

VD_FINDINFO AI 240/14 - 146/2016 vom 13. Juni 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_240_14_-_146_2016

FR: VD_FINDINFO AI 240/14 - 146/2016 du 13 juin 2016

IT: VD_FINDINFO AI 240/14 - 146/2016 del 13 giugno 2016

Regeste

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE | 17 al. 1 LAI, 18 al. 1 LAI, 8 LAI

Erwägungen

E. 13

juin 2016 _____ Composition : Mme Pasche , présidente Mme Röthenbacher et M. Métral, juges Greffière : Mme Blanc ***** Cause pendante entre : M. _____ , à Lausanne, recourant, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 8, 17 al. 1 et 18 al. 1 LAI E n f a i t : A. a) M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1961, maçon sans formation, a travaillé depuis son arrivée en Suisse (en 2006) dans cette profession pour des entreprises temporaires, jusqu'à un accident survenu le 18 septembre 2012. A cette date, il travaillait à temps plein pour le compte de T. _____ Sàrl. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) contre le risque d'accident et de maladie professionnelle, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). Selon la déclaration de sinistre LAA du 28 septembre 2012 de l'employeur, l'accident a été sommairement décrit comme suit: « De la terre est tombé sur les côtes, côté gauche de M. M. _____. Contusion. » La CNA a pris le cas en charge et a versé des indemnités journalières s'élevant à 168 fr. 80 par jour calendaire, à 100%, à compter du 21 septembre 2012. Dans un rapport du 5 octobre 2012, les Drs E. _____, spécialiste en chirurgie, et Z. _____, médecin assistante auprès des Etablissements Hospitaliers du D. _____, ont fait part au Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, de leur analyse au terme du séjour de l'assuré dans leur service de chirurgie. Ils ont posé le diagnostic de contusion au niveau du flanc gauche. Au titre de comorbidités et antécédents, ils ont mentionné un status post ulcère gastrique datant d'il y a deux ans, une hypertension artérielle (HTA) non traitée et une obésité. Ils ont relevé que l'assuré présentait de violentes douleurs à la mobilisation ainsi qu'une tuméfaction importante associée à des dermabrasions au niveau du flanc gauche et qu'en raison de douleurs limitant de façon importante sa mobilité, il avait été hospitalisé au centre d'antalgie. Ils ont finalement indiqué qu'en raison de l'évolution favorable de son état, l'assuré avait pu regagner son domicile le 20 septembre 2012. Dans un rapport médical intermédiaire du 18 janvier 2013 à la CNA, le Dr H. _____ a qualifié l'évolution de l'état de santé de l'assuré de lente et progressive. Il a précisé qu'il était difficile de se prononcer sur la reprise du travail de ce dernier, car il était actuellement en incapacité de travail à 100%, indiquant que la situation

