du médecin est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, c'est-à-dire des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (TF 8C_96/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3.1). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré. C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2 ; 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3 ; 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4. 1).

E. 6

a) En l'espèce, l'intimé admet que le recourant s'est retrouvé en incapacité de travail totale à la suite de son accident professionnel, le

- 19 -

E. 9

septembre 2019, lui accordant dès lors une rente limitée dans le temps, du 1er septembre 2020 au 31 décembre 2021. Il n'est par ailleurs pas contesté que l'intéressé n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon, laquelle n'est plus adaptée. En revanche, à la lumière du compte-rendu de la cellule d'échange SMR du 20 mai 2022, établi par la Dre M. _____, s'appuyant lui-même sur le rapport d'examen final de la Dre R. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, et sur les rapports au dossier, l'OAI considère que le recourant a retrouvé une capacité de travail de 100 % dans toute activité adaptée respectant

ses limitations fonctionnelles depuis le

E. 11

octobre 2021, ce que le recourant conteste, soutenant que son état n'est pas stabilisé et que sa capacité de travail est de 50 % au maximum. Le recourant estime par ailleurs que l'intimé ne pouvait pas se contenter des seules conclusions du SMR basées sur celles de la Dre R._____, mais aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Il y a lieu de souligner que le fait pour l'OAI de se fonder essentiellement sur les éléments médicaux rassemblés par la CNA n'est pas critiquable en soi. La seule exigence en matière d'instruction est que l'autorité concernée dispose d'un dossier suffisamment complet pour statuer en pleine connaissance de cause sur le droit aux prestations. En l'occurrence, la principale question à élucider par l'intimé relève de l'éventuelle capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée et la date éventuelle à partir de laquelle cette activité adaptée est exigible. L'instruction conduite par la CNA visant à établir les mêmes éléments, l'OAI était sur le principe, compte tenu de l'uniformité de la notion d'invalidité (cf. consid. 4d supra), fondé à se baser sur les éléments médicaux rassemblés par l'assureur-accidents. Cela étant, avant de statuer sur les droits de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité, l'intimé a bel et bien pris en compte tous les avis médicaux concernant l'ensemble des atteintes qu'il présente. De surcroît, on ajoutera que la Cour de céans, dans un arrêt entré en force, a reconnu une pleine valeur probante à l'appréciation de la

- 20 - médecin d'arrondissement de la CNA, confirmant les diagnostics et limitations fonctionnelles posées par celle-ci (cf. arrêt du 25 mars 2024 en la cause AA 96/22 – 28/2024). b) En l'occurrence, l'accident dont a été victime le recourant le 9 septembre 2019 a été pris en charge par la CNA. L'assuré a ensuite déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 23 mars 2020, qui a fait l'objet d'une instruction en collaboration avec l'assureur-accidents. Les différents rapports médicaux ont été régulièrement communiqués à l'intimé. Le recourant a ainsi séjourné à deux reprises à la Clinique Z._____ en 2020 et en 2021. Les médecins de cette institution ont d'abord – après le premier séjour – retenu un pronostic favorable à la reprise d'une activité adaptée telle que le projet de machiniste alors envisagé par l'assuré. Ensuite, lors de son second séjour, les médecins de la Clinique Z._____ ont dressé les limitations fonctionnelles suivantes : port de charge répétés de plus de 25-30 kg, longs déplacements ou station debout prolongée. A ce moment-là et alors que des ateliers avaient eu lieu lors du séjour, les intervenants de la Clinique Z._____ ont posé le pronostic défavorable de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon, à long terme, mais qu'une réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable et une pleine capacité de travail attendue dans une telle activité (cf. rapports des 24 juin 2020 et 25 août 2021). Lors de son examen de l'assuré du 11 octobre 2021, le Dr P._____ a indiqué que le bilan électrophysiologique n'avait pas changé, avec une persistance de la douleur neuropathique au niveau de la plante du pied gauche ainsi que d'un déficit sensitif à l'examen neurologique, accompagné d'une hyperalgésie. Il constatait ainsi que deux ans après le traumatisme, une modification significative de ce cadre était peu probable. Le cas de l'assuré a en outre été soumis le 22 avril 2021 à la médecin d'arrondissement de la CNA, la Dre R._____, qui l'a également examiné le 15 mars 2022. La Dre R._____ a établi une anamnèse de l'ensemble des rapports médicaux émis par les médecins traitants depuis l'accident du 9 septembre 2019. Elle a posé ses diagnostics et émis son

