

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 septembre 2022

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Métral, juge, et Gutmann, juge assesseur
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 8 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], divorcé et père de quatre enfants, sans formation professionnelle, était employé en dernier lieu par [...] AG (ci-après : l'employeur) en qualité de magasinier préparateur.

Par formulaire du 20 novembre 2019, l'assuré a sollicité l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une maladie, soit « Rhumatisme et articulation du genou », depuis 2012.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli des informations auprès de l'employeur de l'assuré. Il ressort du questionnaire complété le 5 février 2020 que le taux d'activité de l'assuré était de 80 % dès son entrée en service le 1^{er} mars 2016, jusqu'à la fin de l'année 2017, puis de 100 % dès le 1^{er} janvier 2018. Son salaire annuel s'élevait à 58'370 fr. depuis 2019. L'employeur a en sus joint à son envoi les fiches d'absences de l'assuré pour les années 2017, 2018 et 2019.

Par communication du 11 février 2020, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous forme de modules externalisés auprès d'U._____), du 17 février au 7 août 2020.

Il ressort d'un rapport établi par U._____ que le dossier de l'assuré a été fermé le 22 juin 2020 car ce dernier travaillait à temps complet et n'était pas disponible pour la mesure. Selon l'évaluation d'U._____, l'assuré était très motivé à trouver une solution professionnelle pérenne et présentait un potentiel de réinsertion élevé. La seule piste qu'il envisageait était de devenir chauffeur de personnes ; il souhaitait obtenir une aide de l'assurance-invalidité pour financer son permis de conduire de catégorie D. Dans son occupation actuelle, il se sentait moins performant et bénéficiait d'aménagements de la part de son employeur.

Par rapport du 9 septembre 2020, parvenu à l'OAI le 17 septembre 2020, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que ce dernier souffrait de douleurs articulaires multiples, variables, touchant les genoux, les poignets, le dos, ainsi que de gonflements et raideurs articulaires. Le Dr K._____ estimait que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient le port de charges de plus de 10 kg, la station debout de plus de deux heures, ou assise de plus de cinq heures, le travail sur une échelle, la marche à plat de plus de quatre à cinq heures, et les positions en porte-à-faux ou à genoux durant plus d'une heure. Le médecin a indiqué que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 100 % ; dans son activité habituelle, elle était de 100 % depuis plusieurs mois. Le Dr K._____ précisait : « n'arrive plus à remplir ses tâches » et qu'il ne s'attendait pas à une amélioration de la capacité de travail de l'assuré, car il avait bénéficié de plusieurs suivis thérapeutiques par le passé, et était désormais sous médication. Le Dr K._____ réservait le cas de la découverte d'un nouveau traitement. Tout en signalant que le Centre hospitalier L._____ (ci-après : le Centre hospitalier L._____) avait également prescrit des interruptions de travail, le Dr K._____ a indiqué qu'il avait attesté l'incapacité de travail de l'assuré comme suit :

- 100 % du 16 au 19 janvier 2017 ;
- 100 % du 24 au 26 juillet 2018 ;
- 50 % du 26 juillet au 10 août 2019 ;
- 100 % du 23 au 28 mars 2020.

Avec son rapport, le Dr K._____ a transmis à l'OAI plusieurs documents qui lui avaient été adressés. Dans un courrier du 4 février 2016, le Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, rapportait que l'examen clinique de l'assuré ne changeait pas, qu'il était des plus rassurants, la flexion-extension étant complète, aucun signe de chondropathie ou de douleur n'étant mis en évidence, du point de vue mécanique comme inflammatoire. Le Dr Z._____ n'avait pas mis en œuvre une IRM car la dernière, datant de 2014, était strictement normale. Il avait prescrit un traitement symptomatique (avec entre autres le