devrait être réévaluée le 25 février 2012 [recte : 2013]. Le 30 octobre 2012, le Dr N._____, spécialiste en radiologie, a effectué un CT-SCAN abdominal complet de l'assuré. Il a transmis son rapport au Dr H._____, dont il ressort notamment ce qui suit : « Pas de collection liquidienne péri-rénale gauche ni intra-parenchymateuse au niveau du rein gauche. Pas d'extra-vasation de contraste ni de lésion suspecte du rein gauche. Une lésion kystique du pôle inférieur rein droit (cf. commentaire et proposition). Hépatomégalie avec stéatose. Un probable hémangiome du dôme du segment II du foie. Légère splénomégalie. Nombreuses calcifications pancréatiques. » Les Drs J._____ et R._____, spécialistes en radiologie, ont retenu ce qui suit au pied de leur rapport d'IRM du rachis lombaire du 22 février 2013 au Dr H._____ : « (...). Examen à la limite de l'interprétabilité compte tenu d'importants artefacts. Consolidation a priori acquise des fractures des apophyses transverses de L1 à L4. On ne peut encore totalement l'affirmer en ce qui concerne l'arc postérieur gauche de la 12^{ème} côte, siège d'un discret œdème résiduel étendu au muscle en regard. » L'assuré a été examiné le 21 mars 2013 par le Dr L._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, qui a relevé ce qui suit dans son appréciation du cas : « Actuellement, le patient dit qu'il va mieux mais qu'il a encore de vives douleurs dans la région lombaire à gauche. Il a de la peine à se mouvoir. Dès qu'il se mobilise un peu, il voit les douleurs s'aggraver. Son physiothérapeute lui a quand même dit qu'il fallait qu'il bouge davantage. A l'examen clinique, on est en présence d'un patient solidement constitué mais en surpoids, présentant une ptose abdominale manifestement déconditionnée, qui s'autolimité fortement. Objectivement, la musculature para-vertébrale est bien développée. Il y a une sorte de cellulalgie de toute la région lombaire à gauche avec une douleur exquise à la palpation qui pourrait correspondre à l'arc postérieur de la 12^{ème} côte. La mobilisation du rachis s'effectue avec lenteur mais la mobilité paraît globalement conservée. Lors des changements de positions, le patient paraît encombré de son corps. La station assise prolongée est supportée sans gêne apparente. La manœuvre de Lasègue est indolore. Les ROT sont peu vifs, symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs. L'IRM du rachis lombaire du 23.02.2013 montrerait que les apophyses transverses de L1 à L4 sont consolidées tandis qu'il y a encore de l'œdème au niveau de la 12^{ème} côte à gauche. Quoi qu'il en soit, il faut dynamiser la rééducation et on propose au patient de faire un séjour à la Clinique romande de réadaptation. Il est d'accord de se rendre dans cet établissement. A noter une stéatose hépatique, une splénomégalie et des calcifications pancréatiques qui justifient également un bilan biologique. » L'assuré a séjourné à la Q._____ (ci-après : Q._____) du 23 avril au 21 mai 2013. Les Drs A._____, spécialiste en radiologie, et S._____, médecin assistant auprès de l'Hôpital [...], ont réalisé le 25 avril 2013 un Ultrason Echographie (US) abdominal supérieur au terme duquel ils ont conclu, sous réserve d'un examen de qualité suboptimale : « (...) foie stéatosique, agrandi, sans lésion circonscrite décelable. Pancréas d'échostructure hétérogène. » Le 25 avril 2013, la Dresse B._____, radiologue, a réalisé un CR de la colonne lombaire (debout, face, profil). Il ressort notamment ce qui suit de son rapport du 30 avril 2013 à l'attention du Dr V._____, médecin-assistant à la Q._____ : « Doute sur une pseudarthrose mais sans déplacement significatif au niveau de la fracture du processus transverse de L3 à gauche. Le reste des fractures des processus transverses ne sont pas visualisées sur cette radiographie. Pas d'autre anomalie des structures osseuses. Suspicion d'anomalie de transition avec héli-sacralisation gauche de L5 de type "Castellvi Illa". Arthrose inter-apophysaire postérieure sur les deux derniers étages des deux côtés. Léger pincement de l'espace intervertébral postérieur en L4-L5. Ébauches ostéophytiques

