

VD_GERICHTE ZD22.052573 vom 5. Juli 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-07-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.052573

FR: VD_GERICHTE ZD22.052573 du 5 juillet 2023

IT: VD_GERICHTE ZD22.052573 del 5 luglio 2023

Erwägungen

E. 3

Dans un grief formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, d'une part, parce que la décision attaquée serait insuffisamment motivée quant au rejet de l'appréciation du Dr T. _____ et, d'autre part, au motif que son dossier n'aurait pas été instruit à satisfaction. a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur

- 18 - lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend également le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). b) En l'occurrence, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé. En effet, la motivation de la décision du 29 novembre 2022 permet aisément de comprendre quels éléments ont été retenus par

l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. Ainsi, il a retenu, en se fondant sur les conclusions

- 19 - du médecin-conseil de la CNA, que le recourant ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité et qu'aucun élément médical objectif n'établissait que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles fût limitée. Comme l'a mis en évidence la jurisprudence, il suffit que la décision mentionne, au moins brièvement, les motifs qui ont guidé l'autorité et sur lesquels elle a fondé sa décision de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause, ce qui est le cas en l'espèce. En réalité, en tant que le recourant reproche à l'office intimé de n'avoir pas motivé de manière suffisamment intelligible son refus de rente, le grief se confond avec celui d'arbitraire dans la constatation des faits et l'appréciation des preuves, tout comme le grief relatif à l'allégation d'un défaut d'instruction dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves. Ces arguments seront donc examinés avec le fond du litige.

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. 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

- 20 - 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 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) 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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 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

- 21 - 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) 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 asséculo-logique. 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). d) 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). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

- 22 -

E. 6

a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de monteur sanitaire. Se pose dès lors la question de savoir s'il présente une capacité résiduelle dans une activité adaptée et de quel degré. A cet égard, l'OAI s'est fondé sur le rapport du 11 mars 2022 du DrJ._____ pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : port de charges répété de plus de 15 à 25 kg. L'intimé a principalement fondé son appréciation sur la base du dossier constitué par la CNA qui a procédé à l'essentiel de l'instruction de la cause. Cette façon de faire n'est pas contestable en l'occurrence et n'est au demeurant pas critiquée par le recourant. Ce dernier met en revanche en doute la force

probante du rapport précité du Dr J. _____, ainsi que celle du rapport de la Clinique R. _____ du 30 juillet 2021 sur lequel se base le Dr J. _____. b) L'appréciation du Dr J. _____ du 11 mars 2022 tient compte de l'ensemble de l'anamnèse, repose sur un examen clinique, prend en compte les plaintes du recourant ainsi que les IRM et ultrasons versés jusqu'alors au dossier de sorte qu'il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il a retenu comme diagnostics une rupture de l'insertion distale du tendon du biceps brachial droit et notion de neurapraxie du nerf radial postopératoire sans précision. Il a constaté que la musculature au niveau des épaules était importante et symétrique et qu'il y avait étonnamment un tremblement au biceps gauche lors d'une contraction des biceps de façon bilatérale. Il a retenu qu'il y avait objectivement une diminution de la force du membre supérieur droit avec un ralentissement des mouvements, mais néanmoins conservée et qu'il y avait une amyotrophie musculaire du membre supérieur droit vis-à-vis du gauche mais qu'il persistait une musculature importante à droite avec un flexum de 15 degrés du coude droit. Sur le plan médical, ne constatant plus d'amélioration, il fallait retenir les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges répété de plus de 15 à 25 kg.

