

VD_FINDINFO AI 104/14 - 283/2015 vom 4. November 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-11-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_104_14_-_283_2015

FR: VD_FINDINFO AI 104/14 - 283/2015 du 4 novembre 2015

IT: VD_FINDINFO AI 104/14 - 283/2015 del 4 novembre 2015

Regeste

ACCIDENT PROFESSIONNEL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, RENTE D'INVALIDITÉ | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 17

juin 2011. Nous ne pouvons que vous renvoyer aux termes du projet de décision litigieux quant aux rentes qui doivent être versées tenant compte des incapacités de travail précitées après calcul de l'invalidité moyenne. S'agissant du calcul du préjudice économique et plus particulièrement de l'abattement de 10%, nous ne voyons pas de raison d'admettre un abattement plus conséquent que celui retenu. En conclusion, les arguments avancés dans votre contestation n'étant pas de nature à modifier notre position, nous sommes dans l'obligation de maintenir cette dernière telle qu'elle ressort du projet litigieux. Vous recevrez prochainement de la caisse de compensation une décision formelle conforme au projet, décision contre laquelle il vous sera naturellement loisible de recourir. » Par décision formelle du 4 avril 2014, l'office AI a accordé à l'assuré et à ses deux enfants des rentes d'invalidité selon les modalités suivantes : - pour la période du 1^{er} août 2006 au 31 mars 2007, une demi-rente d'invalidité, - pour la période du 1^{er} août 2009 au 31 octobre 2009, un quart de rente d'invalidité, - pour la période du 1^{er} novembre 2009 au 31 août 2011, une demi-rente d'invalidité, - dès le 1^{er} septembre 2011, une rente entière d'invalidité. Les termes de la motivation étaient identiques à ceux du préavis du 27 juin 2013. C. Par acte du 22 mai 2014, K. _____, représenté par son conseil, a déféré cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Sous suite de frais et dépens, il demande en substance sa réformation en ce sens qu'il a droit, en plus de ce qui lui a déjà été reconnu, à un quart de rente du 1^{er} avril 2007 au 31 janvier 2009 et à une rente entière du 1^{er} février 2009 jusqu'au 31 août 2011, l'abattement devant être fixé à 20% au moins. A titre de mesures d'instruction, le recourant sollicite « la tenue d'une audience lors de laquelle il pourra faire entendre des témoins qui attesteront et établiront les taux d'invalidité mentionnés dans le présent recours. » En tant que de besoin, il requiert également la mise en œuvre d'une expertise, notamment sur sa situation médicale et sur la question des taux d'invalidité. Selon l'assuré, il est surprenant que l'office AI estime qu'il ait été à même d'exercer une activité à 100% durant deux ans, soit du 1^{er} avril 2007 au 31 juillet 2009. Il se réfère en cela à deux avis du Dr G. _____ (lettres des 19 mars et 15 mai 2007), à l'expertise psychiatrique réalisée par les Dresses U. _____ et P. _____ du 11 juin 2010, à une lettre du Dr N. _____ du 3 avril 2008 à la Dresse V. _____ et à un

rapport de cette dernière du 16 juin 2008, tous produits en annexe à son écriture. Hormis les Dresses P. _____ et U. _____, selon lesquelles il présente une incapacité totale de travail depuis le 24 janvier 2009, tous les autres médecins précités sont d'avis que sa capacité de travail n'excède pas 50%. Le recourant fait aussi valoir que son droit aux indemnités journalières de l'assurance perte de gain est définitivement épuisé depuis le 27 janvier 2010. N'ayant dès lors plus de revenu, il aurait droit à une rente entière entre le 1^{er} février 2009 et le 31 août 2011. Finalement, l'assuré estime insuffisant l'abattement de 10% opéré sur le revenu d'invalidé ; à son avis, un abattement de 20% « paraît beaucoup plus approprié. » Dans sa réponse du 7 août 2014, l'office intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. En guise de réponse aux arguments formulés par le recourant, il renvoie aux conclusions du rapport d'expertise du Dr B. _____ du 27 mai 2011 et du Dr T. _____ du 19 novembre 2012, ainsi qu'à sa prise de position du 22 novembre 2013. Après moult demandes de prolongation, l'assuré a maintenu ses conclusions et ses réquisitions de preuves (toutefois sans indiquer le nom des témoins qu'il souhaite faire citer) en réplique du 30 avril 2015. Cette écriture a été transmise pour information à l'office intimé, qui n'a pas procédé plus avant. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA), contre une décision de l'office AI du canton de Vaud et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. Suivant les conclusions du recours, le litige porte sur le droit de l'assuré à un quart de rente pour une période limitée, comprise entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 janvier 2009 et à une rente entière pour la période courant du 1^{er} février 2009 au 31 août 2011, ce qui revient à déterminer l'évolution de sa capacité résiduelle de travail durant ce laps de temps. Le recourant conteste aussi le taux d'abattement du revenu statistique. 3. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année, sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut

résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 al. 1 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. L'évaluation du taux d'invalidité a, en principe, lieu par une comparaison du revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (cf. art. 28a LAI et 16 LPGA). b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1). c) L'art. 61 let. c LPGA prévoit le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1). d) C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 et la référence citée; TF 9C_152/2014 du 21 juillet 2014 consid. 3.1.1). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Il convient par ailleurs de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 2.2, in SVR 2010 IV n° 15 p. 46 et les arrêts cités), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion

contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2). Par ailleurs, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) Dans la décision dont est recours, l'office AI a tout d'abord considéré que, suite à son accident du 26 août 2005, l'assuré présentait une incapacité complète de travail, puis, à compter du 6 mars 2006, une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de maçon. Il lui a donc reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} août 2006, soit à l'échéance du délai de carence d'une année (cf. art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; dès le 1^{er} janvier 2008 : art. 28 al. 1 let. b LAI). A la suite d'examens médicaux pratiqués à la Clinique L. _____ et par le médecin d'arrondissement de la CNA, la capacité de travail exigible était de 100% dans une activité adaptée dès le 7 décembre 2006. L'octroi d'une demi-rente d'invalidité a donc pris fin au 31 mars 2007, soit après trois mois d'amélioration (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). L'assuré ayant contesté présenter une capacité de travail de 100%, l'office AI a déterminé le préjudice économique selon une approche médico-théorique, conduisant à un degré d'invalidité de 34% (taux arrondi). Le recourant ayant ensuite invoqué une aggravation de son état de santé sur le plan psychique, l'administration en a tenu compte en admettant une péjoration dès le mois d'avril 2009. L'invalidité moyenne de 40% sur une année était ainsi atteinte au 1^{er} août 2009 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), d'où l'octroi d'un quart de rente jusqu'au 31 octobre 2009, suivi de l'allocation d'une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2009, soit après trois mois d'aggravation (cf. art. 88a al. 2 RAI), dès lors que le Dr B. _____, à l'instar de la Dresse J. _____, était d'avis que la capacité de travail exigible était de 50%. L'office intimé a alloué cette prestation jusqu'au 31 août 2011 motif pris que, dans son rapport d'expertise du 19 novembre 2012, le Dr T. _____ avait considéré que dès son traumatisme crânio-cérébral du 17 juin 2011, l'assuré présentait une incapacité totale de travail, d'où l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2011 (cf. art. 88a al. 2 RAI). Selon les conclusions de son recours, l'assuré demande, en plus de ce qui lui a déjà été reconnu, l'octroi d'un quart de rente du 1^{er} avril 2007 au 31 janvier 2009 et d'une rente entière du 1^{er} février 2009 jusqu'au 31 août 2011, se prévalant à cet égard de divers rapports médicaux. Dans cette mesure, il s'étonne que, pour la période courant du 1^{er} avril 2007 au 31 juillet 2009, l'office intimé ait pu lui reconnaître une capacité de travail entière.

b) Il s'appuie en premier lieu sur le rapport d'expertise psychiatrique du 11 juin 2010 des Dresses P. _____ et U. _____, selon lesquelles il présenterait, en raison d'un épisode dépressif, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, une incapacité totale de travail dans toute profession dès le 24 janvier 2009 (coïncidant avec l'implantation d'une électrode temporaire ; cf. p. 5 du rapport) jusqu'au 11 juin 2010 (p. 11). Ayant constaté que les critères d'un trouble dépressif sévère n'étaient pas réunis, le Dr D. _____ demanda aux expertes précitées de lui indiquer les critères sur lesquelles elles s'étaient fondées pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif sévère (F 32.2) plutôt que celui d'épisode dépressif