antérieures. Pas d'autre anomalie décelable. » Le 3 mai 2013, le Dr Y. _____, chef de clinique auprès de l'Hôpital G. _____, a réalisé un CT de la colonne lombaire. Il a conclu son rapport en ces termes : « Fractures déplacées des apophyses transverses gauches de L1, L2 et L3 sans signe de consolidation. Consolidation de la fracture de l'apophyse transverse de L4 gauche. Discopathie L3-L4 et L4-L5 (cf. description). » Dans un rapport du 6 juin 2013 au Dr L. _____, les Drs V. _____ et W. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation à la Q. _____, ont relevé ce qui suit : «
DIAGNOSTIC PRINCIPAL - Thérapies physiques et fonctionnelles pour dorsolombalgies chroniques **DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES** - Accident [au] le 18.09.2012 avec : - fracture des apophyses transverses gauches de L1 à L4, non consolidées de L1 à L3 - fracture du 12^{ème} arc costal gauche - Discrets troubles lombaires dégénératifs - Antécédents d'ulcère gastrique il y a plus de 2 ans - HTA non traitée - Tabagisme actif (40 UPA) - Obésité (BMI = 37kg/m²) - Hépatomégalie avec stéatose - Calcification pancréatiques - Lésion kystique du pôle inférieur du rein droit (...). Au terme du séjour, subjectivement, le patient se dit rassuré, annonce plus de facilité à se mouvoir. Objectivement, les mouvements sont plus fluides mais restent ralentis et précautionneux (Cf. rapports et tests fonctionnels). La mise en route d'un programme est limitée par le fait que M. M. _____ reste centré sur les douleurs et par des autolimitations. Les traitements en piscine sont les mieux supportés. Aucune incohérence n'a été relevée. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : ports de charge limités 7.5 kg. La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable chez un patient ayant tendance à la catastrophisation, estimant ses aptitudes fonctionnelles très bas. On peut s'attendre à une évolution difficile. Une annonce à l'AI devrait être faite au vu de l'incapacité de travail qui se prolonge. Le patient sera vu en contrôle médical à la Q. _____ le 9.07.2013 après un bilan en physiothérapie.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LE PROFESSION ACTUELLE D'OUVRIER DANS LA CONSTRUCTION - 100 % du 21.05.2013 au 09.07.2013 **TRAITEMENT A LA SORTIE** - Physiothérapie ambulatoire. **CONSULTATIONS OU EXAMENS PREVUS A LA SORTIE** - Rendez-vous avec le Dr. W. _____ à la Q. _____, le 09.07.2013. » Le Dr W. _____ a relevé ce qui suit son rapport du 11 juillet 2013 au Dr H. _____ : « 10 mois après un accident de travail avec fracture des processus transverses de L1 à L4 gauches et du 2^{ème} arc costal gauche, l'évolution est marquée par la persistance de douleurs dorso-lombaires gauches à prédominance lombaire. Subjectivement le patient décrit une lente amélioration. Objectivement on note une certaine amélioration sur le plan de la fluidité des mouvements qui restent lents, et sur le plan de la force. Il persiste un déconditionnement marqué. La persistance d'un retentissement fonctionnel élevé (score d'Oswestry à 50%), la peur du mouvement, participent à la lente évolution. Il est proposé sur le plan médicamenteux la poursuite du traitement de Zaldiar, la poursuite d'une prise en charge en physiothérapie active à visée de reconditionnement. Une reprise progressive médico-théorique est fixée au 19.08.2013 à 50% dans un premier temps pendant 1 mois. Le patient est informé qu'il doit s'inscrire au chômage. » b) Le 14 août 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en faisant état d'une incapacité de travail à 100% dès le 18 septembre 2012, l'atteinte consistant en une « atteinte traumatique lombaire et costale » survenue le 18 septembre 2013 (recte : 2012). Dans un courrier du 8 août 2013, le Dr H. _____ a informé la Consultation d'antalgie - Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier F. _____ que l'assuré présentait un épisode

dépressif en raison de la persistance des douleurs et de l'impossibilité de réinsertion dans son activité comme maçon. Selon le questionnaire de l'employeur complété le 28 août 2013 par T. _____ Sàrl, le dernier jour de travail effectif de l'assuré avait été le