- 21 - appréciation dans laquelle elle a déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : Pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas d'activités statiques debout, pas de position accroupie ou à genou, pas de montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ou d'échelles d'échafaudage, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas de port de charges en montant ou descendant des escaliers ou lors de déplacements. Elle a enfin estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était attendue sans diminution de rendement. Le rapport de la médecin d'arrondissement de la CNA est ainsi fondé sur un dossier complet et les conclusions, claires et étayées, sont convaincantes. Les conclusions de ce rapport sont par ailleurs concordantes avec celles des médecins de la Clinique Z._____, qui avaient déjà retenu des limitations fonctionnelles similaires. Quant à la Dre S._____, médecin traitante, elle ne s'est, avant la procédure judiciaire, pas prononcée sur la capacité de travail du recourant, se contentant d'établir de simples certificats d'arrêt de travail non motivés qui ne sauraient constituer des pièces suffisantes pour remettre en cause les rapports des médecins de la Clinique Z._____ et de la Dre R._____. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'intimé a rendu sa décision en se fondant sur un avis du SMR reprenant les conclusions de l'examen complet et probant de la médecin d'arrondissement de la CNA, dont les appréciations concordent au demeurant avec celles des médecins de la Clinique Z._____, où l'assuré a séjourné à deux reprises, ainsi que celles du Dr P._____ et qui a au demeurant été confirmée par une décision de justice entrée en force. La critique du recourant selon laquelle l'intimé ne pouvait pas se contenter de l'avis SMR renvoyant à l'examen de la Dre R._____ ne saurait ainsi être suivie. A cet égard, on rappellera que les avis SMR opèrent une synthèse de la documentation médicale à disposition et ne sont pas dénués de valeur probante. Ils peuvent servir de socle à l'appréciation de l'administration ou du tribunal pour autant que leur fiabilité ne soit pas mise en doute (cf. consid. 5d supra), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Au

- 22 - vu des documents à sa disposition, la mise en œuvre d'une expertise était superfétatoire et l'argument du recourant tombe dès lors à faux. c) Le recourant fait cependant valoir que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'est que de 50 % au maximum, en se référant aux rapports des 19 octobre 2022 et 21 mars 2023 de sa médecin traitante. En l'occurrence, les rapports de la Dre S._____ ne sont d'aucun secours au recourant. En effet, dans son rapport du 19 octobre 2022, la médecin traitante s'est limitée à reprendre les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI et a estimé une capacité de travail de 40 % dans un poste adapté, sans motivation de son appréciation divergente. Quant au rapport du 21 mars 2023, ce document ne retient aucun élément nouveau depuis la décision litigieuse. En se fondant sur des limitations fonctionnelles toujours identiques à celles prises en compte par l'intimé, la médecin traitante confirme retenir pour sa part une capacité résiduelle de travail du recourant de 40 à 50 % dans une activité adaptée aux restrictions. L'avis de la Dre S._____ paraît procéder d'une appréciation divergente d'un même état de fait clairement établi sur le plan médical, mais sans avoir effectué un examen clinique, ni pris en considération la nécessité d'une approche globale et circonstanciée du cas. En tout état de cause, faute de motivation, la Dre S._____ n'objective pas son appréciation divergente de la capacité de travail résiduelle de son patient. De manière plus générale, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à se montrer favorable envers son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de

confiance qui l'unit à ce dernier (cf. consid. 5e supra). Dans ses écritures, le recourant fait valoir que la Dre S. _____ continue de lui signer des attestations d'arrêt de travail compte tenu des limitations fonctionnelles dont il souffre. Il n'expose cependant pas quelle limitation aurait été erronément écartée, se référant de manière générale à ses limitations fonctionnelles et déclarant que les limitations basées sur

