

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 janvier 2024

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
Mme Berberat, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffière : Mme Tagliani

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...] (Brésil), recourant, représenté par Me Xavier Oulevey,  
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 28 al. 1 LAI et 61 let. c LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** Né en [...], W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) était employé comme chauffeur de poids-lourds (camion-poubelle), en dernier lieu par [...] SA (ci-après : l'employeur) depuis le 10 février 2014, à plein temps, pour un salaire mensuel brut de 5'050 fr., versé treize fois l'an.

L'assuré a été en incapacité de travail à partir du 27 mai 2016. Il a perçu des prestations de la part de X.\_\_\_\_\_ SA, assurance privée d'indemnités journalières collective souscrite par son employeur, qui a transmis son dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Il ressort dudit dossier que l'assuré est atteint dans sa santé physique, au niveau de plusieurs articulations. Par rapport du 23 août 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a retenu le diagnostic de gonarthrose gauche et de méniscopepathie interne. Par rapport du 4 juillet 2016, la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a retenu une affection des tissus mous (syndrome piriforme) au niveau de la hanche droite. X.\_\_\_\_\_ SA a mandaté le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin d'évaluer la capacité de travail de l'assuré. Dans son rapport du 9 janvier 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué que l'assuré était en mesure d'entreprendre une nouvelle formation. X.\_\_\_\_\_ SA a considéré que l'incapacité de travail perdurait et a continué le versement des indemnités journalières.

Par formulaire du 22 novembre 2016, l'assuré a sollicité l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, faisant état d'une atteinte aux genoux. L'OAI a recueilli des rapports auprès de ses médecins traitants. Dans un rapport du 18 octobre 2016, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retenait comme diagnostic principal des gonalgies sur troubles dégénératifs du compartiment interne du genou gauche (chondropathie de stade III voire IV, en décompensation) ; il mentionnait également des gonalgies du côté droit, moins douloureuses. Il avait pratiqué une intervention chirurgicale le 2 septembre 2016

(ménisectomie, chondroplastie et ostéotomie de valgisation). Selon un rapport subséquent, les suites de l'opération ont été difficiles, notamment en regard de la consolidation de l'ostéotomie, et impliquaient la prolongation de l'arrêt de travail ainsi que des limitations fonctionnelles (cf. rapport du 27 janvier 2017).

Le 30 novembre 2016, la relation de travail de l'assuré avec son employeur a pris fin par son licenciement.

Par communication du 10 mars 2017, l'OAI a octroyé une mesure d'intervention précoce à l'assuré, car son activité habituelle ne serait a priori plus exigible. Selon un rapport du 16 mai 2017 de l'institution mandatée, cette mesure s'est terminée en raison de la position de l'assuré, qui ne se sentait pas apte à travailler, suivre des modules de formation ou effectuer un stage. L'OAI a mis un terme aux mesures de réadaptation par communication du 8 septembre 2017.

X. \_\_\_\_\_ SA a communiqué de nouveaux documents à l'OAI, dont un rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 5 septembre 2017, selon lequel l'assuré présentait la même pathologie au genou du côté droit que du côté gauche, qui pourrait également mener à une prise en charge chirurgicale. Il allait procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et une arthroscopie de contrôle le 4 octobre suivant. L'arrêt de travail se poursuivait.

Par rapport à l'OAI du 2 novembre 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'à gauche, la chondropathie était de stade IV, que l'évolution était défavorable, avec persistance des douleurs à la charge et parfois au repos, que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité de chauffeur de poids-lourds depuis juillet 2016, que l'évolution probable était la mise en place d'une héli-prothèse interne du genou, qui permettrait très vraisemblablement d'améliorer la symptomatologie douloureuse. Avec une telle prothèse, la capacité de travail pourrait être de 50, voire 100 % dans une activité ne nécessitant pas de port de charges ou de déplacements réguliers et permettant l'alternance des positions.

Par avis du 24 avril 2018, le Service médical régional de suisse romande de l'OAI (SMR) a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais qu'à terme, la capacité de travail devrait être entière dans une activité adaptée.

Par rapport du 24 avril 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait procédé à une arthroscopie de nettoyage du compartiment interne du genou gauche le 21 mars 2018, en raison de nouvelles douleurs, que cette intervention avait permis d'atténuer. L'assuré restait toutefois symptomatique, mais les douleurs étaient compatibles avec un reclassement professionnel de l'AI, « actuellement en cours ». Du côté droit, le spécialiste avait convenu avec l'assuré d'attendre avant d'envisager une intervention chirurgicale, les douleurs étant encore supportables.