E. 14

septembre 2012, le contrat de travail ayant pris fin le 31 janvier 2013 en raison de la fin de la mission pour laquelle il était engagé. L'assuré travaillait en qualité de « maçon – coffreur B » pour un salaire horaire total (comprenant les indemnités vacances, jours fériés et le 13^{ème} salaire) de 37 fr. 80. Selon les comptes de salaires produits en annexe au questionnaire, l'assuré avait perçu un salaire brut annuel de 68'925 fr. 05 en 2011 et de 63'512 fr 40 en 2012. Selon l'extrait de compte individuel, l'assuré a réalisé un revenu total annuel de 55'462 fr. en 2007, de 66'841 fr. en 2008, de 63'398 fr. en 2009, de 57'951 fr. en 2010, de 67'135 fr. en 2011 et de 44'642 fr. en 2012. Dans un rapport du 12 septembre 2013 à l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après OAI ou intimé), le Dr H. _____ a posé les diagnostics de « lombosacrologie sur les apophyses transverses L1-L4 et 12^{ème} arc costal gauche » existant depuis 2012 et de dépression post traumatique existant depuis 2013. Il a émis un pronostic défavorable en raison de la chronicisation des douleurs et fait état d'une incapacité de travail de 100% depuis le 18 septembre 2012. L'assuré a été réexaminé par le Dr L. _____ le 23 octobre 2013. A cette occasion, ce dernier a fait l'appréciation suivante du cas : « Les antécédents de ce patient sont résumés dans mon rapport d'examen du 21.03.2013 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut. Actuellement, le patient dit que les douleurs sont variables d'un jour à l'autre. Il a eu des infiltrations avec un résultat mitigé. Il a quand même l'impression qu'elles l'ont finalement aidé. Les douleurs, qui restent bien limitées à G, sont toujours passablement invalidantes. Le patient se sent handicapé, limité dans tout ce qu'il fait. A l'examen clinique, on retrouve un patient solidement constitué mais en surpoids, toujours déconditionné, suant et soufflant, qui s'autolimité fortement. Objectivement, il n'y a pas de vrai trouble statique mais le patient adopte volontiers une attitude scoliotique antalgique de la colonne dorso-lombaire. La musculature para-vertébrale est bien développée. Il y a toujours une sorte de cellulalgie de toute la région lombaire à G avec des réactions de retrait au moindre effleurement. La mobilité rachidienne est globalement conservée mais la mobilisation s'effectue avec une lenteur démonstrative et un luxe de précautions. Les changements de position restent apparemment très difficiles et le patient paraît toujours encombré de son corps. La station assise prolongée, en revanche, est supportée sans aucune gêne apparente. Il n'y a pas de signe d'atteinte radiculaire. En fin de compte, l'impression qui prévaut est celle d'un enlèvement de la situation chez un patient très passif, incapable de se projeter dans l'avenir, se réfugiant derrière un traitement intensif, au motif qu'il finira par aller mieux avec le temps. Il faut maintenant que M. M. _____ admette qu'il devra vivre avec des douleurs résiduelles, qu'il ne peut plus travailler sur un chantier, en tout cas en plein, et qu'il doit s'investir, avec l'aide de l'AI, dans un projet professionnel qui tienne la route. Les limitations fonctionnelles sont essentiellement les charges moyennes et les positions statiques prolongées. Dans une activité respectant ces limitations, il est clair que la capacité de travail est entière. Pour ce qui est de la responsabilité de la Suva dans cette affaire, en présence d'un violent traumatisme lombaire, avec des fractures d'apophyses transverses en série, dont la plupart ne consolideront jamais, j'estime qu'elle reste définitivement engagée. A la liquidation du cas, l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité devra donc être envisagée. » Dans un rapport du 29 janvier 2014, le Dr X. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a estimé que l'assuré ne pouvait pas recouvrer une

capacité de travail exigible dans son activité habituelle, mais que dans une activité adaptée, il aurait une capacité de travail entière depuis le 24 octobre 2013. A cet égard, il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges de plus de 10 kg, positions statiques immobiles prolongées, postures en porte-à-faux prolongées et en inclinaison/rotation du tronc. Selon une communication du 12 février 2014 intitulée « Mesures d'intervention précoce [IP] sous forme d'orientation professionnelle », l'OAI a informé l'assuré qu'il lui accordait une mesure d'accompagnement intensif sous forme d'orientation professionnelle auprès d'U. _____ SA, à Lausanne, du 24 février au 25 mai 2014. Par courrier du 8 mai 2014, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il bénéficierait également d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation, soit un cours de français écrit I auprès de F. _____ SA, à Lausanne, du 5 mai au 11 juillet 2014. En effet, l'assuré parlait et comprenait la langue française, sans toutefois en maîtriser l'écrit. Le 23 juin 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a estimé le préjudice économique à 15,12%, compte tenu d'un revenu sans atteinte à la santé de 66'183 fr. (correspondant au salaire de la Convention collective de travail [ci-après : CCT] de la branche bâtiments et génie civil), d'un revenu d'invalidé de 56'178 fr. 02, et d'un abattement de 10% sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles. Il a en outre donné les exemples suivants d'activités adaptées : ouvrier d'usine (pièces légères), surveillant d'un processus de production, manutentionnaire (industrie légère). Selon une communication interne intitulée « IP – Proposition de DDP », établie le 22 juillet 2014 par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, aucune autre mesure n'était susceptible de modifier la situation dans laquelle l'assuré se trouvait. En conséquence, le mandat IP serait fermé. Le 22 juillet 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Le même jour, l'assuré s'est vu reconnaître le droit à une aide au placement. Le 18 août 2014, le Dr L. _____ a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Dans son rapport du même jour, il a relevé ce qui suit : « 3. Déclarations de l'assuré Le patient dit que ça ne va pas. Il a des lombalgies pénibles, toujours bien localisées à G, variables d'un jour à l'autre, peut-être en fonction du temps. Le patient a l'impression d'être handicapé, limité dans tous les AVQ [activités de la vie quotidienne]. Il lui arrive de penser que sa vie est terminée. Il semble persuadé que les fractures découvertes après-coup n'ont pas été traitées adéquatement. Un traitement de physiothérapie se poursuit, à sec et en piscine, à raison de 2 séances par semaine. Le patient a bien essayé d'arrêter mais il a vu ses douleurs s'aggraver. Il prend quotidiennement du Zal diar®, auquel il ajoute parfois du Tramadol®. C'est toujours le Dr H. _____, son médecin-traitant à [...], qui le suit. Au plan professionnel, le patient cherche vaguement un emploi qui pourrait lui convenir mais il ne voit pas bien ce qu'il pourrait faire. 4. Constatations Il s'agit d'un patient de 53 ans, solidement constitué mais en surpoids, suant et soufflant de manière assez démonstrative, en état général conservé. Rachis : La démarche, pieds nus dans la salle d'examen, s'effectue à petits pas mais sans boiterie. Le patient dit ne pas pouvoir marcher sur la pointe des pieds ni sur les talons. L'accroupissement, d'abord refusé, est finalement assez profond, mais lentement effectué et le patient se relève avec des difficultés un peu théâtrales. Les ceintures sont équilibrées. On retrouve une attitude scoliotique antalgique de la colonne dorsolombaire, surtout en position assise, mais seulement sur le lit d'examen. La musculature para-vertébrale est bien développée, non contracturée, et c'est plutôt la peau et le tissu sous-cutané qui sont sensibles dans la région lombaire à G, avec des réactions de retrait au moindre effleurement. La mobilité rachidienne est globalement conservée mais il faut beaucoup insister pour que le patient se mobilise et il le fait très lentement et avec beaucoup