- 23 - le dossier de l'assurance-accident ont été « minimisées ». Il s'agit là également de son appréciation personnelle de sa capacité de travail résiduelle, sur la base d'un état de fait identique. Dès lors que les médecins de la Clinique Z. _____ – après avoir pu examiner et observer l'assuré dans des ateliers et sur une durée continue de près d'un mois – et, après eux, la Dre R. _____, ont déterminé une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, on ne voit ainsi pas quelle limitation aurait été omise par l'intimé. Par ailleurs, en évoquant un échec lors d'un stage de « caissier », cette simple affirmation du recourant, au demeurant non étayée quant aux motifs, ne saurait remettre en cause les évaluations médicales de la capacité de travail, l'appréciation de la capacité de travail résiduelle étant une appréciation qui relève en premier lieu des médecins. On relève au surplus qu'un tel poste ne paraît d'emblée pas adapté aux limitations fonctionnelles retenues quant à l'alternance des positions assis/debout, ce qui a possiblement conduit à cet échec. On relèvera encore que les limitations fonctionnelles retenues permettent d'envisager de nombreuses activités adaptées, même si l'activité habituelle doit être abandonnée. A ce sujet, on ignore pour quelle raison le projet initial de l'assuré de se former à la fonction de machiniste a échoué, respectivement a été abandonné, et si cette activité correspondait à ses limitations fonctionnelles. d) En conclusion, il y a lieu de retenir que le recourant bénéficie, dès le 11 octobre 2021, d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas d'activités statiques debout, pas de position accroupie ou à genou, pas de montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ou d'échelles d'échafaudage, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas de port de charges en montant ou descendant des escaliers ou lors de déplacements, alternance des positions assis/debout).

- 24 - Par ailleurs, même si la décision attaquée se fonde sur un dossier médical essentiellement bâti par l'assureur-accidents, alors qu'aucun examen clinique ni aucune expertise indépendante n'ont été diligentés par le SMR, les constatations de la Dre R. _____ s'avèrent complètes, claires, motivées et ne sont mises en doute par aucun élément au dossier, pas même par les rapports de la médecin traitante, la Dre S. _____. Les rapports de cette dernière échouent par ailleurs à démontrer une péjoration des limitations fonctionnelles de l'assuré. Enfin, les constatations de la Dre R. _____ ont été confirmées par un arrêt de la Cour de céans entré en force (cf. consid. 7 de l'arrêt du 25 mars 2024 dans la cause AA 96/22 – 28/2024). 7. La question de la capacité de travail résiduelle étant tranchée, il convient d'examiner le dossier sous l'angle économique et de déterminer le revenu avec invalidité et, partant, si le recourant a droit à une rente d'invalidité. a) aa) 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). bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des

- 25 - exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). 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). 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). cc) 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).

- 26 - b) En l'espèce, le recourant n'a pas contesté la méthode choisie, ni le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Il se limite à affirmer sans argument que le revenu d'invalidité est « surestimé » et que ses stages ont permis de constater qu'une capacité de travail de 50 % au maximum était réalisable. aa) Sur le taux d'activité, ainsi qu'il a été vu, il appartient aux médecins de le fixer, les stages permettant à titre d'indice, de renseigner lesdits médecins étant précisé qu'un échec pratique n'a pas nécessairement une origine médicale mais peut aussi survenir en raison d'un déconditionnement ou d'autres facteurs étrangers aux raisons indemnisables par la LAI, voire d'une activité non adaptée. bb) Les montants retenus par l'intimé, à savoir 73'600 fr. 32 à titre de revenu sans invalidité et de 62'527 fr. 47 de revenu avec invalidité, entraînant un taux d'invalidité de 15.05 %, vérifiés d'office, appellent les considérations qui suivent. aaa) S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI a retenu un montant de 73'600 fr. 32, sur la base du « salaire 2017-2018 indexé à 2021 » (cf. « IP – Calcul du salaire exigible » du 2 juin 2021), sans aucun autre détail au dossier quant au calcul aboutissant à ce montant. Or en prenant en compte la moyenne des

