

## VD\_FINDINFO AI 611/08 - 192/2010 vom 14. April 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-04-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_611\\_08\\_-\\_192\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_611_08_-_192_2010)

FR: VD\_FINDINFO AI 611/08 - 192/2010 du 14 avril 2010

IT: VD\_FINDINFO AI 611/08 - 192/2010 del 14 aprile 2010

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RENTE TEMPORAIRE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 14.04.2010 AI 611/08 - 192/2010

RENTE D'INVALIDITÉ, RENTE TEMPORAIRE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 611/08 - 192/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 avril 2010

\_\_\_\_\_ Présidence de \_\_\_\_\_ Mme Röthenbacher Juges : \_\_\_\_\_ Mme Di Ferro Demierre et M. Perdrix, assesseur Greffier : \_\_\_\_\_ M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante entre : V. \_\_\_\_\_, à Moudon, recourant, représenté par Me Caroline Ledermann, avocate à Procap, Service juridique, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 8 al. 1 et 17 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI E n f a i t : A. V. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1958, travaillait en qualité de maçon depuis plusieurs années. Le 12 mars 2004, il a été victime d'une chute sur son lieu de travail et est tombé sur le dos; un tassement de L3 a été diagnostiqué et le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA). Dans ce cadre, l'assuré a notamment effectué un séjour à la clinique romande de réadaptation du 19 janvier au 9 février 2005. Le 8 juin 2005, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI pour adultes, sollicitant un reclassement dans une nouvelle profession et une rente d'invalidité. Il invoquait une fracture et un tassement de la vertèbre L3, se prévalant d'une incapacité de travail depuis le 12 mars 2004. L'OAI a requis l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique à Payerne. Dans un rapport du 14 juillet 2005, se référant à un protocole opératoire du 13 mars 2004, celui-ci a retenu le diagnostic de status après spondylodèse en suspension L2-L4 pour une fracture impactée de L3, greffée, et dont le corps vertébral supérieur a été redressé. Le dossier de l'assuré auprès de la CNA a par ailleurs été produit. Dans un rapport du 14 juillet 2005, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a écrit que la situation pouvait être considérée comme stabilisée. La fracture ainsi que la greffe étaient radiologiquement consolidées. L'assuré présentait encore à l'examen des douleurs résiduelles rares ou nulles au repos mais s'accroissant lors de la position assise prolongée et par les efforts. Il était dit que l'assuré n'avait toujours pas repris le travail et que le retour à une pleine capacité dans une activité de maçonnerie paraissait tout à fait réservé, raison pour laquelle il convenait d'ores et déjà de mettre en route un processus de reclassement professionnel par l'assurance-invalidité. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une pleine capacité de travail pouvait vraisemblablement être