de précautions. Les changements de position restent apparemment difficiles. Il n'y a pas de signe d'atteinte radiculaire. En fin d'examen, lorsque le patient se rhabille, le handicap apparent a tendance à s'estomper. 5. Appréciation Les antécédents de ce patient sont résumés dans mon rapport d'examen du 21.03.2013 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut. Actuellement, le patient dit que ça ne va pas. Il a des lombalgies pénibles, toujours bien localisées à G, variables d'un jour à l'autre, peut-être en fonction du temps. Le patient a l'impression d'être handicapé, limité dans tous les AVQ. Il lui arrive de penser que sa vie est terminée. Il semble persuadé que les fractures découvertes après-coup n'ont pas été traitées adéquatement. L'examen clinique est à nouveau dominé par une autolimitation. Objectivement, on retrouve une attitude scoliotique antalgique de la colonne dorsolombaire, surtout en position assise mais seulement sur le lit d'examen. La musculature paravertébrale est bien développée, non contracturée, et c'est plutôt la peau et le tissu sous-cutané qui sont sensibles dans la région lombaire à G, avec des réactions de retrait au moindre effleurement. La mobilité rachidienne est globalement conservée mais il faut beaucoup insister pour que le patient se mobilise et il le fait très lentement et avec beaucoup de précautions. Les changements de position restent apparemment difficiles. Il n'y a pas de signe d'atteinte radiculaire. En fin d'examen, lorsque le patient se rhabille, le handicap apparent a tendance à s'estomper. S'il est imaginable que des fractures en série d'apophyses transverses G, pour la plupart non consolidées, laissent des douleurs résiduelles, on s'explique mal l'ampleur du handicap et il est probable que des facteurs contextuels jouent un rôle important dans cette évolution qui prend l'allure d'une sinistrose. On a aussi l'impression que le patient se réfugie derrière un traitement intensif, au demeurant inutile, pour ne pas affronter la réalité de sa situation, soit une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant des limitations qui ont déjà été précisées. Pour être clair, la poursuite de la physiothérapie ne se justifie pas. Les antalgiques, assortis de consultations espacées, restent à la charge de la Suva. Si on se réfère à la table 7 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/7.f-2004, un taux de 5% peut être retenu, la situation paraissant intermédiaire entre des douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (+) et des douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts (++), dans le cadre d'un statut après de multiples fractures d'apophyses transverses G, pour la plupart non consolidées, mais ne présentant aucun caractère de gravité. » Par décision du 26 septembre 2014, l'OAI a refusé la rente d'invalidité à l'assuré, avec la motivation suivante : « Résultat de nos constatations : Selon les renseignements en notre possession, lors d'un accident le