Par avis du 24 mai 2018, le SMR a estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée devrait théoriquement être progressivement pleine, que des mesures de réadaptation étaient envisageables dès janvier 2017, hormis des périodes d'incapacité en lien avec les opérations, en octobre 2017 et mars 2018.

Lors d'un appel téléphonique du 27 juillet 2018, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé se péjorait, qu'il souffrait de fortes douleurs aux deux genoux désormais, ainsi qu'aux hanches, aux poignets et aux mains.

Il ressort d'une note d'entretien du 14 août 2018 que l'assuré s'est déclaré incapable de participer à une mesure de réadaptation (stage d'évaluation COPAI), qui a dès lors été annulée.

Par rapport du 21 août 2018, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à l'OAI qu'il suivait l'assuré depuis le 4 juillet 2018 et qu'il avait posé le nouveau diagnostic d'arthrose au niveau des hanches des deux

côtés avec insuffisance fonctionnelle. Il procédait encore à des investigations et avait réalisé une IRM ainsi que des infiltrations au niveau des hanches. A terme, il faudrait envisager l'implantation de prothèses totales au niveau des hanches. Une capacité de travail entière n'était donnée vraisemblablement que pour des travaux assis et non physiques, ces derniers étant à éviter, de même que les travaux en position debout prolongée.

Par avis du 28 août 2018, le SMR a considéré que l'opération des hanches envisagée n'avait en l'état aucune incidence sur la capacité de travail, qui était entière dans une activité adaptée, pas plus que sur les limitations fonctionnelles.

Lors d'un entretien téléphonique du 23 octobre 2018, l'assuré a informé l'OAI qu'il travaillait comme livreur de publicités à 20-30 %, avec un horaire libre, depuis mars-avril 2018. Il estimait ne pas pouvoir travailler davantage.

Par rapport à l'OAI daté du 7 octobre 2019, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'intervention prévue pour les hanches de l'assuré avait été repoussée en raison d'un nouveau diagnostic de diabète. Le diagnostic qu'il retenait actuellement était une polyarthrose avec une gonarthrose gauche sur un status post ostéotomie de valgisation qui serait opérée par une prothèse le 1<sup>er</sup> octobre 2019. L'assuré présentait également des coxarthroses bilatérales moyennement symptomatiques et une gonalgie droite qui pourrait être plutôt en relation avec la coxarthrose droite. Les rhizarthroses seraient prochainement investiguées par un spécialiste.

Par rapport du 29 janvier 2020, le Dr H. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'il avait mis en place une prothèse totale du genou gauche le 1<sup>er</sup> octobre 2019, l'évolution étant bonne avec une récupération fonctionnelle très satisfaisante. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail, car du point de vue du genou gauche, une reprise progressive de l'activité paraissait possible jusqu'à atteindre 100 %, mais il existait des atteintes des hanches et une rhizarthrose. Il n'y avait plus de traitement particulier à envisager pour le genou gauche et les limitations

fonctionnelles concernaient le port de charges, la marche de longue durée, l'utilisation d'escaliers ou d'échelles. Il avait prescrit un arrêt de travail du 6 juin au 31 décembre 2019, ensuite de quoi il préconisait de se référer au médecin traitant, compte tenu du contexte et des comorbidités.

Dans un rapport du 30 mars 2020, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a indiqué suivre l'assuré depuis novembre 2019, pour une rhizarthrose bilatérale symptomatique. Le 24 février 2020, il avait procédé à une arthroplastie trapézo-métacarpienne droite pour laquelle il avait prescrit un arrêt de travail. Il estimait qu'après la convalescence de l'intervention suivante, prévue du côté gauche le 8 juin 2020, l'assuré pourrait reprendre une activité professionnelle, abstraction faite de ses autres problèmes de santé. Il devrait toutefois définitivement éviter toute activité manuelle lourde.

Par rapport du 31 mars 2020 à l'OAI, la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que l'évolution n'était pas favorable. Son patient présentait une polyarthrose, en l'état symptomatique, empêchant le travail debout de longue durée, la marche en terrain irrégulier, la position assise prolongée et le port de charges de plus de 10 kg. Dans un rapport subséquent du 14 juillet 2020, elle a informé l'OAI que l'assuré présentait désormais des douleurs importantes supplémentaires, aux épaules. L'état des mains était en revanche amélioré. Les atteintes de l'assuré nécessiteraient sûrement d'autres interventions. Elle évaluait la capacité de travail à 20 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, depuis 2017. Elle a joint une liste d'arrêts de travail, comme suit : 100 % du 21 mai au 7 juin 2019 ; 100 % du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2020 ; 80 % du 1<sup>er</sup> au 23 février 2020 ; 100 % du 24 février au 31 juillet 2020.

