

## **VD\_GERICHTE ZD24.025973 vom 27. Januar 2025**

VD Tribunal cantonal, 2025-01-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD24.025973](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.025973)

FR: VD\_GERICHTE ZD24.025973 du 27 janvier 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD24.025973 del 27 gennaio 2025

### **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

- 19 - 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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). 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 (art. 29 al. 1 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

- 20 - 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 LPG), 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.

#### **E. 5.1**

; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Cela étant, 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, 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). Pour remettre en cause la valeur probante d'une

- 21 - 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) 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). e) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la

décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation

- 22 - antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

## **E. 6**

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

## **E. 7**

novembre 2022, mentionnant le diagnostic du TOS (cf. annexe 5 du rapport d'expertise intitulée « Synthèse du dossier », pp. 38 et ss). On observera ici que le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'a, pour sa part, pas posé le diagnostic du TOS dans son rapport du 5 mai 2021. Quant au problème de contracture musculaire, le recourant s'est référé au rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 15 septembre 2023, selon lequel aucun des experts n'avaient évalué la musculature cervicale, ni celle au niveau du tronc, alors qu'il s'agissait d'un facteur d'importance. En l'occurrence, les experts ont retenu un très léger syndrome cervical et un syndrome lombaire et rachidien. En outre, l'expert en neurologie a mentionné une nuque souple, en rotation à 80° des deux côtés, flexion- extension peu limitée, palpations interscapulaires et dorsale modérément sensibles (p. 14 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). L'examen clinique n'a mis en évidence que des atteintes dégénératives modérées cervicale et lombaire avec un bon maintien des amplitudes et sans aucun signe neurologique (p. 35 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). On notera, pour le surplus, que les experts W. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ ont indiqué que le recourant avait pu rester assis sans changer de position

- 27 - pendant plus d'une heure lors de la consultation, alors même que le Dr G. \_\_\_\_\_ avait mentionné une réduction de force et d'endurance quant au maintien de positions assis ou debout (p. 9 et p. 21 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023 et p. 3 du rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 15 septembre 2023). d) S'agissant du volet rhumatologique, le recourant a fait valoir que l'expert rhumatologue avait conclu au diagnostic de fibromyalgie, sans l'évaluer sur la base des critères actuels. Si l'expert N. \_\_\_\_\_ semble en effet s'être basé sur d'anciens critères pour évaluer le diagnostic de fibromyalgie, il n'en demeure pas moins qu'il a effectivement retenu ce diagnostic. On ne voit dès lors pas ce que le recourant entendait contester en invoquant l'utilisation des anciens critères. Quant au Dr G. \_\_\_\_\_, qui a soulevé le fait que ce diagnostic n'avait pas été posé selon les critères de Wolfe & CO, il n'a cependant pas explicité en quoi cette manière d'évaluer le diagnostic de fibromyalgie

avait un impact sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant (cf. p. 4 du rapport du 15 septembre 2023). On notera ici que les constatations faites par l'expert rhumatologue lors de son examen se rapprochent de celles mentionnées par le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 novembre 2022. En effet, l'expert N. \_\_\_\_\_ a constaté, concernant le rachis, une distance menton-sternum à 3 cm et une rotation du rachis cervical à 75° des deux côtés. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a, pour sa part, relevé une rotation droite-gauche 70-0-70° et une distance menton-sternum 2,5 cm- 20 cm. Pour les épaules, l'expert a constaté une rotation externe de 90° (cf. p. 33 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023) et le Dr G. \_\_\_\_\_ de 150-0-0°. L'expert a trouvé une flexion des coudes à 160° et une pronosupination normale et indolore. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a mentionné une flexion-extension 150-0-0° et une pronosupination 85-0-85°. Pour les hanches, l'expert a noté une rotation externe à 75°, une rotation interne à 30°, l'abduction à 75° et l'adduction à 30° (cf. p. 34 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). Le Dr G. \_\_\_\_\_, quant à lui, a relevé une flexion- extension 110-0-110° des deux côtés et des abduction-adduction 45-0-10°. Les constatations de l'expert rhumatologue ne sauraient dès lors être remises en cause, ce que le Dr G. \_\_\_\_\_ n'a, au demeurant, pas fait, se