- 23 - Cette appréciation est confirmée par celle des médecins de la Clinique R. _____ qui ont évoqué une stabilisation médicale dans un délai de 1 à 2 mois depuis le 30 juillet 2021 et un pronostic de retour dans une activité respectant les limitations du recourant favorable à 100 % tout en précisant que la situation était pratiquement stabilisée d'un point de vue médical (cf. p. 5 du rapport du 30 juillet 2021). c) Aucun élément du dossier ne vient contredire de manière convaincante l'analyse et les conclusions du Dr J. _____. D'une part, le rapport du 9 février 2022 du Dr O. _____ n'est d'aucun secours au recourant dans la mesure où ce médecin a attesté une incapacité de travail depuis le 7 octobre 2022, alors qu'il s'agit vraisemblablement du 7 octobre 2020 et sans avoir même revu l'assuré depuis 2012. D'autre part, les rapports du Dr T. _____ ne se prononcent pas sur la capacité résiduelle de travail du recourant suite à l'accident du 6 octobre 2020 (cf. rapports des 5 mai et 4 novembre 2021 et correspondances des 22 septembre 2021, 13, 19 et 25 mai et 6 juillet 2022), sauf dans son certificat du 3 juin 2022 dans lequel il a attesté une capacité de travail entière dans une activité adaptée. S'agissant de la capacité de port de charges du recourant, on peut déjà relever qu'elle fluctue au gré des rapports du Dr T. _____ (5 kg dans son courriel du 22 septembre 2021, 5 à 10 kg dans son courrier du 13 mai 2022, puis à nouveau 5 kg dans son courrier du 25 mai 2022). Ensuite, on ne peut que constater que les conclusions des rapports du Dr T. _____ ne reposent que sur les seules allégations du recourant, le médecin ne rapportant pas d'éléments objectifs ressortant d'un examen clinique confirmant le propos de son patient. Or, tant les médecins de la Clinique R. _____ que le Dr J. _____ ont relevé l'existence d'incohérences ainsi que le fait que le recourant sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles. Ainsi, les médecins de la Clinique R. _____ ont noté des incohérences par rapport aux performances obtenues lors des tests réalisés en comparaison avec d'autres thérapies (cf. p. 5 du rapport du 30 juillet 2021 et p. 7 du rapport de la phase initiale du 29 juin 2021), ont relevé que la force de la main droite au jamar était trop basse

- 24 - pour que cela trouve une justification médicale (cf. p. 5 du rapport du 30 juillet 2021) et ont conclu à des autolimitations reflétant finalement seulement le niveau d'effort auquel le recourant avait bien voulu consentir (cf. p. 1 de l'évaluation des capacités fonctionnelles du 4 août 2021, p. 5 du rapport du 30 juillet 2021 et p. 7 du rapport de la phase initiale du 29 juin 2021). A cet égard, le rapport de physiothérapie du 30 juillet 2021 mentionne que le

recourant se montrait compliant en thérapie mais devenait de plus en plus démonstratif en thérapie individuelle, moins actif en thérapie de groupe et peu motivé en fin de semaine avec des absences annoncées lors des groupes en particulier le vendredi. Le Dr W. _____ et le maître socio-professionnel Q. _____ ont évalué avec réserve le comportement au travail du recourant concernant la collaboration et l'investissement lors des tests standardisés et des activités (p. 5 du rapport de la phase initiale du 29 juin 2021). On doit ainsi constater que les différents intervenants ont tous indiqué un problème dans le comportement du recourant, notamment en lien avec sa motivation. A cet égard, on peut relever la manière quelque peu cavalière du recourant de mettre fin à la mesure de détection précoce mise en place auprès de la Fondation [...] (cf. rapport du 1er mars 2022). On relèvera ici que le Tribunal fédéral considère que des circonstances indiquant une exagération (telles qu'une amplification des symptômes ou un caractère revendicateur) constituent un élément décisif pour évaluer la pertinence du diagnostic ; les experts sont ainsi fondés, sans s'exposer à un reproche de prévention, à examiner les déclarations de l'assuré sous cet angle, afin d'en tirer des conclusions quant au caractère invalidant du trouble analysé (TF 9C_179/2022 du 24 août 2022 consid. 6.2 et les références citées). Ces considérations sont également valables en cas d'autolimitation, laquelle doit être identifiée afin de déterminer l'influence des atteintes à la santé sur la capacité de travail d'un assuré. C'est ainsi à juste titre que les médecins de la Clinique R. _____ ont tenu compte de l'existence d'autolimitation de la part du recourant pour poser leurs conclusions. La prise en compte d'autolimitation est d'autant plus justifiée que les différentes imageries n'ont rien relevé de concluant. A cet égard, le Dr J. _____ a relevé que, comme le neurologue et l'ergothérapeute, il ne comprenait pas la perte importante de force du membre supérieur droit