Par rapport du 15 juillet 2020, le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait procédé à l'intervention sur la main gauche le 8 juin 2020 et que l'évolution des deux mains était favorable. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 24 février 2020 ; l'assuré se trouvait en phase de réhabilitation post-opératoire au moment du rapport et en tout

cas jusqu'à la prochaine consultation de contrôle prévue à la fin du mois d'août 2020.

Par avis du 27 août 2020, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, que l'OAI a confiée au Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Par rapport d'expertise du 14 janvier 2021, le Dr T.\_\_\_\_\_ a communiqué son appréciation à l'OAI. Il a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail une gonarthrose bilatérale évoluant depuis 2015 environ, une coxarthrose bilatérale prédominante à droite, une rhizarthrose bilatérale, une arthrose modérée des articulations métacarpo-phalangiennes des doigts II à V des deux mains et une arthrose tibio-astragaliennne débutante de la cheville droite. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics d'obésité morbide (BMI 41,8), de diabète de type 2 en traitement, et d'arthrose interphalangienne du gros orteil à gauche. Il n'avait pas trouvé de signe d'exagération des symptômes ou de non-organicité et l'assuré s'était montré très collaborant. La capacité de travail était *a priori* nulle dans l'activité habituelle. L'assuré était désormais apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et pouvait exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire. De courts déplacements à plat étaient possibles. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charge de plus de 15 kg, les positions à genoux ou accroupie, la marche en terrain irrégulier, la montée ou descente à répétition d'escaliers et de pentes. L'expert ajoutait que compte tenu des douleurs multiples aux membres inférieurs et afin que l'assuré puisse perdre du poids, une chirurgie bariatrique était probablement nécessaire. A terme, il était également candidat à des arthroplasties totales des deux hanches et du genou droit. Les douleurs dues à la périarthrite de la hanche gauche étaient susceptibles de s'améliorer avec un traitement local par ondes de choc.

Par avis du 11 mars 2021, le SMR a relevé que le rapport d'expertise mentionnait un suivi psychiatrique et qu'un rapport était

nécessaire à cet égard. En outre, le SMR a demandé un complément d'expertise au Dr T. \_\_\_\_\_ s'agissant de la date à laquelle une capacité de travail dans une activité adaptée était exigible, en ces termes :

« Vous reprenez une pleine CT [réd. : capacité de travail] dans une activité adaptée depuis le jour de l'expertise. Pourtant une CT était déjà attestée début 2017 (expertise orthopédique APG), puis dès la stabilisation après arthroscopie du genou G [réd. : gauche] au printemps 2018 (l'assuré a effectivement repris une activité, inadaptée, à taux partiel à ce moment), puis après le bon résultat de la pose de prothèse du genou (reprise progressive possible dès fin 2019) moyennant IT [réd. : incapacités de travail] transitoires pour l'opération des 2 mains. Merci donc d'estimer la CT dans une activité adaptée et son évolution depuis 2017 (avec listing détaillé des IT) ».

Par complément d'expertise orthopédique du 22 mars 2021, le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit en réponse au SMR :

« A mon avis, l'assuré aurait pu exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles 3 mois après l'ostéotomie tibiale proximale de valgisation du 02.09.2016.  
Suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 04.10.2017, un arrêt de travail de 15 jours est justifié.  
Suite à la mise en place de la prothèse du genou gauche en octobre 2019, un arrêt de travail de 3 mois dans une activité adaptée est justifié.  
Suite aux arthroplasties trapézo-métacarpiennes de février et juin 2020, un arrêt de travail de 8 semaines après chaque arthroplastie est justifié ».

Par rapport du 22 avril 2021, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OAI qu'il avait suivi l'assuré du 10 juillet 2019 au 7 décembre 2020. Il n'avait pas attesté d'incapacité de travail. L'assuré n'avait plus donné suite à son suivi. Le Dr R. \_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic de troubles de l'adaptation (F43.2), avec réaction anxieuse et dépressive mixte sur des douleurs chroniques. Il était important, sur le plan psychique, que l'assuré puisse avoir beaucoup d'autonomie et des contacts sociaux limités dans son activité professionnelle. Il renvoyait à l'appréciation du médecin généraliste, compte tenu de l'arrêt du suivi. En décembre 2020, il avait noté une amélioration thymique et prescrit une médication somnifère en réserve.

Par rapport du 4 mai 2021, le SMR a retenu que l'activité habituelle de l'assuré n'était pas exigible, au contraire d'une activité adaptée qui était exigible à 100 % dès le 2 décembre 2016, hormis les

périodes d'incapacité temporaires telles que retenues par le Dr T. \_\_\_\_\_ (du 4 au 19 octobre 2017, du 21 mars au 4 avril 2018, du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 1<sup>er</sup> janvier 2020, du 24 février au 20 avril 2020 et du 8 juin au 3 août 2020). Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges de plus de 15 kg, les positions à genoux ou accroupie, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, les montées ou descentes répétées d'escaliers ou de pentes.