- 28 - limitant à faire valoir l'absence de certains diagnostics et leur répercussion sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant. e) Le recourant a encore soulevé le fait que les experts n'avaient pas pris en compte leurs propres diagnostics par rapport à ses limitations fonctionnelles. aa) L'expert de médecine interne n'a posé aucun diagnostic incapacitant, retenant uniquement les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de surcharge pondérale et de syndrome d'hypopnées positionnel en décubitus dorsal, disparaissant en décubitus latéral avec absence de retentissement sur la saturation en oxygène. Il a, en outre, précisé qu'il n'y avait pas d'incohérence au niveau de la médecine interne générale vu que les problèmes internistes n'avaient pas d'incidence sur la capacité professionnelle du recourant et qu'il n'y avait pas de perte fonctionnelle, ni de limitation au niveau de la médecine interne générale (p. 10 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). Quant à l'expert en neurologie, il a indiqué qu'il n'y avait pas de diagnostic neurologique et que les troubles sensitifs à type de picotement et sensations d'aiguilles n'avaient pas de corrélation anatomique. Ainsi, il paraissait difficile d'établir, d'un point de vue strictement neurologique, une cohérence entre les plaintes de l'expertisé et une atteinte neurologique qui, au final, n'existait pas (p. 15 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). Les deux experts ont attesté une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle. bb) Seul l'expert rhumatologue a retenu des limitations fonctionnelles, à savoir pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux prolongés du buste, port de charges proche du corps limité à 10 kg, pas d'effort de préhension et de pronosupination forcé des deux mains et éviter les positions en abduction prolongée au-delà de la ligne des épaules et du membre supérieur droit (p. 4 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). Or il ne ressort pas des rapports des médecins traitants d'autres limitations fonctionnelles, qui

- 29 - n'auraient pas été prises en compte par les experts. En effet, le Dr G. \_\_\_\_\_ a indiqué, dans ses rapports des 7 novembre 2022 et 15 septembre 2023, les limitations fonctionnelles suivantes : un manque d'endurance global et en particulier du tronc et de la nuque (éviter le maintien prolongé de la position assis/debout et la position en porte-à-faux ou torsion du torse), éviter les mouvements répétitifs avec les membres supérieurs ainsi que l'absence d'activités au-dessus du niveau des épaules, les ports de charges au-delà d'env. 5

kg occasionnellement, les accroupissements, agenouillements, montées ou descentes de pentes ou d'escaliers fréquentes. Quant à la Dre D. \_\_\_\_\_, elle a mentionné, dans son rapport du 2 décembre 2022, que toute activité au-dessus de la tête restait pénible pour le recourant ainsi que les activités impliquant le port de charges. Ces limitations ne divergent pas sensiblement de celles retenues par les experts du Centre M. \_\_\_\_\_, respectivement par l'intimé dans sa décision du 13 mai 2024. L'expert rhumatologue a, en outre, précisé que les limitations du recourant étaient uniformes et peu cohérentes avec les diagnostics ne montrant que des atteintes dégénératives (pp. 35-36 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). A cet égard, on relèvera que la nature dégénérative de certaines atteintes a été mentionnée dans le rapport du 22 septembre 2021 du Dr Y. \_\_\_\_\_, dans les avis SMR des 30 janvier 2023 et 13 mai 2024 ainsi que dans le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 16 août 2024.