médicament phytothérapeutique Harpagomed). Selon son rapport suivant, du 9 mai 2016, l'assuré avait constaté une diminution de 60 % de ses douleurs. Dans un rapport du 11 octobre 2019 établi par les Drs B._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale et S._____, spécialiste en médecine interne générale, tous deux membres du Service de rhumatologie du Centre hospitalier L._____, les diagnostics suivants étaient relevés : oligoarthritis indifférenciée (concernant le coude gauche, les deux genoux et le poignet droit), légère entésopathie à l'insertion du tendon d'Achille des deux côtés, gonarthrose féméro-patellaire bilatérale, status après tuberculose latente, status après hépatite B, discopathie dégénérative L4-L5. Les Drs B._____ et S._____ notaient que cliniquement, il n'y avait pas d'arthrite. Ils avaient attesté l'incapacité de travail de l'assuré à 50 % du 26 au 31 août 2019, ensuite de quoi ce dernier avait déclaré être prêt à reprendre son activité à temps complet, mais sans travail à genoux. Dans un rapport du 13 août 2020, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, également au sein du Service de rhumatologie du Centre hospitalier L._____, retenait les mêmes diagnostics et comorbidités, ainsi qu'une hypophosphatémie à confirmer et une hyperthyroïdie infraclinique. Le Dr P._____ indiquait qu'une IRM lombaire avait été effectuée au mois de juin 2019, qui ne montrait pas d'argument pour une atteinte inflammatoire du rachis lombaire ou des sacro-iliaques. En septembre 2019, l'assuré avait constaté une nette amélioration de ses douleurs articulaires. Le Dr P._____ ajoutait ce qui suit :

« Il n'a plus de douleur des genoux ou du coude et signale lors de la dernière consultation en juin 2020 uniquement de légères douleurs des articulations interphalangiennes bilatérales prédominantes le matin avec un dérouillage matinal d'environ 20 minutes qui le gêne peu au quotidien. Il a adapté sa place de travail et travaille actuellement comme magasinier, mais sans port de charge lourde et sans travail en chambre froide. A ces conditions, il a pu reprendre le travail à 100 %.

Il signale par contre des myalgies et une fatigabilité à l'effort plus importante qu'auparavant, liées aux ports de charge lors de son travail, et pour cette raison il a fait une demande à l'AI pour une reconversion professionnelle dans un métier moins physique.

Par rapport du 26 octobre 2020, le Dr P._____ a informé l'OAI que l'assuré était suivi à la consultation rhumatologique du Centre

hospitalier L._____ tous les trois à quatre mois depuis le 6 novembre 2018. Il avait été en incapacité de travail complète du 27 février au 8 mars 2019, puis du 11 au 19 mars 2019 « avec proposition de changement de secteur pour un travail sans port de charges lourdes, ni travail en secteur froid, jusqu'au 14 mai 2019 », et à 50 % du 27 juin au 31 août 2019. L'assuré avait pu reprendre le travail à 100 % le 1^{er} septembre 2019 avec les mêmes limitations, qui avaient été prolongées pour une année le 8 janvier 2020. Le Dr P._____ a expliqué que le bilan global effectué, biologique, immunologique, infectieux et radiologique n'avait pas permis de poser un diagnostic précis sur le rhumatisme inflammatoire, raison pour laquelle celui d'oligoarthrite indifférenciée avait été posé. Un traitement par le médicament Simponi, introduit en septembre 2019, avait permis une nette amélioration de la symptomatologie articulaire. Comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, le Dr P._____ listait l'oligoarthrite indifférenciée depuis 2018, une gonarthrose féméro-patellaire bilatérale et tricompartimentale gauche, une discopathie lombaire et de l'arthrose facettaire postérieure lombaire. Le Dr P._____ a répondu comme suit aux questions suivantes relatives à la capacité de travail :

« 2.7 Votre pronostic sur la capacité de travail du patient/de la patiente :

Je pense qu'actuellement, au vu de la bonne réponse, la capacité de travail du patient n'est pas limitée dans une activité adaptée.

[...]

3.4 Existe-t-il des limitations fonctionnelles ? Quels effets ont-elles sur l'activité que le patient a exercée jusqu'ici ? Veuillez décrire les limitations fonctionnelles.

Le travail en chambre froide devrait être évité, tout comme le port de charges lourdes, ainsi que le travail en port-à-faux [sic].

[...]

4.1 Combien d'heures de travail par jour peut-on raisonnablement attendre de votre patient/votre patiente dans l'activité qu'il/elle a exercée jusqu'ici ?

Le patient est parvenu à atteindre une capacité de travail de 100 % depuis l'instauration d'un traitement anti-TNF, adaptant son poste de travail notamment en évitant de porter des charges lourdes et ne travaillant pas en chambre froide. Dans ce contexte, le nombre d'heures de travail n'est pas limité ».

Par projet de décision du 24 novembre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il prévoyait de rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Il considérait que l'assuré présentait une diminution de sa capacité de travail depuis le 27 février 2019 et qu'à la fin du délai d'attente d'une année, il présentait une incapacité de travail complète dans son activité antérieure de préparateur de commandes. En revanche, sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était entière, soit dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou ouvrier dans le conditionnement. Selon le calcul effectué par l'OAI, sur lequel il sera revenu dans la mesure utile ci-après, le préjudice économique était nul, de sorte que tout droit à des mesures professionnelles ou à une rente était fermé.