- 25 - qui atteignait même l'épaule alors que l'IRM du 19 avril 2021 n'avait pas montré de dégénérescence musculaire (cf. courriel du 1er avril 2021 de l'ergothérapeute, rapport du 13 septembre 2021 de la Dre D. _____ et p. 5 du rapport du 11 mars 2022). On peut d'ailleurs mentionner que le Dr T. _____ lui-même a relevé que l'IRM était négative (cf. rapport du 5 mai 2021 et courriel du 22 septembre 2021), ce qui a été confirmé par la Dre D. _____ qui a indiqué que s'il y avait une atteinte sensitive en rapport avec une lésion lors de l'intervention chirurgicale du nerf latéral cutané antébrachial droit et du nerf interosseux postérieur droit, cette atteinte nerveuse n'expliquait pas la faiblesse persistante du recourant qui n'était apparemment pas due à une lésion nerveuse. Enfin, on constatera que, contrairement à ce que soutient le recourant, l'appréciation des médecins de la Clinique R. _____ n'est pas vague mais basée non seulement sur les observations et constatations des différents intervenants (physiothérapeute, ergothérapeute, ateliers professionnels, etc.) mais également sur l'ensemble des éléments du dossier, notamment les antécédents médicaux du recourant, les différentes imageries effectuées ainsi que sur leurs propres observations. En définitive, force est de constater qu'aucun élément objectif ou clinique ne vient objectiver un port de charge inférieur à celui fixé par le Dr J. _____ et les médecins de la Clinique R. _____. Ainsi, les éléments médicaux au dossier ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du médecin d'arrondissement. Si l'on devait tout de même prendre en compte les limitations fonctionnelles décrites par le Dr T. _____ (port de maximum 5-10 kg, respectivement de maximum 5 kg de manière occasionnel et sans mouvement répétitif), force est de constater que les activités suggérées par l'OAI, à savoir 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 comme opérateur sur machines conventionnelles [perçage, fraisage, taraudage et autres]) pourraient également être envisagées dès lors que

- 26 - celles-ci ne demandent aucun port de charge, ni mouvement répétitif (cf. REA – rapport final du 2 février 2023).

E. 7

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) 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). c) aa) 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). bb) 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

- 27 - 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). d) C'est le lieu de rappeler que l'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance- invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et

intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

E. 8

a) En l'espèce, aucun rapport médical ne s'inscrit en faux contre le constat du 11 mars 2022 opéré par le Dr J. _____ de la capacité du recourant d'exercer à 100 % une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'entraînent les lésions à son membre supérieur droit (cf. consid. 6 supra). Les limitations fonctionnelles du recourant ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large