## **E. 8**

Le recourant fait encore valoir que les conclusions des experts sont contredites par l'appréciation de plusieurs autres médecins. a) aa) Le recourant a adressé à l'OAI un rapport du 16 octobre 2023 des Dres V. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, et du Dr B. \_\_\_\_\_ du 9 novembre 2023. Le SMR a alors, par avis du 4 décembre 2023 de la Dre K. \_\_\_\_\_, conclu que ces rapports laissaient suspecter des répercussions plus importantes sur les limitations fonctionnelles, voire sur la capacité de travail. L'OAI a dès lors prolongé l'instruction avant qu'une décision ne soit rendue. Dans ce cadre, le Prof. F. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI une copie d'un rapport du 6 décembre 2023, selon lequel une IRM de la colonne cervicale avait mis en évidence une cervicarthrose sans signe de myélopathie, une - 30 - uncodiscarthrose de C3-C4 à C6-C7 prédominant en C5-C6 et C6-C7 avec bombement disco ostéophytaire postérieur à ce niveau, un diamètre antéropostérieur du canal cervical mesuré serré à 7 mm à hauteur de l'espace intersomatique C6-C7 et une sténose foraminale bilatérale modérée C6-C7 sur bombement discal à droite et protrusion ostéophytaire sur arthrose à gauche. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a, le 16 avril 2024, répondu aux questions complémentaires posées par le SMR en mentionnant, comme limitations fonctionnelles, une limitation douloureuse lors de la mobilisation de la nuque et le port de charges. S'agissant de la capacité de travail, il a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer et n'avoir pas attesté d'incapacité de travail. Il a également transmis un rapport du 15 janvier 2024 de la Dre E. \_\_\_\_\_ mentionnant qu'elle n'avait pas d'arguments cliniques ou électrophysiologiques pour une neuropathie périphérique, pas plus que pour une plexopathie brachiale (notamment pour un syndrome du défilé thoracique/TOS) ou une radiculopathie cervicale. Ainsi, ces différents rapports n'apportent aucune nouvelle limitation fonctionnelle, ni aucun nouveau diagnostic, la Dre E. \_\_\_\_\_ infirmant même celui de TOS. C'est ainsi à juste titre que le SMR a, dans son avis du 13 mai 2024, conclu qu'il n'y avait pas de modification des atteintes déjà prises en compte ou de nouvelle atteinte à la santé durablement incapacitante. bb) Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant a produit un certain nombre de rapports. Ils ne lui sont toutefois d'aucun secours au recourant pour démontrer des limitations fonctionnelles plus étendues que celles retenues par les experts. En effet, dans son rapport du 5 juin 2024, le Dr G. \_\_\_\_\_ n'a fait que reprendre les critiques formulées à l'encontre de l'expertise du Centre M. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 septembre 2023 et examinées ci-dessus. Il a ensuite fait part de commentaires sur la manière de mesurer la dimension invalidante du TOS neurogène et sur le mécanisme d'un tel diagnostic. Son appréciation, qui doit être prise en compte avec

retenue au vu de l'existence du lien de confiance l'unissant à son patient, reste cependant purement théorique, puisqu'elle ne présente pas de nouvel élément clinique ou radiologique propre à remettre en cause l'absence de TOS

- 31 - retenue par les experts et par la Dre E. \_\_\_\_\_. En outre, le Dr G. \_\_\_\_\_ ne s'est prononcé ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail du recourant. Le Dr G. \_\_\_\_\_ ne s'est au demeurant prononcé qu'à deux reprises sur la capacité de travail du recourant. Dans son rapport du 7 novembre 2022, il a attesté une totale incapacité de travail du 1er janvier au 31 octobre 2021. Dans celui du 15 septembre 2023, il a attesté une capacité de travail de 50 % maximum dans une activité adaptée, en précisant que ce taux était à vérifier et à ajuster en situation. Ces deux rapports ne suffisent toutefois pas à mettre en doute les conclusions des experts. Par rapport du 11 juin 2024, la Dre R. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales sur hypertonie cervico- scapulaire, syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène bilatéral, plexopathie cervicale superficielle, tendinopathie des sus- et sous-épineux et possible épicondylite droite et tendinopathie des sous-épineux et petit rond gauche, de lombalgies intermittentes et de gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire, tendinopathies rotuliennes et de la bandelette ilio-tibiale des deux côtés. Il faut constater ici, à l'instar du SMR dans son avis du 8 juillet 2024, que ce rapport n'amène aucun nouveau diagnostic par rapport à ceux posés par les experts du Centre M. \_\_\_\_\_. La Dre R. \_\_\_\_\_ s'est en outre limitée, s'agissant de la capacité de travail, à se demander si l'intimé pouvait proposer au recourant des postes de travail adaptés ou une reconversion professionnelle, sans se déterminer sur le taux de capacité de travail retenu par les experts. Quant aux rapports du Dr G. \_\_\_\_\_ des 25 mai et 1er décembre 2023, transmis par la Dre R. \_\_\_\_\_, ils n'apportent également aucun élément nouveau, reprenant les mêmes diagnostics que ceux posés dans les rapports des 25 janvier 2019, 9 juin 2021, 18 février, 15 juin, 7 novembre 2022, 15 septembre 2023 et 5 juin 2024. S'agissant enfin du rapport du 15 août 2024 du Dr G. \_\_\_\_\_ produit par le recourant à l'appui de sa réplique, il faut constater que ce médecin n'a fait que répéter les mêmes critiques à l'encontre de l'expertise du Centre M. \_\_\_\_\_ et l'absence du diagnostic de TOS