Par décision du 17 novembre 2021, reprenant son projet de décision du 1<sup>er</sup> octobre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Les périodes d'incapacité de travail, à partir de la fin du délai d'attente, c'est-à-dire dès le 27 mai 2017, avaient été inférieures à une année, de sorte qu'il n'avait pas présenté d'incapacité de travail durable. Le calcul de son degré d'invalidité, compte tenu de sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ne révélait aucun préjudice économique (degré d'invalidité de 0 %). Le droit aux mesures professionnelles et à une rente d'invalidité n'était ainsi pas ouvert.

**B.** Par acte du 5 janvier 2022, W. \_\_\_\_\_, désormais représenté par son conseil Me Xavier Oulevey, avocat à Yverdon-les-Bains, a formé recours à l'encontre de la décision précitée, par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est octroyée, dont le taux est à définir, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, et plus subsidiairement à sa réforme en ce sens que des mesures professionnelles lui sont octroyées. Il a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire et la mise en œuvre d'une expertise médicale portant sur ses atteintes articulaires ainsi que sur l'effet de sa médication sur ses capacités de concentration et d'attention. Il a également requis la production de son dossier en mains de l'OAI et celle de rapports auprès de la Dre Q. \_\_\_\_\_.

En substance, il a fait valoir qu'outre ses problèmes articulaires graves, qui n'avaient pas été suffisamment pris en compte, il souffrait des effets de la lourde médication qu'il prenait, sur ses capacités

de concentration, d'attention et sur sa fatigabilité. Ces derniers effets ne faisaient pas partie de l'appréciation de l'intimé, à tort. Il en allait de même des effets de ses problèmes de santé sur son moral. En outre, ses périodes d'incapacité de travail n'avaient pas correctement été comptabilisées ; il présentait en effet une incapacité de travail durable. La réquisition de rapport auprès de la Dre Q.\_\_\_\_\_ devait permettre d'établir les périodes d'incapacité de travail.

Par décision du 21 février 2022, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 5 janvier 2022, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office de son conseil.

Par réponse du 16 mars 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise. Il considérait que le rapport d'expertise orthopédique et son complément étaient probants. Quant aux mesures professionnelles, celles qui avaient été proposées n'avaient pas pu être réalisées car le recourant se sentait incapable de travailler. Ainsi, même une mesure d'aide au placement n'était pas envisageable. Il a en outre produit le dossier de la cause.

Selon le registre des personnes du canton de Vaud, le recourant a quitté la Suisse pour le Brésil le 30 avril 2022.

Par réplique du 27 juillet 2022, le recourant a maintenu ses conclusions au fond et complété ses réquisitions de pièces, à savoir des rapports en mains des Drs D.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et de X.\_\_\_\_\_ SA. Il a également précisé qu'il requérait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a complété ses moyens, notamment quant au défaut de valeur probante de l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_. Il a également repris et détaillé les arrêts de travail figurant au dossier, relevant que ces derniers ne correspondaient pas à ceux retenus par le Dr T.\_\_\_\_\_. L'expert était intervenu *a posteriori* et n'avait pas suivi le recourant durant ces périodes et en particulier durant les convalescences post-opératoires. Son avis était abstrait et ne tenait pas

compte de l'intégralité du dossier ou de l'évolution de l'état de santé du recourant. Son évaluation d'ensemble était plus favorable s'agissant de la capacité de travail que les évaluations séparées des médecins du recourant, concernant ses différentes articulations. Il était incohérent, voire contradictoire, que le Dr T.\_\_\_\_\_ retienne une capacité de travail entière dans une activité adaptée, alors qu'il relevait l'utilité de cinq interventions chirurgicales dans le futur. L'imagerie utilisée par l'expert était trop ancienne, compte tenu du caractère évolutif des atteintes des articulations. L'effet de la médication, en particulier opioïde, n'était pas pris en considération.

Par duplique du 18 août 2022, l'intimé a maintenu sa position et ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et 69 al. 1 let. a LAI) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité ordinaire, plus particulièrement sur son degré d'invalidité, ainsi qu'à des

mesures d'ordre professionnel, à la suite de sa première demande de prestations.

**3.** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date, à savoir le 17 novembre 2021. C'est ainsi à l'ancien droit qu'il est fait référence au sein du présent arrêt.

**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 raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6

LPGA) 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, 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).