Par communication du 25 novembre 2020, l'OAI a invité l'assuré à participer à une séance d'information sur l'aide au placement, mesure à laquelle il avait droit. L'assuré a manifesté son intérêt pour dite mesure par entretien téléphonique du 4 janvier 2021. Il a en outre indiqué être toujours en poste auprès de son employeur.

Par décision du 22 janvier 2021, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, reprenant les motifs du projet de décision.

B. Par acte du 1^{er} février 2021 (date du timbre postal), F. _____ a formé recours contre la décision précitée, par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu en substance à l'annulation de la décision et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Le recourant a fait valoir que son état de santé devait conduire à ce que sa demande connaisse une suite favorable et que sa situation, ses souffrances, la réduction de sa motricité et de ses facultés physiques n'avaient pas été prises en comptes. Le recourant excédait sa capacité de travail dans son activité habituelle, qui ne respectait pas ses limitations

fonctionnelles, en prenant des médicaments et en supportant leurs effets secondaires. Il pria la Cour de prendre contact avec le Service de rhumatologie du Centre hospitalier L. _____ et avec le Dr K. _____.

Dans sa réponse du 22 mars 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Avec sa réplique du 11 avril 2021 (date du timbre postal), le recourant a produit une attestation du Dr P. _____ datée du 31 mars 2021, selon laquelle il était traité par Simponi et Arcoxia, ainsi qu'une ordonnance pour ces médicaments et pour du Dafalgan, renouvelable durant six mois. Le recourant se tenait à disposition pour toute information ou témoignage et il était prêt à se soumettre à une expertise médicale indépendante.

Par duplique du 4 mai 2021, l'intimé a maintenu sa position et renvoyé au rapport médical du Service de rhumatologie du Centre hospitalier L. _____ du 26 octobre 2020.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant.

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 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 des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente).

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (modification de la LAI du 19 juin 2020, RO 2021 705, et du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 22 janvier 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). Les dispositions légales citées ci-après s'entendent donc dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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 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).

5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical,

il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

6. a) En substance, le recourant reproche à l'intimé un défaut d'instruction sur le plan médical.

b) Il est constant que le recourant présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de magasinier préparateur. Les avis médicaux du dossier s'accordent sur ce point. À cet égard, il est manifeste que le rapport du 9 septembre 2020 du Dr K._____ comporte une erreur de plume, puisqu'il y indiquait d'une part une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, et d'autre part qu'il ne s'attendait pas à une amélioration de la capacité de travail sauf en cas de découverte d'un nouveau traitement, que son patient ne parvenait plus à

remplir ses tâches, et que ses fonctions physiques étaient limitées. Il est donc évident que le Dr K._____ était également d'avis que l'activité habituelle n'était plus exigible. Le recourant lui-même ne conteste pas ce point, puisqu'il a expliqué dans son recours que dite activité, qu'il exerçait encore à tout le moins au moment de la rédaction de l'acte de recours, ne respectait pas ses limitations fonctionnelles.

L'intimé a retenu que l'activité habituelle n'était plus exigible depuis le mois de février 2019, ce qui n'est pas contesté et ne prête pas le flanc à la critique du point de vue de la vraisemblance prépondérante. En effet, le Dr P._____ a en effet attesté l'incapacité de travail du recourant dès le 27 février 2019 et a indiqué que malgré le retour au travail le 1^{er} septembre 2019, il avait « prolongé » les limitations fonctionnelles pour une année le 8 janvier 2020. De plus, le Dr K._____ a rapporté, en septembre 2020, que le recourant ne pouvait plus remplir ses tâches professionnelles depuis « plusieurs mois » et a fait référence à l'appréciation des médecins du Centre hospitalier L._____.

c) S'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, force est de constater que les avis médicaux recueillis convergent, et constatent une exigibilité totale.