- 32 - neurogène. S'il a indiqué que le fait de ne pas reconnaître ce diagnostic invalidant avait de claires implications sur l'appréciation des limitations fonctionnelles et la capacité de travail, y compris dans une activité adaptée, il n'a en revanche pas motivé, ni détaillé ces implications. Quant au rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 16 août 2024, il n'amène aucun diagnostic nouveau, ni ne rapporte une quelconque aggravation de l'une des atteintes connues (cf. avis SMR du 12 septembre 2024), se contentant au demeurant d'exposer que la conclusion de la Dre E. \_\_\_\_\_ pourrait être plus nuancée sans toutefois la remettre en cause. Le recourant n'a ainsi pas apporté d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte dans le cadre de l'évaluation de sa capacité de travail et de ses limitations fonctionnelles par les experts. Aussi, l'appréciation des experts du Centre M. \_\_\_\_\_ doit être confirmée. b) En définitive, l'OAI était fondé à se baser sur l'expertise probante du Centre M. \_\_\_\_\_ du 4 juillet 2023 et les avis du SMR des 20 juillet 2023 et 13 mai 2024 pour retenir que le recourant présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique.

## **E. 9**

Le recourant n'a émis aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé. Dans la mesure où le recourant n'a pas exercé d'activité lucrative depuis son

arrivée en Suisse, il se justifiait de recourir au même chiffre de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tableau TA1\_skill\_level, niveau de qualification 1, pour les deux termes de la comparaison. Il convient toutefois de relever que l'intimé aurait dû utiliser l'ESS 2022, indexé à 2023, dès lors que la situation devait être examinée au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.2 ; 129 V 222), soit en l'occurrence janvier 2023. Il n'en demeure pas moins que le calcul aurait abouti au même résultat qu'avec l'ESS 2018 adaptée à 2019, vu le parallélisme des revenus avec et sans invalidité.

- 33 - Pour les droits à la rente nés entre le 1er janvier 2022 et le 31 décembre 2023, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il faut également examiner la pertinence de l'application d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1er janvier 2022 (TF 8C\_823/2023 du 8 juillet 2024 consid. 10). En l'espèce, les limitations fonctionnelles retenues n'ayant pas donné lieu à une baisse de rendement, elles pourraient dès lors être prises en compte dans l'examen d'un éventuel abattement (cf. TF 8C\_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.2 et les références citées). On constatera toutefois que, même en retenant un abattement de 5 ou 10 %, le degré d'invalidité, qui se confondrait alors avec l'abattement retenu, serait insuffisant pour ouvrir un droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

#### **E. 10**

Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

#### **E. 11**

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu l'issue du litige. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 17 juin 2024 octroyant au recourant l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice (art. 118 al. 1 let. b et 122 al. 1 let. b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

- 34 - c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art 61 let. g LPGA). d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, 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.