A teneur de l'art. 29 ter RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

**c)** La survenance de l'invalidité doit en principe être déterminée eu égard à chaque catégorie de prestations séparément. Il peut se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. D'autre part, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Il y a nouveau cas d'assurance lors de la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du premier refus de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références). Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de connexité matérielle et temporelle entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C\_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 et les références ; TF 9C\_566/2020 du 16 juin 2021 consid. 5.3 ; cf. également : Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de

l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 342, n. 1234 et 11235).

Il n'y a pas d'interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance lorsque la personne concernée présente une invalidité (partielle) qui, même si elle varie dans le temps, ne disparaît pas entièrement pendant une période donnée (TF 9C\_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.3).

**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 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation rigoureuse et complète, sans être lié par des règles formelles. 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)** Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références).

**6. a)** En l'espèce, il est incontesté que le recourant souffre d'atteintes somatiques, à savoir principalement d'arthrose au niveau de plusieurs de ses articulations. Cette pathologie est à l'origine de son incapacité de travail dans son activité de chauffeur de poids-lourds (camion-poubelle) depuis le 26 mai 2016. Les parties s'accordent sur le fait qu'il n'a jamais retrouvé de capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle et la Cour ne voit pas de motif de revenir sur ce constat.

Dès lors et compte tenu des pièces au dossier, le droit potentiel du recourant à une rente d'invalidité pouvait s'ouvrir dès le 1<sup>er</sup> mai 2017. En effet, durant le délai de carence, il a été complètement incapable de travailler dans son activité habituelle (art. 28 al. 1 let. a et b LAI, 6 LPGA). Il a en outre déposé sa demande en novembre 2016, de sorte que le délai d'attente procédural de six mois est arrivé à échéance en mai 2017 également (art. 29 al. 1 LPGA, 29 al. 1 et 3 LAI). Il reste à

examiner si la condition de l'art. 28 al. 1 let. c LAI est remplie, à savoir si le recourant était invalide à 40 % au moins au terme de cette année.

**b)** Sur le plan médical, il est précisé à ce stade que l'absence d'atteinte psychique invalidante et d'effet du diagnostic d'obésité morbide sur la capacité de travail, au moment de la décision litigieuse, ne font pas débat et qu'il ne se justifie pas d'examiner ces éléments plus avant. En particulier, aucun avis médical au dossier ne soutient une thèse inverse (cf. consid. 5a *supra*), au moins au stade de la vraisemblance prépondérante.

Pour rendre la décision litigieuse, niant le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, l'OAI s'est fondé essentiellement sur l'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ et sur son complément requis par le SMR (rapports des 14 janvier et 22 mars 2021). Selon cette appréciation, à l'issue du délai d'attente, et même depuis le 2 décembre 2016, le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il s'agit donc en premier lieu d'examiner la valeur probante de ces rapports, eu égard aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-avant et aux critiques formulées par le recourant.

**c)** D'un point de vue formel, le recourant fait grief à la durée de l'entretien d'expertise, qui se serait déroulé sur une période plus brève qu'annoncée dans le rapport, à savoir sur environ 40 à 45 minutes. De plus, il estime ne pas avoir pu s'exprimer sur ses problèmes de santé, car il aurait été interrompu par l'expert.

On rappellera que la durée de l'examen d'expertise n'est pas, en soi, un critère de la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C\_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 ; 9C\_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 et les références). Cette critique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consistait à porter un jugement sur son état de santé dans un délai relativement bref (*idem*). Par ailleurs, le recourant n'explique pas les points sur lesquels il

n'aurait pas été en mesure de s'exprimer, de sorte que cette seule affirmation ne saurait faire douter de la valeur probante dont il est question. Ce grief doit donc être écarté.

**d)** Sur le plan du contenu, l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ et son complément remplissent toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

L'expert T.\_\_\_\_\_ a établi le contexte médical, puisqu'il a indiqué avoir pris connaissance du dossier médical fourni par l'OAI sur CD gravé (rapport du 14 janvier 2021, p. 1), ainsi qu'examiné le dossier radiologique apporté par le recourant à l'entretien. Il a établi l'anamnèse personnelle, familiale et systémique lors de l'entretien. Il a procédé à l'examen clinique personnellement et conformément à sa spécialité et a consigné les différentes plaintes exprimées par le recourant. Il a noté ses observations cliniques, en particulier des épaules, poignets, mains, pouces, de la colonne vertébrale, des hanches, des genoux et des chevilles. Il a motivé les diagnostics retenus et communiqué des conclusions cohérentes avec ses observations. Il a notamment relevé que les traitements chirurgicaux effectués au genou gauche et aux deux pouces étaient à son avis conformes aux règles de l'art et que la coxarthrose bilatérale n'était en l'état pas trop symptomatique. Le genou droit n'avait pas encore été traité et serait candidat à une arthroplastie si la situation se péjorait. L'assuré ne pouvait plus exercer un métier dans lequel il devait monter et descendre à répétition d'un camion. Dans un contexte sédentaire ou semi-sédentaire, adapté aux limitations fonctionnelles, l'intéressé était désormais apte à exercer une activité.