revenus inscrits au compte individuel AVS de l'assuré en 2017 et 2018, à savoir 70'816 fr. 50 (71'434 fr. + 70'199 fr. ÷ 2) et en l'actualisant à l'année 2021 (année d'ouverture de l'éventuel droit à la rente) au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1942-2023) », l'OAI devait aboutir, étant donné une indexation de 0.9 % en 2019, 0.8 % en 2020 et -0.7 % en 2021, à un revenu sans invalidité déterminant de 71'521 fr. 30. Pour le reste, ce montant n'apparaît pas critiquable dans la mesure où il est supérieur à celui communiqué par l'employeur X. _____ SA aux termes du rapport employeur complété le 6 mai 2020.

- 27 - bbb) Pour fixer le revenu d'invalidité, l'intimé s'est fondé sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (ESS), éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), à savoir un montant mensuel de 5'417 francs. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, l'intimé l'a dès lors adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2018, à savoir 41,7 heures, dont il résulte un salaire brut annuel de 67'766 fr. 67. Dans son calcul, l'OAI aurait toutefois dû tenir compte d'une indexation de -0.7 % en 2021 et non de 0.8 %, ce chiffre étant déjà publié au moment de la décision litigieuse le 8 septembre 2022. Dès lors, après adaptation à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes des années 2019 (+ 0,9 %), 2020 (+ 0,8 %) et 2021 (-0.7 %), l'OAI devait arriver à un revenu annuel brut statistique de 68'441 fr. 10. Afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, l'intimée a pris en compte un abattement supplémentaire de 10 % - qui ne prête pas le flanc à la critique –, ce qui conduit au salaire exigible final de 61'597 francs. ccc) Partant, en retenant un revenu de valide de 71'521 fr. 30 et après comparaison avec le revenu d'invalidité de 61'597 fr., il en résulte un préjudice économique de 9'924 fr. 30 (71'521 fr. 30 – 61'597 fr.), ce qui correspond à un degré d'invalidité de 13.87 % (9'924 fr. 30 ÷ 71'521 fr. 30). c) En définitive, un taux d'invalidité de 13.87 % est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI) et l'intimé était dès lors fondé à supprimer la rente d'invalidité du recourant après le 31 décembre 2021, trois mois après qu'il ait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (art. 17 al. 1 LPGA et 88a al. 1 RAI). 8. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction, singulièrement la mise en œuvre d'une expertise judiciaire apparaît inutile car les

- 28 - renseignements médicaux pertinents et nécessaires figurent au dossier, de sorte que la requête formulée en ce sens par le recourant dans ses écritures doit être rejetée.

L'instruction ayant été menée de manière complète par l'OAI qui a pris le soin de se renseigner auprès des autres assureurs sociaux, de l'ensemble des médecins, sur l'ensemble des atteintes à la santé du recourant pouvant induire des limitations fonctionnelles, il est possible de statuer en l'état du dossier par appréciation (anticipée) des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Au demeurant, on rappelle que le recourant n'a critiqué aucun diagnostic, n'a critiqué qu'abstraitement les limitations fonctionnelles retenues, en sorte qu'on ne perçoit pas quel aspect nécessiterait d'être davantage instruit. Enfin, aucune pièce produite ne permet de douter des conclusions du SMR suivies par l'OAI, en sorte qu'un examen supplémentaire ne serait pas de nature à influencer le sort de la cause. 9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la

décision rendue le 8 septembre 2022 par l'OAI confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations 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. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les imputer au recourant, qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisque l'intéressé a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 18 novembre 2022. 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) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Munoz peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il y a lieu de fixer en équité, au montant forfaitaire de 2'000 fr. (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur

- 29 - l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) débours et TVA compris. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il 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.