E. 18

septembre 2012, vous avez fait une chute et avez violemment été heurté dans le dos par une poutre, ce qui a provoqué une fracture de la 12^{ème} côte gauche et fractures des apophyses transverses des vertèbres L1 à L4 à gauche. Lors d'un examen ambulatoire à la clinique romande de réadaptation le 9 juillet 2013, on a constaté une évolution lentement favorable avec récupération d'une capacité de travail de l'ordre de 50% dès le 19 août 2013, ce qui correspond au début de l'aptitude à la réadaptation. Lors de l'examen final par le médecin d'arrondissement de la SUVA le

E. 23

octobre 2013, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10kg, pas de position statique immobile prolongée, pas de posture en porte à faux prolongée et en inclinaison/rotation du tronc). 6.

Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant. A ce propos, il y a lieu de relever que ce dernier ne critique pas les éléments sur lesquels l'OAI a fondé sa décision, mais se contente de contester le degré d'invalidité qui ne reflète pas, selon lui, ses limitations fonctionnelles. a) Pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, il convient de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (« revenu hypothétique sans invalidité ») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (« revenu d'invalidé ») ; c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). aa) Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence ; cf. TF 9C_338/2013 du 14 août 2013 consid. 4.3). bb) Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré qui n'a pas repris d'activité adaptée à son état de santé alors que l'on peut raisonnablement l'exiger de lui, il est possible de se fonder sur des tables statistiques, en particulier sur les données issues des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; TFA I 171/04 du 1^{er} avril 2005 consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (ATF 126 V 175 ; cf. Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit, 2^e édition, Bâle 2007, ch. 25 p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il convient de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge et il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 126 V 75

consid. 5b/bb). Par ailleurs, la déduction globale maximale est limitée à 25% du revenu statistique (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc). La déduction doit être motivée, en ce sens que l'assuré doit pouvoir se faire une idée des motifs qui ont amené l'administration à prendre sa décision ; en particulier, cette dernière doit au moins expliquer brièvement pourquoi elle opère la réduction, et sur quels critères elle s'est basée dans le cadre de son appréciation globale (ATF 126 V 75 consid. 5b/dd). b) Dans le cas d'espèce, l'intimé a déterminé le revenu sans invalidité du recourant en se référant à la convention collective de travail de la branche bâtiment et génie civil [correspondant à la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse – abrégée « CN 2012-2015 »]. Sur cette base, il a retenu le salaire d'un ouvrier dans la construction sans CFC mais disposant de connaissances professionnelles (Groupe B), correspondant à un salaire annuel brut de 66'183 fr. (cf. art. 41 al. 2 let. b CN). Or l'intimé disposait du formulaire complété par l'ancien employeur du recourant, T. _____ Sàrl, dont il ressort que le recourant travaillait en qualité de « maçon – coffreur B » pour un salaire horaire de 37 fr. 80, correspondant à un salaire annuel brut de 63'512 fr. 40 pour l'année 2012. Il y a lieu de rappeler cependant que les dispositions d'une convention collective étendue en vertu de la LECCT (Loi fédérale du 28 septembre 1956 permettant d'étendre le champ d'application de la convention collective de travail, RS 221.215.311) acquièrent dans la branche concernée un effet normatif direct et qu'il ne peut y être dérogé en défaveur du travailleur (Schweingruber/Bigler, Commentaire de la convention collective de travail, 2^{ème} éd., Berne 1973, n. 1 ad art. 4 LECCT, p. 91; Stöckli, Berner Kommentar, Berne 1999, n. 87 ad art. 356b CO, p. 218). La décision d'extension permet donc l'application d'une convention aux employeurs et aux travailleurs qui appartiennent à la branche économique ou à la profession visée et ne sont pas liés par cette convention (cf. art. 1 al. 1 LECCT). Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que l'intimé a apporté un correctif au calcul du revenu sans invalidité du recourant en se basant sur le minimum garanti par la CCT applicable en lieu et place du dernier salaire du recourant. Ce raisonnement peut être confirmé dès lors que le revenu sans invalidité basé sur le minimum imposé sur la CCT est peu éloigné du dernier salaire réalisé par le recourant, que la CCT appliquée est étendue, et que le montant retenu est favorable au recourant, qui n'a réalisé un revenu supérieur à 66'183 fr. qu'en 2008 et 2011 selon son compte individuel. Au surplus, le recourant n'a pas contesté le salaire sans invalidité retenu par l'intimé. c) In casu, pour fixer le revenu d'invalidé, l'intimé s'est fondé, conformément à la jurisprudence, sur les données économiques statistiques, singulièrement sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalidé dès lors qu'il recouvre un large éventail des activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignante (TF 9C_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.5). En outre, l'intimé a retenu un abattement de 10% sur le salaire statistique eu égard aux limitations fonctionnelles. A cet égard, il sied de relever que le fait que l'assuré ait un manque de compétence professionnelle ne saurait être retenu à titre de critères déterminants dans la mesure où l'absence d'expérience dans certains domaines d'activités n'a que peu d'influence sur la rémunération perçue pour l'accomplissement de tâches simples et