Dans son complément du 22 mars 2021, l'expert T.\_\_\_\_\_ a indiqué des périodes d'incapacité de travail dans toute activité, entre mai 2016 et le moment de l'expertise (entretien du 22 décembre 2020). Il a tenu compte de périodes de convalescence après chaque intervention chirurgicale et considéré que l'intéressé aurait pu exercer une activité adaptée à ses limitations, après chacune de ces périodes de convalescence et avant l'opération suivante.

e) Le recourant soutient que l'OAI s'est fondé à tort sur l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ et qu'il aurait dû suivre les arrêts de travail de ses médecins traitants pour définir la période de son incapacité de travail totale. A cet égard, il requiert la production de la chronologie des arrêts de travail délivrés par ses médecins traitants.

En tant qu'il critique la valeur probante de l'expertise, il sied de relever que le recourant se plaint essentiellement de son résultat qui ne lui convient pas, mais ne démontre pas précisément en quoi celle-ci serait viciée. S'agissant des certificats d'arrêt de travail délivrés par ses médecins traitants, il faut noter que l'expert n'a certes pas suivi l'intéressé en consultation, mais il a été précisément interrogé, en sa qualité d'expert et avec sa connaissance complète du dossier, sur la période d'incapacité totale de travail, d'un point de vue asséculoologique et pour chaque atteinte prise séparément. Il a spécialement rendu un complément d'expertise à ce sujet, prenant en considération les arrêts de travail prescrits par les chirurgiens traitants. Aucun avis médical au dossier ne remet sérieusement en cause l'appréciation de l'expert, selon lequel le recourant a recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée, après chacune des convalescences ayant suivi ses différentes opérations. De plus, le recourant n'a produit aucun rapport médical postérieur à l'expertise, qui s'inscrirait en faux avec cette dernière.

On relève en particulier que l'appréciation de l'expert T.\_\_\_\_\_ est convergente avec celle de l'expert mandaté par X.\_\_\_\_\_ SA, le Dr M.\_\_\_\_\_, s'agissant de la première intervention au genou gauche, effectuée le 2 septembre 2016. Dans son rapport du 9 janvier 2017, l'expert M.\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant pouvait d'emblée entreprendre une formation initiale d'accompagnant social d'étrangers réfugiés, dans le cadre d'un projet de collaboration avec un ami, qu'il avait apparemment évoqué. Le SMR a dès lors considéré que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le début de l'année 2017 à tout le moins. De plus, les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI ne diffèrent pas de celles retenues par les médecins traitants du recourant, notamment celles définies par le

Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 janvier 2020 et par la Dre Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 juillet 2020. Dans ce dernier rapport, cette médecin a certes indiqué en outre une capacité de travail résiduelle de 20 % dans toute activité depuis 2017 ; toutefois elle n'a ni motivé ni étayé cette conclusion médicalement, qui ne saurait dès lors emporter conviction. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a pour sa part estimé, dans son rapport précité, que le genou opéré présentait une récupération fonctionnelle très satisfaisante et permettait une reprise progressive, à 100 %, ce qui est en réalité congruent avec l'appréciation de l'expert T.\_\_\_\_\_. En sus, le Dr H.\_\_\_\_\_ considérait déjà, dans son rapport du 21 août 2018, que la capacité de travail était entière malgré les différentes atteintes articulaires, pour autant qu'elle soit exploitée dans des travaux assis et non physiques. Dans son rapport du 15 juillet 2020, le Dr K.\_\_\_\_\_, qui a opéré les mains du recourant, n'a pas indiqué qu'il y avait une incapacité de travail dans toute activité, qui serait durable. Il a simplement rapporté que son patient se trouvait en phase de réhabilitation post-opératoire, sans noter de complication ou d'invalidité. Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, à la lecture de ses rapports, force est de constater qu'il s'est prononcé sur des atteintes ayant nécessité des interventions chirurgicales, impliquant des incapacités de travail transitoires, mais qu'il n'a pas fait mention de limitations fonctionnelles durables, ni d'incapacité de travail durable. Son avis concernait l'état du genou, pour lequel la pose d'une prothèse était discutée. En cas de pose d'une prothèse, ce qui a été le cas par la suite, le Dr D.\_\_\_\_\_ retenait une capacité de travail dans une fourchette de 50 à 100 % (cf. son rapport du 2 novembre 2017). Là encore, cette appréciation est compatible avec celle du Dr T.\_\_\_\_\_. Contrairement à ce que fait valoir le recourant, le fait que ces spécialistes ne se soient prononcés - en général - que sur les incidences d'une atteinte articulaire à la fois, ne remet pas en cause le constat du Dr T.\_\_\_\_\_ non plus. En effet, l'appréciation de la capacité de travail ne consiste pas à partir de 100 % et retrancher chaque avis médical ensuite. Plusieurs atteintes peuvent avoir pour conséquences les mêmes limitations fonctionnelles, ou des limitations similaires, ce qui est apparemment le cas pour le recourant (cf. par exemple l'avis de la permanence SMR du 21 septembre 2018, selon lequel les limitations fonctionnelles liées aux hanches ne modifient