mise en valeur par l'assuré dans toute activité semi sédentaire ou permettant les changements de position et n'exigeant pas le port de charges. Dans un rapport du 21 juillet 2005, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecine générale à Moudon et médecin traitant de l'assuré, a notamment retenu le diagnostic de lombalgies séquellaires d'un accident de chantier et une incapacité de travail de 100 % dans l'activité de maçon, définitive depuis le 12 mars 2004. Ce praticien a par ailleurs certifié que l'assuré ne pouvait plus exercer l'activité de maçon mais en revanche qu'il pouvait exercer toute activité semi sédentaire permettant les changements de position et n'exigeant pas le port de charges, précisant que le taux horaire ne pouvait être précisé en l'état. L'assuré a entrepris un stage dans un centre ORIPH (Organisation romande pour l'intégration professionnelle des personnes handicapées; actuellement: ORIF) puis en entreprise. Le 6 février 2007, le Dr C. \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que l'assuré n'était plus en état de continuer son stage pour une durée indéterminée voire définitive. Étaient invoqués un mal de dos de plus en plus intense et invalidant ainsi qu'un état d'anxiété manifeste. Dans un rapport du 19 mars 2007, le Dr L. \_\_\_\_\_, qui avait opéré l'assuré après son accident, a écrit qu'en ce qui concerne la colonne vertébrale, les suites de l'opération étaient bonnes. En revanche, l'assuré présentait, vraisemblablement, de longue date, un canal lombaire constitutionnel étroit et légèrement dégénératif au niveau de L4-L5 et L5-S1. Il présentait également au niveau du bassin un début de coxarthrose bilatérale beaucoup plus marquée du côté droit et qui était préalablement déjà symptomatique. Par décision du 23 avril 2007, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 25 %, indiquant que celui-ci était à même d'exercer toute la journée une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne dût pas porter de charges et qu'il pût travailler en position alternée assise/debout. B. Le 10 mai 2007, l'OAI a établi un projet de décision refusant à l'assuré le droit à une rente au motif que la capacité de travail de ce dernier était exigible à 100 % dans une activité adaptée. L'OAI a calculé un degré d'invalidité de 20.97 %. Par courrier du 22 mai 2007 contresigné par l'assuré, le médecin traitant de l'assuré, le Dr C. \_\_\_\_\_, s'est opposé à ce projet de décision. Dans un rapport du 4 juin 2007, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a retenu le diagnostic de canal lombaire étroit asymptomatique. Il a retenu que la participation neurologique au tableau actuel de l'assuré pouvait être considérée comme négligeable, les plaintes de l'intéressé relevant pour l'essentiel de douleurs à caractère mécanique. Dans un courrier du 8 juin 2007 adressé à l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_ a relevé qu'en l'état actuel du dossier, les lésions objectivement constatées du rachis lombaire et de la hanche droite ne devaient pas empêcher une activité professionnelle adaptée. Il a suggéré un examen par un psychiatre pour expliquer la divergence entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives. Par avis médical du 12 juillet 2007, les Drs H. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) ont proposé un nouvel examen de l'état de santé de l'assuré au moyen d'une expertise bidisciplinaire, soit psychiatrique et rhumatologique. Le 12 septembre 2007, lors d'un examen rhumato-psychiatrique, l'assuré a été examiné par les Drs N. \_\_\_\_\_, médecine interne et rhumatologie FMH au SMR, et K. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH au SMR. Dans leur rapport du 22 octobre 2007, ces médecins ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après fracture-tassement du mur antérieur de L3 ayant nécessité une ostéosynthèse et une greffe ainsi qu'un canal lombaire étroit mixte et une coxarthrose droite modérée. Sur le plan psychiatrique, ils ont retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie. La capacité de travail exigible a été évaluée à 0 % dans l'activité habituelle d'aide-maçon et à 80 % depuis

mai 2005, soit 6 mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, dans une activité adaptée. Ces médecins ont relevé ce qui suit dans l'appréciation du cas: "L'assuré se plaint actuellement essentiellement de lombalgies et de douleurs de la fesse droite. Il a présenté également parfois des lâchages du membre inférieur droit, s'étant compliqués à trois reprises de chutes, avec, à une reprise, une plaie de l'arcade sourcilière droite ayant nécessité une suture. Au status, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est bien diminuée, alors que la mobilité cervicale est légèrement diminuée. On note cependant la présence de deux signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la rotation du tronc, les ceintures bloquées et d'une discordance entre les distances doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen. Cependant, la discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils est probablement liée à une certaine crainte de l'assuré de se faire mal. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part les rotations des deux hanches, surtout à droite. Il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Le status neurologique est sans particularité, mis à part une aréflexie achilléenne gauche. Les examens radiologiques mettent en évidence un status après ostéosynthèse L2-L4 pour fracture en L3 sans pathologie inflammatoire, ni herniaire au niveau directement sus- et sous-jacent. Il existe également des troubles dégénératifs et un important canal lombaire mixte disco-dégénératif et constitutionnel en L4-L5 et L5-S1. Il existe aussi une coxarthrose droite modérée. Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, la capacité de travail est nulle dans l'activité d'aide-maçon. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail est de 80 %. D'un point de vue rhumatologique, effectivement, nous ne retenons pas une capacité de travail totale dans une activité adaptée, au vu des pathologies ostéoarticulaires qui entraînent probablement une baisse de rendement de 20 %. Sur le plan psychiatrique, assuré de 49 ans, aide-maçon, qui présente en date du 16.06.2005, à la suite d'une fracture du mur antérieur de L3 opérée le 13.03.2004, une demande de rente, alors que la SUVA et la Clinique Romande de Réadaptation lui reconnaissent une incapacité de travail totale dans l'activité précédente et une exigibilité pleine dans une activité adaptée. L'examen clinique psychiatrique met en évidence une dépression de l'humeur avec fatigabilité, irritabilité et troubles du sommeil, survenant plus particulièrement dans les périodes où les douleurs sont intenses et ce depuis 2004. Ces éléments correspondent à une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. La fluctuation de ces états avec période de mal-être mais alternance de périodes de mieux-être, évoque le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles il se sentent bien, mais la plupart du temps ils se sentent fatigués et déprimés. Tout leur coûte, rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux mais restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré qui assure la vie quotidienne en particulier pour son fils en apprentissage, alors que son épouse est très souvent au Portugal s'occupant de la fille. En dehors de ce tableau de dysthymie, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial et de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous pouvons donc conclure que l'examen clinique psychiatrique ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ayant

pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée. Les limitations fonctionnelles sont: Rachis: nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Membre inférieur droit: pas de marche en terrain irrégulier, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers. Pas de genuflexion répétée, pas de marche ou de position debout prolongée de plus d'une demi-heure. Sur le plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Sur le plan somatique, il y a une incapacité de travail totale comme aide-maçon depuis le 12.03.2004. [...] Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Sur le plan somatique, il est resté stable depuis lors. [...]

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations pluridisciplinaires effectuées lors de l'examen SMR Suisse Romande du 12.09.2007, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité d'aide-maçon, alors qu'elle est de 80 % dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées". Le 20 novembre 2007, le Dr H.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu, sur la base de l'examen bidisciplinaire effectué le 12 septembre 2007, qu'il existait une exigibilité de 80 % dans une activité adaptée à partir de février 2007. Selon une fiche d'examen de l'OAI du 4 février 2008, il existait une incapacité de travail totale à l'échéance du délai d'attente, soit le 12 mars 2005, jusqu'en mai 2005. Dès cette date, compte tenu d'une exigibilité de 80 % dans une activité adaptée, le préjudice économique était de 37 %, ce qui entraînait la suppression de la rente après 3 mois, soit dès le 1<sup>er</sup> août 2005. C. Le 4 février 2008, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2005 au 31 juillet 2005, estimant que pour la période subséquente, selon comparaison des revenus avec et sans invalidité pour l'année 2005 et en tenant compte d'un abattement de 10 % du revenu d'invalidité, le degré d'invalidité de l'assuré était de 37 %, ce qui excluait le droit à une rente d'invalidité. L'assuré a contesté ce projet de décision. Dans un certificat médical du 14 avril 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecine interne FMH à Moudon, a relevé qu'on ne tenait pas suffisamment compte des lombalgies ressenties par l'assuré, que celui-ci était également limité dans ses capacités professionnelles par des gonalgies bilatérales, qu'une cardiopathie ischémique était encore en cours d'évaluation et que l'intéressé – se décrivant triste, nerveux, fatigué et angoissé notamment – semblait à ce médecin déprimé du fait de sa situation de santé. Le 5 mai 2008, les Drs H.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, du SMR, ont rédigé un avis selon lequel le Dr S.\_\_\_\_\_ ne motivait pas son appréciation selon laquelle les lombalgies avaient un caractère fluctuant, qu'il n'y avait pas d'atteintes dégénératives au genou, qu'aucun élément au dossier ne mentionnait une atteinte cardiologique et que le médecin n'avait pas prescrit à l'assuré un traitement antidépresseur ou anxiolytique. D. Par décision du 7 novembre 2008, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2005 au 31 juillet 2005. Se référant à l'examen pratiqué par le SMR le 12 septembre 2007, il a précisé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité d'aide-maçon depuis le 12 mars 2004 et qu'elle était exigible à 80 % dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles dès mai 2005. A partir du 1<sup>er</sup> août 2005, soit après 3 mois d'amélioration de la capacité de travail et de gain, l'OAI a retenu que le degré d'invalidité de l'assuré était de 37 %, ce qui excluait le droit à une rente d'invalidité. A cet égard, il s'est fondé sur une comparaison des revenus pour l'année 2005, en retenant un revenu sans invalidité de 65'864 fr. selon les indications de l'ancien employeur de l'assuré et un revenu d'invalidité de 41'638 fr. 20 selon l'enquête suisse sur la

structure des salaires (ESS) dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé, en tenant compte d'un abattement de 10 % du revenu d'invalidé. Dans un rapport du 26 novembre 2008, le Dr S. \_\_\_\_\_ a en substance confirmé les arguments avancés dans son rapport du 14 avril 2008. E. Par recours du 4 décembre 2008 formé au Tribunal cantonal des assurances, l'assuré conclut, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision du 7 novembre 2007, à l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> mars 2005 au 30 avril 2007, à l'octroi d'un quart de rente au minimum des le 1<sup>er</sup> mai 2007 et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il soutient que le rapport SMR du 5 mai 2008 des Drs H. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ ne permet pas de s'écarter de l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_, de sorte qu'il est dénué de valeur probante. Faisant valoir que l'instruction médicale est insuffisante, il réclame la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire portant sur les aspects neurologiques, orthopédiques, cardiologiques et psychiatriques. Se prévalant d'un abus du pouvoir d'appréciation dans le calcul du préjudice économique, il relève que le revenu d'invalidé ne peut être déterminé au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, compte tenu des lacunes et des aptitudes limitées de l'assuré. Il conteste également l'abattement de 10 % du revenu d'invalidé, faisant valoir qu'un taux de 25 % aurait dû être retenu, notamment compte tenu de son âge, de ses capacités limitées, de ses lacunes et d'un taux d'occupation partiel. F. Dans un rapport du 12 janvier 2009, les Drs P. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistante à l'unité de psychiatrie ambulatoire de Payerne, ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Ils ont également mentionné le suivi par l'assuré d'un traitement anti-dépresseur et précisé qu'après trois entretiens la prise en charge psychiatrique n'allait probablement plus être nécessaire. Ils ont considéré comme étant difficile de se prononcer rétrospectivement au sujet de la capacité de travail établie par les médecins du SMR. Dans un avis médical du 12 mars 2009, les Drs H. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, se prononçant au sujet du rapport du 26 novembre 2008 du Dr S. \_\_\_\_\_ et du rapport des Drs P. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, ont relevé qu'il n'y avait pas d'éléments de nature à mettre en évidence une aggravation significative de l'état de santé de l'assuré et ont maintenu leur position. Dans sa réponse du 23 mars 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Se fondant sur les arguments des médecins du SMR, il soutient que l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ de même que celui des Drs P. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à justifier une aggravation de l'état de l'assuré. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile. Pour le surplus répondant aux conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal cantonal des assurances, est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée,

résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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 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'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). c) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 aLAI (disposition applicable jusqu'au 31.12.2002), respectivement de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les

circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées). 3. Est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité. Dans la décision attaquée du 7 novembre 2008, l'intimé lui reconnaît le droit à une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2005 au 31 juillet 2005 et lui nie tout droit à une rente pour la période postérieure, soit dès le 1<sup>er</sup> août 2005. Le recourant conclut principalement à l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> mars 2005 au 30 avril 2007 et à l'octroi d'un quart de rente au minimum des le 1<sup>er</sup> mai 2007. 4. a) En premier lieu, le recourant conteste la valeur probante de l'avis SMR du 5 mai 2008. Il fait valoir que la CNA lui a octroyé une rente de 25 % pour les seules suites de sa fracture L3. C'est oublier que dans sa décision du 23 avril 2007, la CNA a écrit que sur le plan médical, le recourant était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie à la condition qu'il ne dût pas porter de charges et qu'il pût travailler en position alternée assise/debout, en relevant qu'une telle activité était exigible toute la journée. Selon la CNA, l'assuré dispose donc d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui n'est pas sans rejoindre les conclusions des médecins du SMR. b) Le recourant s'appuie ensuite sur les constatations médicales du Dr S.\_\_\_\_\_. S'agissant des lombalgies, celles-ci ont dûment été prises en compte par le Dr N.\_\_\_\_\_ lors de l'examen du 12 septembre 2007 (rapport SMR du 22.10.2007), lequel s'est fondé sur une anamnèse détaillée, un examen clinique précis – comme l'ont relevé les Drs H.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ (rapport du 05.05.2008) – ainsi que sur les plaintes de l'assuré. Les affirmations du Dr S.\_\_\_\_\_ quant au caractère fluctuant des lombalgies sont du reste peu étayées et motivées, notamment au regard des conclusions des médecins du SMR. On relèvera que la présence de gonalgies bilatérales n'est attestée par aucun autre médecin. Dans leur rapport du 5 mai 2008, les médecins du SMR ont du reste relevé au sujet des gonalgies qu'il n'y avait pas d'atteinte dégénérative. Quant à l'état cardiaque du recourant, sa gravité a été écartée par les examens pratiqués. Les explications des médecins du SMR sur ce point emportent la conviction du tribunal (rapport SMR du 05.05.2008). Il faut encore relever que, le 8 juin 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_, qui était alors le médecin traitant de l'assuré, a relevé que les lésions objectivement constatées du rachis lombaire et de la hanche droite ne devaient pas empêcher une activité professionnelle adaptée. Certes, il résulte du dossier que le recourant s'est fâché avec ce médecin, qui ne l'aurait pas assez soutenu (rapport du 12.01.2009 des Drs P.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_). Il n'en demeure pas moins que l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ selon lequel les lésions objectivement constatées permettent l'exercice d'une activité adaptée est pertinent et correspond aux autres pièces figurant au dossier, notamment aux rapports des médecins du SMR. c) Sur le plan psychiatrique, le recourant reproche principalement à l'OAI de n'avoir jamais recueilli l'avis de la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin assistante psychiatre. Or celle-ci est précisément l'un des auteurs du rapport du 12 janvier 2009. Dans ce rapport, le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique est posé. Un traitement a été instauré et l'état de santé de l'assuré était considéré comme

