

VD_GERICHTE ZD11.000477 vom 8. Dezember 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-12-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.000477

FR: VD_GERICHTE ZD11.000477 du 8 décembre 2011

IT: VD_GERICHTE ZD11.000477 del 8 dicembre 2011

Erwägungen

E. 21

février 2011 du Dr Z._____, du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), relevant notamment ce qui suit: "Le courrier du 30.11.2010 adressé par la Dresse K._____ à Me Redondo ne fait état d'aucune atteinte à la santé n'ayant pas de lien de causalité avec l'accident. Elle porte une appréciation différente de la capacité de travail parce qu'elle tient compte des éléments subjectifs et de l'usage des cannes, bien qu'il ne soit pas médicalement justifié. Ce rapport du médecin traitant, empreint de subjectivité, ne remet pas en question l'avis neutre, détaillé et motivé du Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Le courrier du 07.12.2010 du Dr X._____, anesthésiste FMH, à Me Redondo atteste des douleurs et de leur traitement. Il y est fait

- 9 - mention de l'implantation d'un stimulateur médullaire, lequel permet une réadaptation progressive et une meilleure mobilisation grâce à l'analgésie qu'il procure. La situation est donc meilleure que lors de l'examen du Dr J._____ qui concluait déjà à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr X._____ ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Ce courrier ne contredit pas le rapport final du Dr J._____. En conclusion, il s'agit d'un cas commun avec la SUVA. L'instruction faite par la SUVA, après notamment deux séjours à la CRR, est complète et les conclusions du médecin d'arrondissement sont parfaitement fondées. Nous n'avons aucune raison de nous en écarter. La capacité de travail est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement de la SUVA. L'activité d'aide-maçon n'est pas adaptée à ces limitations". Il n'y a pas eu d'autre échange d'écritures. C. L'assuré a également contesté la décision fixant les prestations de la CNA. Ce recours est traité parallèlement par la Cour des assurances sociales (cause AA 109/10). E n d r o i t : 1. 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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

- 10 - 2. En l'espèce, selon la décision attaquée, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière limitée dans le temps du 1er juin 2008 au 31 décembre 2009, alors que le recourant, qui conclut à l'annulation de cette décision, réclame un complément d'instruction sur le plan médical. 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% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement

- 11 - que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). 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). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

- 12 - Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). c) De par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, 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 (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées). d) 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. 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

- 13 - 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

E. 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). Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer

que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois

- 14 - déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance 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 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2). e) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

- 15 - Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale 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; c'est pourquoi il 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 (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1). Dans ce cas, pour que le revenu d'invalide corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre eux (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2; TF 8C_4/2008 du 25 juin 2008

consid. 3.2). 3. a) Dans le cas présent, le 21 juin 2007, l'assuré s'est fracturé la cheville gauche, au niveau de la malléole interne gauche, et a été traité par immobilisation plâtrée durant six semaines. Il a présenté d'importantes douleurs ayant fait l'objet de différentes mesures thérapeutiques, en particulier attestées par les Drs X. _____, Z. _____, et M. _____, et a effectué deux séjours à la CRR. Il a enfin été examiné par le Dr W. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

- 16 - Le recourant conteste en substance la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels s'appuie l'OAI pour apprécier son état de santé et sa capacité de travail. Plus précisément, il soutient que l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, auquel se réfère l'OAI, est limité à l'examen de la cheville gauche et ne porte pas sur l'algodystrophie, la coxarthrose, la problématique lombaire, du bassin et des hanches, ainsi que l'aspect psychique. b) Suite au séjour de l'assuré à la CRR du 20 mai au 10 juin 2009, dans leur rapport du 10 juillet 2009, les Drs T. _____ et M. _____ ont constaté une évolution douloureuse sans explication somatique satisfaisante, l'ostéophyte antérieur de la cheville ne suffisant pas à expliquer l'importance des plaintes, malgré une algoneurodystrophie; ils ont relevé l'absence de diminution des douleurs malgré un traitement conservateur et n'ont pas proposé d'opération chirurgicale. Dans une activité adaptée, en position assise, ils ont retenu, malgré une réintégration professionnelle difficile, que l'assuré devait présenter une capacité de travail complète. Ils ont retenu une incapacité de travail totale dans la profession actuelle de manœuvre de chantier. Lors de son examen médical final du 24 septembre 2009, le Dr J. _____ a constaté la présence de douleurs importantes et notamment relevé une attitude de pseudo-handicap qu'une algodystrophie n'expliquait que très partiellement, puis a infirmé l'indication à une opération du tendon d'Achille. Il a retenu une pleine capacité de travail en tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes: charges moyennes, station debout prolongée, longs trajets, surtout en terrain accidenté. Il a confirmé ses conclusions en date du 5 août 2010. Dans un rapport du 5 mars 2010, la Dresse K. _____ a retenu que l'assuré présentait toujours des douleurs extrêmement importantes dans les suites de son accident, qu'il était obligé de marcher avec des cannes et qu'il présentait une incapacité de travail totale. Le 30 novembre 2010, cette praticienne a signalé d'importantes douleurs à la jambe

- 17 - fracturée et l'apparition de douleurs au niveau lombo-sciatique droit ainsi que de gonalgies droites. Elle a retenu que son patient ne pouvait pas assumer un travail en position debout, même de courte durée, ni en marchant ni en portant des charges, mêmes légères, précisant qu'un travail en position assise alternée, mais de courte durée, pouvait éventuellement être effectué à un pourcentage très réduit. Pour sa part, le 7 décembre 2010, le Dr X. _____ a indiqué que l'assuré présentait des douleurs de type neuropathique associées à une maladie neuro-inflammatoire, causant des douleurs chroniques extrêmement importantes ayant un impact certain sur son état physique et psychique. Il a retenu que la capacité de travail de l'assuré était réduite et son rendement diminué, en précisant qu'il ne pouvait pas se prononcer sur son habilité à une activité professionnelle. c) Sur le plan somatique, selon le Dr W. _____, une algodystrophie n'expliquait que très partiellement les douleurs ressenties par l'assuré et son attitude de pseudo-handicap. Les médecins de la CRR n'ont pour leur part pas décelé de signe évocateur d'algodystrophie (rapport du 21 juillet 2008). Il est vrai que le Dr J. _____, dans son rapport du 24 septembre 2009, a procédé uniquement à un examen clinique de la cheville gauche, mais il

s'est également basé sur les constatations des médecins de la CRR – qui portent également sur les problèmes des genoux, des hanches et du bassin. Dans leur rapport du 10 juillet 2009, les médecins de la CRR ont procédé à un examen complet de l'assuré (status cardiovasculaire, respiratoire, abdominal, ostéo-articulaire et neurologique); les examens neurologiques et électrophysiologiques étaient normaux et n'apportaient aucun élément en faveur d'une atteinte neurogène centrale ni périphérique à l'origine des douleurs de la cheville gauche et aucun indice d'enclavement du tibial postérieur au tunnel tarsien ou de polyneuropathie. L'ensemble du tableau clinique locomoteur n'évoquait ni une atteinte du coussinet graisseux talonnier ni une neuropathie canalaire. En conclusion, les médecins de la CRR ont relevé

- 18 - une évolution douloureuse sans explication somatique satisfaisante, l'ostéophyte antérieur de la cheville ne suffisant pas à expliquer l'importance des plaintes, malgré une algoneurodystrophie constatée en 2007. Les Drs X. _____ et M. _____ n'ont pas retenu d'élément objectif n'ayant pas été pris en compte par le médecin de la CNA, contrairement à ce que soutient le recourant. En particulier, dans son rapport du 24 septembre 2009, se référant aux constatations des médecins de la CRR (rapport du 21 juillet 2008), le Dr W. _____ a retenu des troubles dégénératifs débutants de l'articulation tibio-talienne, une algodystrophie ainsi que (selon radiographies) une coxarthrose débutante bilatérale et des ossifications hétérotopiques relativement importantes sur le bassin à droite. En ce sens, sur le plan somatique, on ne voit pas de raisons de s'écarter de l'appréciation du Dr W. _____ pour préférer celle des médecins traitants de l'assuré, dont les avis sont peu étayés et doivent par ailleurs être appréciés avec les réserves d'usage. A cela s'ajoute que, dans ses lignes du 7 décembre 2010, le Dr M. _____ a relevé que, n'étant pas spécialisé en réadaptation, il ne pouvait pas se prononcer sur l'habileté à une activité professionnelle, ce qui remet en cause l'appréciation de ce médecin au sujet d'une réduction de la capacité de travail et de rendement. La Dresse X. _____ a du reste relevé qu'il n'était pas exclu que son patient présentait une capacité de travail résiduelle, à un pourcentage réduit. Au demeurant, le Dr Z. _____ (avis médical du SMR du 21 février 2011) a relevé que la Dresse K. _____ ne faisait état d'aucune atteinte à la santé n'ayant pas de lien de causalité avec l'accident et qu'elle portait une appréciation différente de la capacité de travail en raison d'éléments subjectifs et de l'usage des cannes, bien qu'il ne soit pas médicalement justifié. Il a également relevé que le Dr X. _____ attestait des douleurs et de leur traitement, puis se référait à

- 19 - l'implantation d'un stimulateur médullaire permettant une réadaptation progressive et une meilleure mobilisation. Le Dr W. _____ a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée évitant les charges moyennes, la station debout prolongée, et les longs trajets, surtout en terrain accidenté. L'appréciation de ce médecin est corroborée par celle des médecins de la CRR – qui ont retenu, malgré une réintégration professionnelle difficile, une capacité de travail complète dans une activité adaptée, en position assise – et celle du Dr Z. _____ – qui a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement de la CNA, en précisant que l'activité d'aide-maçon n'était pas adaptée à ces limitations. Dès lors, il y a lieu de retenir que l'assuré a présenté, du point de vue somatique, une incapacité de travail totale depuis le 21 juin 2007, puis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 24 septembre 2009, date de l'examen par le médecin d'arrondissement de la CNA. d) Sur le plan psychique, la Dresse K. _____ a tout d'abord

retenu le diagnostic d'état anxio dépressif réactionnel (rapport du 5 janvier 2009). Dans le cadre du second séjour à la CRR, le Dr V. _____ a retenu un tableau clinique actuel évoquant une évolution vers un syndrome douloureux persistant, un certain degré de catastrophisation, une certaine peur de la douleur et, dans les derniers mois, des éléments de la lignée dépressive. Ce médecin a également indiqué que le status psychique ne révélait pas de psychopathologie notoire et s'est prononcé au sujet du traitement médicamenteux (consilium psychiatrique du 27 mai 2009). Dans son rapport du 30 novembre 2010, la Dresse K. _____ a pour sa part retenu un état dépressif réactionnel aux douleurs chroniques qui ne s'est pas amélioré malgré un traitement anti-dépresseur; elle a indiqué être à la recherche d'un psychiatre parlant la langue du patient

- 20 - afin de mettre en place une psychothérapie. Malgré un traitement médicamenteux, elle a relevé que l'intéressé était très déprimé. Le Dr X. _____ a pour sa part relevé que les douleurs de l'assuré avaient un impact sur son état de santé physique et psychique. Au vu de ces éléments, le Dr V. _____, qui est le seul psychiatre à avoir examiné l'assuré, a certes évoqué une évolution vers un syndrome douloureux persistant, notamment, mais n'a pas constaté de psychopathologie notoire et n'a pas retenu d'incapacité de travail. La présence de quelques éléments de la lignée dépressive, attestée par ce médecin, ne saurait être assimilée à un diagnostic psychiatrique à même d'entraver la capacité de travail. Les médecins de la CRR ont retenu que l'assuré devait présenter une pleine capacité de travail malgré une évolution difficile au plan psychique (rapport du 10 juillet 2009). Les indications des Drs K. _____ et X. _____, succinctes et peu étayées au sujet de la problématique psychiatrique, sont en outre largement insuffisantes pour justifier une quelconque incapacité de travail, ce d'autant plus que ces médecins ne sont pas psychiatres. Par ailleurs, au vu des renseignements médicaux figurant au dossier, l'assuré ne présente pas de comorbidité psychiatrique (la présence de quelques éléments de la lignée dépressive ne pouvant suffire à cet égard) et garde de bons contacts sociaux, notamment avec sa famille (rapports de la CNA des 27 novembre 2008 et 11 mai 2009), de sorte qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. On ne saurait réellement parler d'affections corporelles chroniques et, dans la mesure où la pose d'un stimulateur médullaire a permis une réadaptation progressive et une meilleure mobilisation grâce à l'analgésie (rapport du Dr X. _____), il n'y a pas d'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Le fait que l'assuré ne consulte pas de psychiatre, outre les problèmes de langue, doit en outre être assimilé à une absence de demande de soins. Dès lors, à l'aune des critères posés par la jurisprudence en matière de caractère invalidant des syndromes douloureux somatoformes persistants (ATF 137 V 64 consid. 4.1; 132 V 65

- 21 - consid. 4.2.2), le diagnostic de syndrome douloureux persistant retenu par le Dr V. _____ n'est pas à même d'entraîner une incapacité de travail. Il en résulte que le recourant ne présente pas d'atteinte à sa capacité de travail sur le plan psychique, respectivement sous l'angle d'un éventuel trouble somatoforme douloureux. 4. S'agissant de l'influence de l'état de santé de l'assuré sur le droit à la rente, le recourant ne conteste pas le calcul de comparaison des revenus qui a été effectué par l'OAI. Que l'on se fonde sur les données de l'ESS (comme l'a fait l'OAI) ou sur les renseignements économiques figurant au dossier pour fixer le revenu sans invalidité, le degré d'invalidité – en comparaison avec un revenu d'invalidé selon l'ESS dans une activité simple et répétitive à 100%, même en tenant compte par hypothèse d'un abattement maximal de 25% (ATF 137 V 71; TF 8C_705/2011

du 21 octobre 2011 consid. 3.1) – n'atteint pas le minimum de 40% donnant droit à un quart de rente. Il en va de même si on se fondait sur un taux d'invalidité de 14% comme le retient la CNA, qui tient compte des revenus provenant de cinq DPT pour fixer le revenu d'invalidé. Le recourant a donc droit à une rente limitée dans le temps du 1er juin 2008 (soit compte tenu du délai d'attente d'une année depuis le 21 juin 2007) au 31 décembre 2009 (soit après un délai de trois mois d'amélioration de son état de santé depuis le 24 septembre 2009; art. 88a al. 1 RAI), le droit à la rente étant supprimé à compter du 1er janvier 2010. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 5. 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 médicale pluridisciplinaire.

- 22 - 6. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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