pas celles retenues auparavant, en lien avec les genoux ; cf. également le rapport de la Dre Q.\_\_\_\_\_ du 14 juillet 2020, qui mentionne des atteintes aux hanches, aux genoux, aux épaules, aux mains et liste des limitations ayant trait aux positions debout et assise prolongées, à la marche sur terrain irrégulier et au port de charge).

Par ailleurs, l'on ne décèle aucune contradiction dans le fait, pour le Dr T.\_\_\_\_\_, de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et de suggérer la réalisation de cinq interventions dans le futur. Si les interventions préconisées sont susceptibles d'améliorer l'état de santé de l'assuré, son état au moment de l'expertise et lors des périodes décrites par le Dr T.\_\_\_\_\_ lui permettait d'ores et déjà d'exercer une activité adaptée, au vu de ses limitations. Par exemple, le Dr T.\_\_\_\_\_ a certes préconisé une chirurgie bariatrique, toutefois l'obésité morbide diagnostiquée n'a pas d'influence sur la capacité de travail du recourant en l'occurrence.

Quant aux éléments dont se prévaut le recourant en lien avec les effets potentiels de ses douleurs ainsi que de la médication antalgique et somnifère prescrite sur sa capacité de travail, il y a lieu de constater que ces allégations ne reposent sur aucune pièce médicale. Or, comme rappelé ci-avant, le juge se fonde sur des documents médicaux ou émanant d'autres spécialistes pour prendre position (cf. consid. 5a *supra*). La thèse du recourant est au contraire infirmée par le rapport du 21 août 2018 du Dr H.\_\_\_\_\_, selon lequel le recourant prenait des antidouleurs par intermittence, que sa capacité de concentration n'était a priori pas limitée et que sa capacité de compréhension ne l'était pas. Ainsi, les déclarations de l'assuré n'étant absolument pas étayées sur le plan médical, elles ne sauraient jeter le doute sur les conclusions probantes de l'expert T.\_\_\_\_\_.

**f)** S'agissant des requêtes de rapports en mains de X.\_\_\_\_\_ SA et des médecins du recourant, on rappellera que ce dernier est soumis au devoir de collaborer, corollaire de la maxime inquisitoire qui régit la procédure devant le tribunal cantonal des assurances. Ce devoir comprend

l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi la partie en question risque de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; TF 9C\_476/2021 du 30 juin 2022, consid. 5.2.1). En l'occurrence, on ne voit pas ce qui l'aurait empêché de requérir et produire les pièces en question lui-même, dans la procédure administrative puis judiciaire. De surcroît, il a établi lui-même, au sein de la réplique, un résumé de ses incapacités telles qu'attestées par ses médecins, à l'aide des pièces médicales au dossier. A la lumière de ce qui précède et de l'issue de la cause, il sied de rejeter les réquisitions de preuves et de mise en œuvre d'une expertise, formulées par le recourant, 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).

**g)** Ainsi, l'OAI était fondé à suivre les conclusions probantes de l'expert T.\_\_\_\_\_ et à considérer que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, du 2 décembre 2016 au 3 octobre 2017, du 20 octobre 2017 au 20 mars 2018, du 5 avril 2018 au 30 septembre 2019, du 2 janvier au 23 février 2020, du 21 avril au 7 juin 2020 et dès le 4 août 2020 (cf. complément d'expertise du 22 mars 2021 et rapport du SMR du 4 mai 2021). Il en découle qu'à l'issue du délai d'attente, en mai 2017 (cf. consid. 6a *supra*), le recourant était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée, et qu'il y a lieu de calculer son degré d'invalidité.

**7.** Sur le plan économique, le recourant ne formule pas de grief particulier à l'encontre du calcul établi par l'intimé (doc. 131 du dossier), mais il convient de procéder d'office à sa vérification.

**a)** 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1).

**b)** 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).

**c)** 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 [OFS] 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).

**d)** 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).

**e)** 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).

**f)** En l'espèce, au titre de la vérification d'office du calcul du degré d'invalidité du recourant, il convient de corriger légèrement plusieurs éléments.