léger, respectivement moyen. La réponse fournie ne lui ayant pas permis de comprendre pour quels motifs le diagnostic d'épisode dépressif sévère avait été posé, faute de satisfaire aux critères tels que définis dans la CIM-10, le Dr D. _____ en a conclu que le rapport des Dresses P. _____ et U. _____ était dépourvu de valeur probante, ce qui justifiait l'administration d'une seconde expertise psychiatrique. Celle-ci a eu lieu auprès du Dr B. _____, lequel a déposé son rapport en date du 27 mai 2011. Ce dernier a retenu avec effet sur la capacité de travail l'existence d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), existant depuis avril 2009. A l'instar de la Dresse J. _____ (cf. rapport du 14 octobre 2009), il a considéré que l'activité habituelle pouvait être exercée à 50% dès le mois d'avril 2009. L'office AI a entériné ce point de vue dans la décision querellée. Le rapport du Dr B. _____ répond à tous les critères susmentionnés pour lui conférer une pleine valeur probante. Comme le Dr D. _____, il explique également de manière convaincante pourquoi les conclusions des expertes de l'Hôpital Z. _____ ne peuvent être suivies. Les Drs B. _____ et D. _____ indiquent des éléments objectivement vérifiables qui ont été ignorés ou pas correctement interprétés par les expertes de l'Hôpital Z. _____. Ainsi, il manque un certain nombre de critères-symptômes exigés pour pouvoir poser le diagnostic retenu par les expertes de l'Hôpital Z. _____. Si le recourant souffrait effectivement d'un épisode de dépression sévère, on ne voit pas comment il aurait en particulier pu avoir la vie sociale décrite et se rendre notamment à [...] où il a subi le 17 juin 2011 le traumatisme crânio-cérébral. On ne voit aucun argument, voire élément objectivement vérifiable, qui permettrait de remettre en cause l'appréciation du Dr B. _____. Quant au recourant, il ne fait que souligner la divergence d'opinion existant entre les Dresses U. _____ et P. _____ d'une part et l'expert Dr B. _____ d'autre part au sujet de l'importance des atteintes et de leurs répercussions sur la capacité de travail résiduelle. A l'étude des deux expertises psychiatriques, le point de vue des Dresses U. _____ et P. _____ n'est objectivement pas mieux fondé que celui du Dr B. _____. L'appréciation personnelle du recourant quant à son état de santé n'a aucune valeur médicale et ne saurait remettre en cause celle du Dr B. _____, vu ce qui précède. Il s'ensuit que le recourant ne réussit pas non plus à démontrer en quoi il aurait été irréaliste d'exiger de lui la reprise d'une activité lucrative comme façadier en avril 2009, au vu de la capacité résiduelle de travail de 50% retenue par l'expert Dr B. _____, suivant en cela l'avis exprimé par la psychiatre traitante, Dresse J. _____, dans son rapport du 14 octobre 2009. c) Pour contester la capacité de travail de 100% qui lui a été reconnue par l'office intimé entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 juillet 2009, le recourant se prévaut encore de la lettre adressée le 15 mai 2007 par le médecin-conseil de l'assureur perte de gain à la Dresse V. _____. Il se réfère en outre à la lettre du 3 avril 2008 du Dr N. _____ à cette même praticienne ainsi qu'à l'appréciation de cette dernière du 16 juin 2008. C'est en vain que le recourant invoque ces documents médicaux à l'appui d'une prétendue capacité de travail de 50%, puisqu'aucun des trois médecins prénommés ne se déterminent sur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Ils se contentent d'attester une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle exercée à cette époque, sans toutefois prendre position sur l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA (cf. examens médicaux des 7 août 2006 et 20 février 2007) et celle des médecins de la Clinique L. _____ (cf. rapport de synthèse du 12 janvier 2007) qui avaient conclu à une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dès le 7 décembre 2006 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Dans cette mesure, les pièces médicales citées ci-avant ne sont pas propres à remettre en cause l'appréciation de l'office

intimé, fondée sur le résultat de ces examens. Par ailleurs, le recourant ne saurait non plus tirer argument de l'avis exprimé le 27 février 2013 par le Prof. X. _____, selon lequel le début de l'incapacité de travail totale remonterait à la date de la mise en place d'une électrode de stimulation médullaire, dont la première tentative date du 23 janvier 2009, voire à la mi-février 2009 (cf. aussi sur ce point la lettre adressée par le Prof. X. _____ à l'office AI le 26 février 2010). En effet, dans ses lettres du 5 mars 2009 et du 26 juin suivant, le Prof. X. _____ s'était prononcé en faveur d'une capacité de travail de 50%. Il s'ensuit que l'on ne peut retenir la date d'implantation de l'électrode comme début d'une prétendue incapacité totale de travail. Pour défendre sa position, il n'est ainsi pas suffisant de juxtaposer différents avis médicaux, car en procédant de la sorte, le recourant n'explique pas en quoi le point de vue des médecins prénommés serait objectivement mieux fondé que celui du médecin d'arrondissement de la CNA ou de ceux de la Clinique L. _____ ou justifierait – au travers des éléments qu'ils mettraient en évidence – la mise en oeuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une surexpertise. Quant à l'expertise du Dr T. _____, détaillée et bien motivée, qui remplit tous les critères pour lui conférer pleine valeur probante, il ne la discute pas. d) Sur le vu de ce qui précède, on constate que le recourant n'oppose aucun argument décisif propre à remettre en cause l'appréciation de l'office intimé, concluant à la pleine valeur probante des rapports d'expertise des Drs B. _____ et T. _____. Il ne mentionne pas non plus de défaut évident dont ceux-ci seraient entachés. En affirmant que l'avis de ses médecins traitants aurait dû prévaloir sur celui des experts, il méconnaît la jurisprudence constante sur les rôles divergents de ces deux catégories de médecins en vertu de leurs rôles respectifs (cf. notamment ATF 124 I 170 consid. 4; TF 9C_509/2011 du 18 octobre 2011 consid. 3.3 et la référence). e) Arguant ensuite de l'épuisement de son droit aux indemnités journalières de l'assurance perte de gain au 27 janvier 2010, le recourant plaide en faveur de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à titre de revenu de substitution pour la période courant du 1^{er} février 2009 au 31 août 2011. On rappellera qu'en droit suisse (cf. TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 871/05 du 31 octobre 2006 consid. 5), l'invalidité est une notion économique et non médicale; les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 310 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). Par ailleurs, un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente ou à une rente plus élevée (ATF 123 V 88 consid. 4c ; 113 V 22 consid. 4a; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], ad art. 28 LAI, p. 221). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références) et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (art.