Le Dr K._____ a estimé que le recourant pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 % depuis toujours, par rapport du 9 septembre 2020. Les rapports des Drs Z._____, B._____ et S._____ ne se prononcent pas spécifiquement sur cet aspect mais ne s'inscrivent pas en contradiction de ce constat pour autant. Le Dr P._____ a également estimé que le recourant pouvait travailler sans restriction dans une activité adaptée, dans son rapport du 26 octobre 2020. Ce spécialiste a indiqué que la capacité de travail du recourant avait pu être entièrement recouvrée à la suite de l'introduction du traitement médicamenteux Simponi, en septembre 2019. Cette date correspond à la reprise du travail du recourant dans son activité habituelle, avec des aménagements. Toutefois, même à considérer que le recourant ait présenté une incapacité de travail dans une activité adaptée

également, entre février et septembre 2019, ce qui n'est pas établi, cette durée ne serait pas suffisante pour être déterminante du point de vue de l'invalidité, puisqu'elle est inférieure à une année (cf. consid. 4b *supra*). Au surplus, il est constaté que selon les fiches de présence de l'employeur, le recourant a travaillé à temps complet du 20 mars au 26 juin, puis qu'il était en arrêt de travail partiel, et qu'il a pris dix-huit jours de vacances durant cette période. Ces éléments font d'autant plus douter d'une incapacité de travail dans toute activité lors de la période considérée.

Ainsi, au terme du délai d'attente d'une année, soit en février 2020, tous les rapports médicaux au dossier, soit ceux des médecins traitants du recourant, relèvent une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Aucun élément au dossier ne jette le doute sur cette conclusion ou sur la valeur probante desdits rapports. L'ordonnance produite par le recourant avec sa réplique, lui prescrivant des médicaments, ne remet à l'évidence pas en cause ce qui précède non plus.

Dans ces circonstances, il ne saurait être reproché à l'intimé d'avoir omis une quelconque mesure d'instruction, ou d'avoir mal apprécié la situation sur le plan médical, tous les documents recueillis étant congruents. L'on ne voit dès lors pas la nécessité ni même l'utilité d'une nouvelle sollicitation du Dr K. _____ ou du Service de rhumatologie du Centre hospitalier L. _____, de l'audition du recourant, ou encore de la mise en œuvre d'une expertise médicale, comme requis par le recourant. Le dossier étant complet, il sied donc de rejeter ces réquisitions, par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et les références citées).

7. a) Sur le plan économique, le recourant ne conclut pas spécifiquement à l'octroi d'une rente d'invalidité. L'examen du dossier permet de comprendre qu'il souhaite obtenir un financement pour un nouveau permis de conduire, afin de se reconvertir dans le métier de chauffeur de personnes, qu'il estime adapté à son état de santé.

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 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). 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).

Lorsque l'assuré 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 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). 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).

c) En l'occurrence, l'OAI a procédé au calcul du taux d'invalidité du recourant en tenant compte, pour le revenu sans invalidité, du salaire indiqué par l'employeur, soit 58'370 francs. Pour le revenu avec

invalidité, l'intimé s'est référé aux données salariales statistiques découlant de l'ESS 2018, TA1_skill_level, niveau de compétence 1, indexées à l'année 2020 et adaptées à une semaine de travail de 41,7 heures. L'autorité intimée a estimé que le recourant était en mesure d'exercer un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ou dans le conditionnement. L'OAI n'a en outre pas tenu compte d'un éventuel taux d'abattement sur le revenu statistique.

Contrôlés d'office, les paramètres de calculs présentés dans la décision attaquée ne prêtent pas le flanc à la critique, hormis les taux d'indexation du salaire nominal pour le salaire statistique. Ces taux sont inexacts (ils devraient correspondre à + 0,9 % pour 2019 et +0,8 % pour 2020 et non + 0,5 % et + 0,5 %, selon l'Indice des salaires nominaux, hommes, 2011-2020, T1.1.10), sans que cela n'ait d'influence sur le résultat. En effet, la comparaison des revenus aboutit *in casu* à l'absence de perte de gain, le revenu avec invalidité étant plus élevé que le revenu sans invalidité. Le degré d'invalidité calculé par l'intimé peut donc être confirmé ; il est nul compte tenu du fait que le recourant n'accuse aucune perte de gain.

d) Au vu de son degré d'invalidité nul, le droit à une rente d'invalidité est fermé pour le recourant (cf. consid. 4b *supra*).

e) 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).

f) 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. Il ne se justifie pas que ses frais de reconversion soient pris en charge en tout ou partie par l'intimé, de sorte que ce grief tombe à faux. En outre, l'intimé a octroyé une mesure d'aide au placement au sens de l'art. 18 LAI au recourant, qui n'élève aucune critique à ce sujet. La décision doit être confirmée sur cet aspect également.

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

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*).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 22 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de F._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. F._____,
- 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 :