- 28 - éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). Le recourant n'apporte du reste aucun élément permettant de s'écarter de ce constat. b) S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant allègue que l'intimé n'a pas pris en compte les bonnes données relatives au salaire. L'intimé, tant dans son calcul du 18 mars 2022 que dans celui du 2 février 2023, a tenu compte d'un salaire horaire de 32 fr. multiplié par 41 heures 25 et par 4.35, soit 52 semaines divisées par 12 mois (pour tenir compte des vacances), le tout multiplié par 13 mois (pour tenir compte du 13e salaire). Ainsi, il faut constater que l'intimé a pris en compte tant les vacances que le 13e salaire. C'est donc à tort que le recourant soutient que l'intimé n'aurait pas tenu compte du salaire afférent aux vacances et que c'est également à tort que le recourant procède à un calcul tenant compte d'un montant de $[32 + 3.4 + 2.95] \times 41.25 \times 52$ qui reviendrait à tenir compte deux fois des vacances. En revanche, tant le recourant que l'intimé n'ont pas tenu compte du montant horaire de 32 fr. 30 tel qu'il ressort du courriel du 7 octobre 2022 de l'employeur. En définitive, le revenu sans invalidité doit être fixé à $(32.30 \times 41.25 \times [52/12] \times 13 =) 75'057$ fr. 12. c) S'agissant du revenu d'invalidité, le recourant ne critique pas le calcul effectué sur la base de l'ESS, qui peut effectivement être confirmé. Il estime en revanche qu'un abattement d'au moins 5 % doit être effectué sur les valeurs statistiques afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles qui impliquent une activité à taux réduit, partant un salaire réduit, dès lors que seule une activité avec un port de charge occasionnel pourrait être requis. La question de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée ayant été analysée ci-dessus (cf. consid. 6 supra), il conviendrait d'arrêter le revenu d'invalidité en tenant compte d'une pleine capacité de travail. L'intimé ayant cependant tenu compte d'un abattement de 5 % dans le calcul du salaire exigible du 2 février 2023, on ne voit pas de motif de s'écarter de ce calcul. Aussi, le revenu d'invalidité

- 29 - de 66'001 fr. 22 (montant qui intègre un abattement de 5 % et une indexation pour les années 2019, 2020 et 2021) peut être confirmé. d) En comparant un revenu sans invalidité de 75'057 fr. 12 avec un revenu d'invalidité de 66'001 fr. 22, il en résulte un degré d'invalidité de 12.07 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28b LAI). On relèvera du reste que, même en retenant un taux d'abattement éventuel de 10 %, le droit du recourant à une rente ne s'en trouverait pas modifié, le taux d'invalidité se montant alors à 16.69 % $[75'057 \text{ fr. } 12 - 62'527 \text{ fr. } 50 = 12'529 \text{ fr. } 62]$

E. 9

Le recourant réclame encore un droit au reclassement. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation

pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). b) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

- 30 - c) Selon l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré en incapacité de travail (art. 6 LPGa) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien pour rechercher un emploi approprié ou, s'il en a déjà un, pour le conserver. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (TF 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4). d) A la lumière de ce qui précède, l'intimé a à juste titre nié le droit du recourant à un reclassement, l'intéressé ne remplissant en effet pas les conditions minimales permettant l'octroi de cette première mesure étant donné qu'il ne subit pas une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20 % ou plus (cf. consid. 8 supra). En outre, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, il existe au demeurant un nombre d'activités considérables qui demeurent accessibles à lui, sans reclassement. S'agissant d'une aide au placement, l'intimé a, dans son rapport final du 2 février 2023 indiqué que celle-ci pouvait être proposée pour autant que le recourant soit preneur. Il lui est dès lors loisible de se manifester auprès de l'intimé pour en bénéficier.

E. 10

Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions de la Clinique R._____ et du Dr J._____ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le - 31 - recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superflue (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

E. 11

a) En définitive, le recours, mal fondé, 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

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 du recourant, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Son conseil d'office a droit à une rémunération équitable (art. 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Celui-ci a produit une liste d'opérations en date du 8 mai 2023 qui fait état de 5 heures 05 consacrées à la présente procédure. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr., l'indemnité de Me Scuderi doit être arrêtée à 915 fr., montant auquel il convient d'ajouter les débours par 45 fr. 75 (915 fr. x 5 % [et non pas 2 % comme retenu à tort par Me Scuderi, cf. art. 3 al. 3bis RAJ (règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3)]) ainsi qu'une TVA à 7,7 % sur l'ensemble, soit 74 fr. (960 fr. 75 x 7,7 %), pour un total de 1'034 fr. 75 (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables

- 32 - 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.