stable, les symptômes dépressifs paraissant moins intenses. Les psychiatres n'envisageaient que trois entretiens pour adapter si besoin était le traitement entrepris, la prise en charge psychiatrique n'étant probablement plus nécessaire ultérieurement. Ces psychiatres ne se sont expressément pas prononcés au sujet de la capacité de travail du recourant. A la lecture du dossier, il n'y a pas lieu de reconnaître une incapacité de travail en raison de troubles psychiques. En effet, à la suite de l'examen du 12 septembre 2007, le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion de travail sur le plan psychiatrique, seul le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie ayant été retenu (rapport SMR du 22.10.2007). On relèvera en outre, selon ce qui ressort du dossier de la CNA, que les examens psychiatriques pratiqués notamment à la clinique romande de réadaptation se sont révélés dans les limites de la norme. d) On ajoutera que les avis des Drs S. \_\_\_\_\_ C. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, en tant que médecins traitants de l'assuré, doivent être appréciés avec les réserves d'usage. Pour le surplus, le rapport d'examen effectué le 12 septembre 2007 par les Drs N. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ se base sur une anamnèse détaillée, se fonde sur des examens somatiques et psychiques approfondis en tenant compte des plaintes de l'assuré, prend en compte les autres pièces médicales figurant au dossier et comporte une appréciation médicale claire ainsi que des conclusions convaincantes et dûment étayées, de sorte qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue. 5. a) Le recourant reproche aussi à l'OAI le calcul du préjudice économique (p. 9 à 13 du recours). Il relève que le revenu d'invalidé ne peut être déterminé au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services et conteste le taux d'abattement de 10 % du revenu d'invalidé retenu par l'intimé. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76 et les références citées; TF 9C\_569/2007 du 6 janvier 2009), soit selon les données de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa; TF 9C\_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1). En l'espèce, bien que le recourant ait effectué un stage à l'ORIPH dans un domaine précis, on ne voit pas en quoi il ne serait pas apte à travailler dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé. Quoi qu'en pense le recourant et même s'il présente des atteintes non négligeables à sa santé, ce secteur offre un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles lui soient immédiatement accessibles (TF I 228/05 du 15 novembre 2006 consid. 5.2.2; TF I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 5 et les références citées). En outre, lorsque le recourant se prévaut de ses lacunes scolaires en français et en mathématiques, qui sont selon lui préjudiciables à sa réinsertion professionnelle, il faut lui rétorquer que les prestations de l'assurance-invalidité compensent l'incapacité de gain résultant d'une atteinte à la santé des assurés et ne sauraient servir à combler les éventuelles lacunes scolaires ou linguistiques des intéressés (TF I 724/02 du 10 janvier 2003 consid. 4.2.2; TF I 381/06 du 30 avril 2007). Au demeurant, ces éléments n'ont pas empêché le recourant d'exercer à satisfaction une activité professionnelle en Suisse pendant plusieurs années. b) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux

d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa; TF 9C\_1047/2008 du 7 octobre 2009 consid. 3.1). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté 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. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son 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; 123 V 150 consid. 2; TF 9C\_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.2). Dans le cas présent, compte tenu de l'ensemble des circonstances, soit de l'âge du recourant, de sa nationalité, de son parcours professionnel et des atteintes à sa santé notamment, un taux de 10 % d'abattement du revenu d'invalidité comme retenu par l'OAI n'est pas arbitraire. Le fait que l'assuré ait eu 50 ans révolus au moment où la décision litigieuse a été rendue ne saurait exiger que l'on s'écarte de cette appréciation. En effet, ce dernier n'avait pas encore atteint l'âge, en l'occurrence de 60 ans, 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 du travail supposé équilibré (TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3; TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, TF 9C\_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4 et TF I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2, avec références). c) Pour le surplus, le calcul de comparaison des revenus effectué par l'OAI correspond aux pièces versées au dossier s'agissant du revenu sans invalidité (déterminé selon les indications de l'ancien employeur de l'assuré et l'extrait du compte individuel de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS) ainsi qu'aux critères admis par la jurisprudence pour la détermination du revenu d'invalidité, soit selon les données de l'ESS calculées pour l'année 2005 (ATF 126 V 75; TF 9C\_235/2008 du 12 février 2009 consid. 2 et 3). Dans la décision attaquée, l'OAI a donc correctement mis en évidence un degré d'invalidité inférieur à 40 % et ne donnant donc pas droit à l'octroi d'une rente d'invalidité (art. 28 LAI a contrario). 6. a) Selon la jurisprudence, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 415 consid. 2; VSI 2001 p. 156 consid. 1; TFA I 236/05 du 22 juin 2006 consid. 2.2; TFA I 437/04 du 23 juin 2005 consid. 3.1). Ce principe est en particulier applicable en cas de rente limitée dans le temps, soit lorsque l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction de cette rente au sens d'une révision selon l'art. 17 LPG (TFA I 437/04 du 23 juin 2005 consid. 3.1; TFA I 236/05 du 22 juin 2006 consid. 2.2). b) Avec l'intimé, ainsi que l'ont retenu les Drs N. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ (rapport du 22.10.2007), on retiendra que le recourant présente une capacité de travail nulle dans l'activité d'aide-maçon depuis le 12 mars 2004 et de 80 % dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles dès mai 2005, soit six mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Ces éléments ne sont pas valablement contredits par les autres pièces médicales figurant au dossier. Si le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il existait une exigibilité de 80 % dans une

activité adaptée à partir de février 2007 (rapport du 20.11.2007), ce dont se prévaut le recourant, on relèvera que ce médecin n'a pas motivé son avis sur ce point, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail de l'intéressé faite par les Drs N. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_. Il faut donc considérer, sous l'angle d'une révision du droit à la rente, qu'il y a eu amélioration de l'état de santé du recourant à partir de mai 2005. Après un délai de trois mois (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201], applicable en cas de rente limitée dans le temps; TF I 581/06 du 25 mai 2007 consid. 4 et la référence citée) à compter du changement des circonstances intervenu en mai 2005, il y a donc lieu à révision du droit à la rente, soit à partir du 1<sup>er</sup> août 2005. C'est donc à juste titre que le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2005 au 31 juillet 2005 et que le droit à la rente a été supprimé pour la période postérieure à cette date, soit à partir du 1<sup>er</sup> août 2005. 7. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit tranchée et il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, soit de procéder à une nouvelle expertise comme le requiert le recourant. 8. 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. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Vu l'issue du litige, le recourant n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 4 décembre 2008 par V. \_\_\_\_\_ est rejeté. II. La décision rendue le 7 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est maintenue. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs) sont mis à la charge du recourant V. \_\_\_\_\_. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Caroline Ledermann, avocate à Procap, Service juridique (pour V. \_\_\_\_\_) ■ 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). Le greffier :

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