répétitives. A cet effet, l'intimé énonce comme genre d'activité adaptée celle d'ouvrier d'usine (pièce légère), surveillant d'un processus de production, manutentionnaire dans l'industrie légère. Par ailleurs, s'agissant du critère de l'âge, il appert que le recourant était âgé de 53 ans au moment de la décision litigieuse, soit un âge qui ne peut être qualifié de « relativement avancé » (TF 9C_154/2011 du 19 juillet 2011 consid. 4.3). Il n'a dès lors pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (cf. TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4 et I 819/04 du

E. 27

mai 2005 consid. 2.2 et les références). De plus, il est encore éloigné du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et les références). Quant à la nationalité portugaise du recourant, il convient de relever que ce dernier vit en Suisse depuis dix ans, est au bénéfice d'un permis B (autorisation de séjour) et a travaillé en terre helvétique pendant près de six ans (2006 à 2012, année de son accident), ce qui démontre une intégration professionnelle réussie. De plus, il ressort des pièces que ce dernier maîtrise la langue française s'agissant de la compréhension et de l'expression orale; quant à sa connaissance de l'écrit, il convient de rappeler que l'autorité intimée a inscrit le recourant à un cours de français écrit I. Pour le reste, on ne voit pas que la période d'inactivité professionnelle ni le laps de temps depuis le dépôt de la demande soient des critères déterminants devant être pris en compte dans la pondération de l'abattement (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). Au vu de ce qui précède, il n'apparaît pas que les circonstances pertinentes aient été ignorées ou qu'elles aient été appréciées de manière manifestement insoutenable par l'autorité intimée. Soulignons à cet égard que le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6). Partant, le revenu d'invalidé fixé à 56'178 fr. 02, eu égard aux données de l'ESS et d'un abattement de 10%, doit être confirmé. d) En définitive, en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 66'183 fr. et avec invalidité, abattement de 10% compris, de 56'178 fr. 02, le taux d'invalidité s'élève à 15.12%. Ce taux - inférieur à 40% - n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. 7. Le recourant sollicite l'octroi de mesures de réinsertion et d'orientation professionnelles « pour pouvoir effectivement trouver un emploi adapté à [ses] limitations fonctionnelles », lui permettant de gagner sa vie. Or son taux d'invalidité est inférieur à 20%, donc inférieur au seuil requis pour ouvrir un droit à une mesure de reclassement (cf. consid. 4). Il n'y a en outre pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'intimé, qui a constaté par le biais de son service de réadaptation qu'aucune autre mesure que celles d'ores et déjà offertes ne permettait de modifier la situation dans laquelle se trouve l'assuré. De plus, le recourant ne sollicite pas l'octroi d'une mesure en particulier. En effet, eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives offert par le secteur de la production ne nécessitant aucune formation autre qu'une mise au courant initiale, il n'est pas irréaliste ou illusoire d'admettre que, compte tenu du fait que les limitations retenues autorisent l'exercice d'une activité industrielle légère avec port de charges de plus de 10 kg, position statique immobile prolongée, posture en porte à faux prolongée et en inclinaison/rotation du tronc, il existe un nombre significatif d'activités adaptées aux atteintes du recourant que celui-ci doit pouvoir exercer sans avoir besoin d'une mesure de reclassement (cf. dans ce sens ATF 9C_467/2012

du 25 février 2013 consid. 5). On rappellera en dernier lieu que l'aide au placement lui a été reconnue le 22 juillet 2014 et qu'il peut la solliciter. 8. 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 ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). En l'occurrence, le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises (audition du recourant et du Dr H. _____), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 9. a) En définitive, le recours 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 (art. 69 al. 1bis LAI); 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 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015, RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé - au demeurant non assisté - n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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