E. 21

al. 4 LPGA). En d'autres termes, le fait que le recourant bénéficie d'indemnités journalières de l'assurance perte de gain ne signifie pas encore qu'il est invalide au sens de la LAI et encore moins qu'il peut prétendre, dès la fin du versement des dites indemnités, l'octroi

d'une rente entière de l'AI en vue de remédier à l'absence de revenu. Par cette argumentation, le recourant se méprend sur le sens et la portée de la réglementation applicable en matière de rente de l'assurance-invalidité. Pour le surplus, on relèvera que le médecin-conseil avait suggéré à l'assureur perte de gain l'octroi d'indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 50% (cf. ses lettres des 19 mars 2007 et 15 mai 2007 à ce dernier). On ignore si par la suite ce taux a été augmenté. Partant, ce moyen est à l'évidence mal fondé.

5. Sous l'angle économique, l'assuré ne soulève aucun grief à l'encontre du revenu sans invalidité tel qu'arrêté par l'office AI. Il conteste en revanche le taux d'abattement de 10% appliqué sur le salaire d'invalidé et considère que son état de santé justifie un abattement de 20%.

a) Selon la jurisprudence, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.2). Le revenu ainsi déterminé par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique. Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 8C_1/2014 du 5 mars 2014 consid. 2.1). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

b) Il sied de considérer que le taux de 10% retenu par l'office intimé tient suffisamment compte des circonstances du cas d'espèce. Un abattement plus élevé n'est pas indiqué, en raison de l'âge de l'assuré encore relativement jeune, du fait qu'il se trouve au bénéfice d'un permis d'établissement et qu'il a travaillé en Suisse pendant une vingtaine d'années, dont près de la moitié au service du même employeur nonobstant ses difficultés linguistiques et une socialisation restreinte. Le recourant, qui ne remet pas sérieusement en cause cette argumentation, n'apporte aucun élément qui permettrait de constater que l'administration aurait commis un excès ou un abus de son pouvoir d'appréciation. On notera que le taux d'abattement de 10% tient compte des limitations fonctionnelles, lesquelles ont également été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail et du fait que l'assuré ne peut plus exercer, à tout le moins depuis le printemps 2009, une activité à temps plein.

6. Le recourant sollicite encore la mise en œuvre de mesures

d'instruction complémentaires, sous la forme d'une expertise médicale et de l'audition de témoins. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 131 I 153 consid. 3; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1). En l'espèce, les pièces au dossier, notamment les rapports de la Clinique L._____ et des Drs B._____ et T._____, permettent de statuer en pleine connaissance de cause. Ils sont en outre suffisamment probants. En conséquence, l'expertise requise par le recourant ne se justifie pas, étant encore précisé dans ce contexte que l'écoulement du temps n'altère pas à lui seul la valeur probante d'une expertise (cf. TF 9C_351/2010 du 17 décembre 2010 consid. 4.2). De même, l'audition de témoins se révèle superflue, puisqu'elle ne conduirait pas à modifier la conviction du Tribunal et ne serait par conséquent pas de nature à influencer sur l'issue de la présente cause. Pour le surplus, le recourant ne fournit aucune indication, en particulier quant au nom et qualité des personnes qu'il souhaite faire entendre comme témoins, si bien que l'on ne saurait dans ces conditions faire droit à sa requête. 7. a) En définitive, il apparaît que la décision rendue par l'intimé le 4 avril 2014 ne prête pas le flanc à la critique tant en ce qui concerne l'évaluation médicale que s'agissant du calcul du préjudice économique subi. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI et 4 al. 2 TFJDA [Tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 10 TFJDA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.