

# **VD\_GERICHTE ZD08.036629 vom 14. April 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-04-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD08.036629](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.036629)

FR: VD\_GERICHTE ZD08.036629 du 14 avril 2010

IT: VD\_GERICHTE ZD08.036629 del 14 aprile 2010

## **Erwägungen**

### **E. 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 1er 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).

### **E. 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

### **E. 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

- 14 - 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

- 15 - 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.

## **E. 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

- 16 - 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,

- 17 - 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

## **E. 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'invalidé, 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

- 18 - 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 LPGGA (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 1er 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 1er 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 1er août 2005.

- 19 - 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 LPGGA, 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 LPGGA).

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