**aa)** Le calcul du salaire exigible établi par l'OAI se base sur l'année 2016, à tort, puisque ce n'est pas celle de l'ouverture du droit potentiel à la rente (à savoir 2017 ; cf. consid. 6b *supra* et ATF 134 V 322 consid. 4.2 ; 129 V 222).

Il ressort du questionnaire rempli par son ancien employeur et du dossier de l'assurance perte de gain que le recourant réalisait, en 2016, un revenu de 5'050 fr. par mois, treize fois l'an, pour une durée de travail hebdomadaire de 45 heures (cf. questionnaire du 24 janvier 2017 et annonce de l'employeur à X. \_\_\_\_\_ SA). Son revenu sans invalidité annuel en 2016 s'élevait dès lors à 65'650 fr., comme l'a retenu l'OAI ; il s'élève après indexation pour l'année 2017 à 65'912 fr. 60 (+0,4 % pour les hommes ; cf. Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2022, Tableau T39, publié par l'OFS, version consultée publiée le 24 avril 2023).

Le salaire statistique de la branche pour l'ensemble de la Suisse, en 2016, pour un chauffeur de camion-poubelle, correspondait à 4'435 fr. par mois, pour une moyenne d'heures de travail hebdomadaires de 40 heures (cf. ESS 2016, TA1\_skill-level, branches 77,79-82, hommes,

niveau de compétences 1 ; pour la branche, cf. OFS, Nomenclature générale des activités économiques [NOGA] 2008, notes explicatives, n°812900, p. 210). Rapporté à 45 heures hebdomadaires, ce salaire correspond à 4'989 fr. 38, ce qui est en-deçà du salaire que le recourant percevait (même hors treizième salaire) et exclut le parallélisme des revenus (ATF 141 V 1 consid. 5.4 ; 134 V 322 consid. 4.1).

Le revenu sans invalidité du recourant s'élevait ainsi à 65'912 fr. 60.

**bb)** Le revenu avec invalidité doit être établi sur une base statistique correspondant au total pour les hommes du tableau TA1\_skill-level 2016, niveau de compétences 1 (5'340 fr.) et adapté à l'horaire de travail usuel (41,7 heures, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine) comme l'a fait l'OAI, en indexant toutefois l'ESS 2016 à l'année 2017 (+0,4 %). Une fois ces adaptations faites, le revenu avec invalidité du recourant s'élève en 2017 à 67'070 fr. 61 (  $[(5'340 \times 41,7) / 40] \times 12 ; +0,4 \%$  ).

L'OAI n'a pas appliqué d'abattement, ce que le recourant ne conteste pas, et les circonstances du cas d'espèce ne justifient pas que la Cour revienne sur cette appréciation.

**cc)** Après comparaison des revenus, il appert que le recourant ne présentait pas de perte de gain à l'ouverture potentielle de son droit à la rente, son degré d'invalidité étant nul ( $65'650 - 65'912,60 = -1'158,01 ; -1'158,01 \times 100 / 65'912,6 = -1,76 \%$ ). La conclusion de l'OAI, dans son calcul du degré d'invalidité, peut être confirmée.

**g)** Le degré d'invalidité du recourant n'atteignait donc effectivement pas 40 % au mois de mai 2017, de sorte que le droit à une rente d'invalidité ne lui était pas ouvert. Depuis cette date, comme l'a relevé l'OAI à juste titre, chacune de ses incapacités de travail dans toutes activités a duré moins d'une année, de sorte que les conditions du droit à

une rente n'ont pas été remplies non plus, par la suite et jusqu'à la décision litigieuse. L'OAI était fondé à nier le droit du recourant à une rente d'invalidité.

**8.** 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).

Comme la capacité de gain du recourant n'est pas amoindrie, c'est à juste titre que l'intimé a constaté qu'il n'avait pas droit à des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Au demeurant, on relève que l'intimé a octroyé des mesures au recourant, qui s'est déclaré à plusieurs reprises inapte à les suivre en raison de son état de santé. La décision doit être confirmée sur cet aspect également.

**9. a)** En conclusion, le recours doit être rejeté, et la décision rendue par l'intimé le 17 novembre 2021, confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu l'issue du litige. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa *a contrario*).

**d)** Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Xavier Oulevey, qui peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Ledit conseil n'a pas déposé de liste détaillée de ses opérations. Compte tenu de l'ampleur de la procédure et des opérations effectuées il convient de fixer son indemnité de conseil d'office à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 3 al. 2 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**e)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'État, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. a, b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable 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 (DGAIC, auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Xavier Oulevey, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 3'000 fr. (trois mille francs), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Xavier Oulevey (pour M. W. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :