

VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 778 vom 7. Februar 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-02-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__778

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 778 du 7 février 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 778 del 7 febbraio 2014

Regeste

PRESTATION D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 5

Quels sont au plan médical les troubles présentés par [l'assuré] ? F62.0 Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe F32.11 Episode dépressif moyen avec syndrome somatique F45.4 Syndrome somatoforme douloureux persistant Impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche post-traumatique Cécité de l'œil gauche, conn[u]e depuis l'adolescence, avec strabisme divergent.

E. 6

En ce qui concerne l'aspect psychiatrique, on rappellera préalablement qu'après l'accident du 12 juillet 2004, l'assuré a développé un état de stress post-traumatique (cf. consilium psychiatrique du Dr M. _____ du 11 avril 2005, complété le 26 avril 2005, et rapport de synthèse des médecins de la Clinique P. _____ du 30 mai 2005; cf. également rapports des Drs D. _____ [23 juin 2005] et X. _____ [21 septembre 2005], ainsi que de l'UPA d'O. _____ [4 octobre 2005]), diminuant de 50% sa capacité de travail (cf. consilium psychiatrique du 26 avril 2005 du Dr M. _____ et rapport des médecins de l'UPA d'O. _____ du 4 octobre 2005). Par la suite, la CNA a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès de la Dresse F. _____, dont les conclusions ont été reprises par le SMR (cf. rapport du Dr S. _____ du 19 octobre 2006 et avis du Dr L. _____ du 9 avril 2009) et, corollairement, par l'OAI (cf. courrier du 24 décembre 2009). a) Aux termes de son rapport d'expertise du 27 juin 2006, la Dresse F. _____ a relevé que l'assuré signalait des cauchemars récurrents, environ une nuit sur deux, mais qu'elle n'avait pas objectivé de pensée intrusive, de flash-back, de conduite d'évitement, d'attaque de panique, de phobie (nonobstant l'évocation d'une peur du vide) ou d'état de qui-vive. Dans ces conditions, elle a retenu que l'état de stress post-traumatique diagnostiqué en avril 2005 était en rémission, depuis environ début 2006. Elle a en revanche retenu les diagnostics d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Elle a précisé que l'épisode dépressif réactionnel était d'intensité légère au vu de la symptomatologie et que des douleurs diffuses s'y étaient surajoutées, lesquelles n'avaient cependant pu être objectivées lors de l'expertise. Elle a également noté un taux sérique très bas d'antidépresseur, évoquant une mauvaise compliance au traitement médicamenteux. Elle a ajouté que la prise journalière d'antidépresseur devrait permettre une amélioration de la symptomatologie, voire une rémission de l'épisode dépressif léger, que le pronostic quant à la reprise d'un emploi restait défavorable pour des raisons sortant du champ médical – à savoir le contexte social et les

difficultés financières – et que sur le plan psychique, la capacité de travail était d'au moins 70% dans toute activité, singulièrement dans une activité simple, ne nécessitant pas de formation ou d'apprentissage particulier. b) Les conclusions de l'experte F._____ ne sont pas mises en doute par les autres avis médicaux au dossier. Ainsi, par rapport du 20 mars 2006, les Drs T._____ et C._____ de l'UPA de N._____ ont retenu les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis au moins octobre 2005 et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe depuis au moins avril 2005, tout en mentionnant un trouble somatoforme douloureux à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Ils ont ajouté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et sa capacité de travail nulle sur le plan psychiatrique, le pronostic quant à une reprise d'activité professionnelle étant très réservé. A l'examen de ce compte-rendu, on peine toutefois à comprendre sur quels éléments objectifs les Drs T._____ et C._____ se sont fondés pour retenir de tels diagnostics incapacitants et conclure à une entière incapacité de travail. En particulier, ces médecins n'ont pas indiqué les indices leur ayant permis de qualifier de moyen l'épisode dépressif de l'assuré, pas plus qu'ils n'ont expliqué les raisons pour lesquelles ils avaient posé le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe dès le mois d'avril 2005. Leur appréciation s'avère en outre d'autant moins convaincante qu'elle repose principalement sur les plaintes du recourant, par définition subjectives et dont bon nombre n'ont en définitive pas été retenues par la Dresse F._____, précisément faute d'avoir pu être objectivées. Dans ces conditions, on ne saurait préférer le point de vue des Drs T._____ et C._____ à celui, mieux étayé, de l'experte susnommée. Attendu que le rapport du 23 décembre 2008 des Dresses A._____ et I._____ de l'UPA de N._____ fait mention d'un état de santé superposable à celui décrit dans le rapport précité du 20 mars 2006, sans apporter d'élément nouveau, il convient pour les mêmes motifs d'écarter ce compte-rendu au profit des conclusions de l'experte F._____. Ce constat s'impose également s'agissant du rapport rédigé le 2 juillet 2009 par les Dresses A._____ et I._____, en tant qu'il témoigne d'une situation inchangée avec persistance des mêmes symptômes depuis le début du suivi de l'assuré à l'UPA de N._____, sans du reste opérer de distinction entre les diagnostics incapacitants et ceux dépourvus d'influence sur la capacité de travail. Quant au psychiatre-conseil de la CNA, le Dr R._____, il a tout d'abord confirmé la capacité résiduelle de travail de 70% retenue par la Dresse F._____ sur le plan psychique, considérant, dans une note du 8 février 2007, que les conclusions de l'expertise étaient bien fondées et qu'il n'y avait pas lieu de les contester. Par la suite, ce médecin a toutefois changé de point de vue. Ainsi, aux termes d'un rapport du 7 juillet 2009, le Dr R._____ a repris les diagnostics posés par l'experte F._____ tout en ajoutant celui de trouble dissociatif moteur avec exclusion fonctionnelle, du fait que le membre supérieur gauche de l'assuré était resté sans aucun mouvement durant l'entretien du même jour. Il a également relevé que son examen confirmait les conclusions de l'expertise concernant la rémission de l'état de stress post-traumatique et la persistance de troubles thymiques légers, mais a néanmoins retenu, contrairement à la Dresse F._____, que les troubles psychiques constatés n'étaient pas propres à limiter la capacité de travail, position qu'il a maintenue dans un rapport complémentaire du 11 décembre 2009. Or, rien dans les avis des 7 juillet 2009 et 11 décembre 2009 ne permet de comprendre les motifs ayant conduit le Dr R._____ à revenir sur sa position et à s'écarter de l'expertise de la Dresse F._____ pour considérer que l'exercice d'une activité professionnelle était désormais entièrement exigible sur le plan

psychique. Certes, dans son rapport d'expertise du 27 juin 2006, la Dresse F. _____ avait considéré qu'une évolution positive était possible. Néanmoins, dans ses comptes-rendus des 7 juillet et 11 décembre 2009, le psychiatre-conseil de la CNA s'est contenté de confirmer que les atteintes diagnostiquées par l'experte perduraient et n'a fourni aucune indication selon laquelle les troubles de l'assuré auraient pu évoluer favorablement depuis l'expertise de 2006 au point de perdre toute nature incapacitante. C'est donc de manière péremptoire, sans aucune motivation, que le Dr R. _____ a conclu à une pleine capacité de travail sous l'angle psychique. En ce sens, son appréciation n'est pas concluante et ne saurait emporter la conviction de la Cour de céans. Aussi y a-t-il lieu, là aussi, d'accorder la préséance à l'analyse claire et motivée de la Dresse F. _____. Peu importe, du reste, que les Drs X. _____, J. _____ et B. _____ aient posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique dans leurs rapports respectifs des 28 août 2006, 22 octobre 2007 et 1^{er} mai 2009, alors même que selon la Dresse F. _____, cette atteinte était en rémission depuis le début de l'année 2006. En effet, ces trois médecins somaticiens ne disposant pas de connaissances spécialisées dans le domaine de la psychiatrie, ils ne pouvaient dès lors se prononcer avec autorité sur la question (cf. consid. 3b supra); ils se sont d'ailleurs abstenus de détailler leur raisonnement ou d'émettre un avis quant à la capacité résiduelle de travail du recourant sous l'angle psychique. Leurs propos ne sauraient dès lors mettre à mal l'analyse de l'experte F. _____. On notera par ailleurs que si dans son rapport du 20 mars 2008, le Dr Z. _____ a évoqué – outre quelques signes de la lignée dépressive qui ne sont pas sujets à controverse en tant que tels – des signes d'un état de stress post-traumatique, il n'a toutefois pas précisé en quoi ceux-ci consistaient objectivement mais essentiellement énuméré les plaintes signalées par le recourant au cours du stage professionnel effectué au Centre Orph-COPAI d'O. _____. Il n'a du reste posé aucun diagnostic formel. Le Dr Z. _____ ne pouvant au surplus se prévaloir de connaissances particulières dans le domaine de la psychiatrie, son avis ne saurait dans ces conditions mettre en cause l'appréciation de la Dresse F. _____. c) Pour le reste, l'analyse de la Dresse F. _____ repose sur un examen clinique détaillé. L'experte a passé en revue l'histoire médicale de l'assuré, a procédé à une anamnèse complète et a mentionné les plaintes exprimées par celui-ci. Son rapport décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants, et l'appréciation de la situation médicale est motivée de manière convaincante. Dans ces conditions, contrairement à ce que prétend le recourant (cf. mémoire de recours du 10 mai 2010 pp. 3s. et 6), il importe peu que l'experte mandatée par la CNA n'ait pas intégré à son expertise le rapport complété par les Drs T. _____ et C. _____ le 20 mars 2006 sur interpellation de l'OAI – ce document n'étant pas décisif (cf. consid. 5b supra) – ou qu'elle n'ait pas réussi à s'entretenir avec le Dr C. _____ après avoir vainement tenté de le contacter (cf. rapport d'expertise du 27 juin 2006 p. 10 : « Téléphone et demande par fax, Dr C. _____, médecin, Unité de Psychiatrie Ambulatoire, N. _____ : Inatteignable »). Cela étant, il y a lieu d'admettre que le rapport d'expertise de la Dresse F. _____ du 27 juin 2006 satisfait en tous points aux conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3c supra). On peut de surcroît considérer que les conclusions de l'expertise étaient toujours d'actualité à la date déterminante de la décision querellée, dès lors que tous les avis médicaux postérieurs au rapport du 27 juin 2006 ont confirmé que l'état de santé de l'assuré demeurait inchangé, ce qui exclut corrélativement toute évolution significative. On relèvera enfin, à l'instar de l'experte (cf. rapport d'expertise du 27 juin 2006 p. 21), que des facteurs psychosociaux ne sont certainement pas étrangers à la situation de l'assuré mais que de tels éléments ne

relèvent pas de l'assurance-invalidité (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a; cf. TF 9C_239/2013 du 20 septembre 2013 consid. 3.3 et TF 9C_837/2011 & 9C_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3). Cela étant, la Cour de céans ne peut que rejoindre l'OAI pour retenir, sur la base des conclusions de l'experte F. _____, que le recourant dispose sur le plan psychiatrique d'une capacité résiduelle de travail de 70% dans toute activité. Sur ce point, la position de l'intimé échappe donc à la critique. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise judiciaire psychiatrique, telle que requise par le recourant (cf. mémoire de recours du 10 mai 2010 p. 8). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

E. 7

C'est à présent le lieu de déterminer le préjudice économique subi par le recourant du fait de ses atteintes à la santé. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; cf. TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1 et les références citées). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2). En l'espèce, cette comparaison doit se faire au regard de la situation existant en mai 2006, dès lors que la rente a été révisée à compter de cette date (cf. dans ce sens TFA I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 5.1, concernant le cas d'une rente temporaire). L'examen du dossier révèle toutefois que l'office intimé s'est fondé à tort sur l'année 2005 pour comparer les revenus avec et sans invalidité. Cette erreur ne porte toutefois pas à conséquence, ainsi qu'il sera démontré ci-après. b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. 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 (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence; cf. 9C_338/2013 du 14 août 2013 consid. 4.3). Doivent notamment être inclus dans le revenu sans invalidité les éléments de salaire correspondant à des heures supplémentaires fournies régulièrement lorsqu'il y a lieu d'admettre, au degré de vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à les effectuer s'il n'avait pas été invalide (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2090 p. 556; cf. VSI 2002 p. 159 consid. 3b; cf. ch. 3023 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité]). En l'espèce, le recourant conteste le revenu de valide retenu par l'intimé, faisant valoir qu'il y a lieu de se fonder non pas sur la rémunération prévue contractuellement mais sur la moyenne des revenus effectivement perçus en 2003 et 2004. Il convient dans un premier temps de récapituler les informations au dossier. A cet égard, il

ressort de l'attestation d'impôt à la source pour l'année 2003 que, de mars à décembre 2003, le recourant a perçu un revenu annuel déterminant pour le taux fiscal de 64'411 fr. 70, 13^{ème} salaire et gratification inclus; au pied de cette attestation figure une note manuscrite indiquant un salaire annualisé 77'294 fr. 04 (64'411 fr. 70 : 10 x 12). L'attestation d'impôt à la source pour l'année 2004 mentionne, quant à elle, un montant de 68'873 fr. 40 en guise de base d'impôt. Par ailleurs, dans le questionnaire pour l'employeur du 4 juillet 2005, il est fait état d'un horaire hebdomadaire de travail de 41.75 heures, d'un total annuel moyen conventionnel de 2'177 heures et d'un salaire horaire de 29 fr. 241 dès le 1^{er} janvier 2005. Il résulte également de ce questionnaire que, pour les dix derniers mois de l'année 2003, le recourant a perçu une rémunération totale de 58'583 fr. 70. Les montants figurant dans ce questionnaire correspondent à ceux reportés dans l'extrait du livre de paie afférent à la période du 12 juillet 2003 au 11 juillet 2004. Ce dernier est détaillé en ce sens qu'il indique pour chaque mois le nombre d'heures effectuées, le salaire horaire, les indemnités versées pour jours fériés et pour les vacances, les allocations familiales et autres allocations, ainsi que la part du 13^{ème} salaire. A son pied figure le nombre total d'heures effectuées par le recourant entre le 12 juillet 2003 et le 11 juillet 2004. On peut alors constater que, durant cette période, le recourant a effectué un total de 154 heures supplémentaires rémunérées au taux de base 26 fr. pour l'année 2003, respectivement de 26 fr. 50 pour l'année 2004. Il est aussi mentionné, comme sur le questionnaire de l'employeur, que l'horaire conventionnel moyen en 2003 et en 2004 est de 2'177 heures par an. Enfin, selon les informations fournies par l'entreprise K. _____ le 30 octobre 2006, le salaire horaire s'élevait à 29 fr. 891 en 2006 et l'horaire conventionnel annuel à 2112 heures. Dans le rapport final de l'OAI et son annexe intitulée « détail du calcul du salaire exigible », datés des 21 et 22 avril 2008, il est mentionné qu'en 2005, sans atteinte à la santé, le recourant aurait gagné 78'184 fr. selon le questionnaire de l'employeur du 4 juillet 2005. Le 14 juillet 2008, la CNA a informé l'OAI que le calcul du salaire sans invalidité effectué dans le rapport final comportait une erreur, en ce sens que, d'une part, le 13^{ème} salaire avait été compté deux fois et, d'autre part, qu'il avait été tenu compte d'un nombre d'heures par semaine trop important alors que, selon la convention collective l'horaire annuel était de 2'177 heures. Ainsi, selon la CNA, le revenu de l'assuré pour l'année 2005 correspondait à 29 fr. 241 multiplié par 2'177 heures, soit un revenu annuel arrondi s'élevant à 63'658 fr. Dans une fiche de communication interne du 22 juillet 2008, l'OAI a considéré que c'était le montant de 63'658 fr. qu'il fallait retenir comme revenu annuel sans invalidité pour 2005, montant pris en compte par cet office pour arrêter le degré d'invalidité à 45.95%. Contrairement à ce que soutient le recourant, pour déterminer le revenu sans invalidité, il n'est pas adéquat de se fonder sur les montants de 77'294 fr. 04 et 68'873 fr. 40 figurant sur les attestations d'impôt à la source de 2003 et 2004. On ignore en effet à quoi correspondent exactement ces montants, faute de mentions détaillées. En revanche, l'extrait du livre de paie constitue une pièce pertinente, car particulièrement détaillée; au demeurant, on notera que le montant total figurant sur cet extrait, soit 71'681 fr. 65, correspond au gain annuel assuré retenu par la CNA (71'682 fr.) pour fixer le montant de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, procédé que le recourant n'a pas discuté. Cet extrait du livre de paie concerne les années 2003 et 2004. Pour 2005, le salaire horaire était de 29 fr. 241 et l'horaire annuel conventionnel toujours de 2'177 heures. Pour 2006, année de la modification du droit à la rente devant être prise en compte pour la comparaison des revenus (cf. consid. 7a supra), on sait que le salaire horaire s'élevait à 29 fr. 891 et que l'horaire conventionnel annuel atteignait 2112 heures, ce qui permet de calculer un revenu annuel de 63'129 fr. 79 (29 fr. 891 x 2112 heures). Cela étant,

il ressort de l'extrait du livre de paie susmentionné qu'entre le 12 juillet 2003 et le 11 juillet 2004, le recourant a effectué 154 heures supplémentaires, ce qui représente près de 13 heures par mois ($154 : 12 = 12,833$). A l'examen de la colonne « heures » de l'extrait du livre de paie, il apparaît que ces heures supplémentaires sont certes principalement réparties sur les mois de mars à octobre, mais de façon continue pour ces mois-là; elles sont en outre suffisamment nombreuses pour que l'on puisse considérer que l'employeur connaît un volume d'affaire plus élevé durant cette période, nécessitant régulièrement des heures supplémentaires de la part de ses salariés, par opposition à la période hivernale. Au degré de la vraisemblance prépondérante, on peut donc raisonnablement admettre que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait effectué en 2006 le même nombre d'heures supplémentaires qu'en 2003-2004, soit 154, et qu'il aurait ainsi travaillé 2'266 heures. Cette approche s'avère du reste favorable au recourant, dès lors que, sur la base d'un salaire horaire de 29 fr. 891, elle permet d'arrêter le salaire annuel à prendre en considération pour l'année 2006 – soit le revenu sans invalidité – à 67'733 fr. 006 ($29 \text{ fr. } 891 \times 2266 \text{ heures}$), arrondi à 67'733 fr. 01.

c) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. 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'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; cf. TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; cf. TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 et TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; cf. VSI 1999 p. 182). 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 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Dans le cas particulier, le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis son accident en 2004. L'OAI était dès lors en droit de se fonder sur les données résultant de l'ESS pour déterminer le revenu avec invalidité. C'est en revanche à tort que l'office s'est basé sur les données statistiques de 2004 pour les indexer ensuite à 2005, alors même que le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année 2006 (cf. consid. 7a supra). Cela dit, il apparaît que le salaire mensuel ressortant de l'ESS 2006 pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé s'élève à 4'732 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2006, à savoir 41,7 heures (La Vie économique 1/2-2010, tableau B 9.2, p.

94). Il y a dès lors lieu de se fonder sur un revenu d'invalidé de 4'933 fr. 11 par mois (4'832 fr. x 41,7 : 40 heures) correspondant à un montant 59'197 fr. 32 par année. Enfin, compte tenu de la capacité résiduelle de travail du recourant de 70% et d'un abattement de 15% qui n'est pas contesté et ne semble du reste pas critiquable au vu des circonstances de l'espèce, le revenu d'invalidé s'élève en définitive à 35'222 fr. 405, que l'on peut arrondir à 35'222 fr. 41. d) De la comparaison des revenus sans et avec invalidité qui précèdent (de respectivement 67'733 fr. 01 et 35'222 fr. 41), il résulte une perte de gain de 32'510 fr. 599 correspondant à un degré d'invalidité de 47,799% (32'510 fr. 599 : 67'733 fr. 01 x 100). Ce taux doit être arrondi à 48%, conformément à la jurisprudence (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), et n'ouvre le droit qu'à un quart de rente AI. Il suit de là que la décision querellée – quand bien même elle repose sur des calculs erronés – doit être confirmée en tant qu'elle alloue au recourant un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2006, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé en janvier 2006, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI.

E. 8

a) Il résulte de ce qui précède 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 (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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