

VD_GERICHTE ZD11.009067 vom 7. Februar 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-02-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.009067

FR: VD_GERICHTE ZD11.009067 du 7 février 2014

IT: VD_GERICHTE ZD11.009067 del 7 febbraio 2014

Erwägungen

E. 25

juillet 2011 émanant du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), lequel s'est exprimé comme suit : « Le courrier du Dr D._____ du 21.02.2011 retient une exigibilité de 100% dans une activité uniquement sédentaire. Il semble estimer que ces empêchements sont la conséquence de l'accident du 31 octobre 2006, pris en charge par la SUVA, ce que reconnaît bien la SUVA dans son courrier du 29.04.2011 (Dr E._____). Le certificat du Dr P._____ n'apporte aucun élément nouveau sur le plan psychiatrique et ne remet pas en cause le caractère probant de l'expertise du Dr I._____. Il convient de s'aligner sur l'exigibilité fixée par la SUVA dans ce cas d'accident : 100% dans une activité légère en position assise. » L'OAI a ainsi retenu que l'exercice à plein temps d'une activité semi-assise n'était plus exigible, au contraire d'une activité en position strictement assise, ce qui n'influerait toutefois pas sur l'évaluation de l'invalidité. Le revenu d'invalidité avait été déterminé théoriquement sur la base des données statistiques telles que ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Au regard du large éventail d'activités englobé par ces statistiques, on devait admettre qu'un nombre significatif d'activités se trouve adapté aux limitations fonctionnelles présentées par le recourant. S'agissant du reclassement professionnel, l'OAI a rappelé que le conseil du recourant avait communiqué l'impossibilité de son mandat de participer au stage initialement décidé. Or, avant la réplique du 29 juin 2011, l'assuré n'avait jamais fait part d'un changement d'avis sur ce point, à l'instar des conclusions de l'acte de recours du 7 mars 2011. Par acte du 19 octobre 2011, le recourant a maintenu ses conclusions et réquisitions de preuves formulées dans ses précédentes écritures. Il a notamment fait valoir l'impérieuse nécessité de procéder à une évaluation de ses capacités fonctionnelles résiduelles auprès de la

- 30 - Clinique J._____, suivie d'une évaluation professionnelle concrète. En effet, l'admission par l'intimé d'une nouvelle restriction fonctionnelle handicapante – activité uniquement en position assise – aurait manifestement des répercussions sur ses rendement et capacité de gain. Il se justifiait par ailleurs de réexaminer l'opportunité d'un reclassement professionnel dès lors qu'il se déclarait désormais disposé à entrer dans une démarche de réadaptation. Au demeurant, son mandataire avait certes indiqué en date du 17 décembre 2008 que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas de poursuivre un stage de préparation à une activité industrielle légère, alors qu'il serait revenu sur sa position le 13 février 2009 en requérant expressément l'organisation d'un tel stage. En date du 1er novembre 2011, l'OAI a fait part du maintien de ses conclusions après avoir pris connaissance de la dernière écriture du recourant susmentionnée. Par écriture manuscrite personnelle du 3 juillet 2012, le recourant a dénoncé les conditions d'un stage effectué chez DD._____. Le stage devait durer trois mois à raison de trois heures par jour à [...].

Quinze jours avant la fin du stage, on lui aurait proposé sa continuation comme magasinier dans les locaux de [...] le matin de 8 à 12h et l'après-midi de 13 à 17h du 25 au 29 juin 2012. À la mi-journée du 25 juin 2012 les douleurs auraient commencé à augmenter et le soir, de retour à la maison, elles auraient été insupportables ; son pied aurait triplé de volume et son dos l'aurait terriblement fait souffrir. Il n'aurait pas pu dormir de la nuit. Il serait retourné le surlendemain au stage, mais l'aurait quitté ne supportant plus les douleurs et vu l'état de son pied. Il aurait quitté le stage « sur les conseils de mon médecin, lequel j'avais vu le 20 et lui expliqué ce que j'allais faire ». Par la suite il ne serait plus retourné au stage et n'aurait plus eu de nouvelles de DD._____. Le recourant a joint à l'acte quatre photos de son pied qui auraient été prises les 25 et 27 juin 2012. Dans une détermination du 24 juillet 2012, l'OAI a remarqué, d'une part, que la mesure auprès de DD._____ avait été mise en œuvre

- 31 - sur la base d'un contrat établi entre le recourant et le Centre social régional de [...] en date du 8 mars 2012. L'OAI n'y aurait pas été partie prenante, pas plus qu'il n'aurait été informé du contexte dudit stage. D'autre part, cette mesure semblerait ne pas avoir posé de problèmes avant la date du 25 juin 2012, où a débuté une activité de magasinier. Il y aurait lieu d'émettre des réserves importantes quant à l'adéquation de cette activité avec l'état de santé du recourant. Le courrier de ce dernier du 3 juillet 2012 ne remettrait au surplus pas en cause la position de l'OAI. Par acte du 13 août 2012, le mandataire du recourant a indiqué qu'au vu du stage effectué auprès de DD._____, il s'imposait de conclure à l'aptitude subjective de l'assuré à la réadaptation puisqu'il avait accepté une activité à plein temps. Ce stage confirmait en outre la nécessité de procéder à une évaluation des capacités fonctionnelles à la Clinique J._____, suivie d'une évaluation professionnelle et/ou d'une expertise pluridisciplinaire dans le but de quantifier le rendement réellement exigible de la part du recourant. Un courrier du 23 juillet 2013, établi par le Dr P._____ à l'adresse du mandataire du recourant, était annexé, dont les éléments suivants peuvent être mis en exergue : « Suite à votre demande du 19 ct, voici quelques renseignements concernant le patient susnommé. - Diagnostic : 1. Paralyse complète du territoire de la sciatique poplitée externe à D. 2. Rupture du faisceau antérieur du ligament talo-fibulaire. 3. Arthrose tibio-talienne, sous-talienne et talo naviculaire. 4. Syndrome douloureux chronique. 5. Trouble dépressif récurrent - Les répercussions de ses problèmes de santé sont : Limitation de la position debout prolongée, impossibilité de relever et déverser le pied D. - Les activités adaptées à son handicap seraient : Des activités uniquement sédentaires en respectant le déficit moteur complet de son pied D (pied tombant) avec un taux de 100% - Le pronostic est défavorable. » Par écriture du 6 septembre 2012, l'OAI a souligné qu'une diminution de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, partant de la capacité de gain, n'était pas justifiée. Il a précisé ce qui suit :

- 32 - « Quoi qu'il en soit, à supposer que l'on parte du principe que [la capacité de gain] devrait s'en trouver affectée, il conviendrait d'intégrer cet aspect des choses dans un abattement opéré sur le revenu d'invalidité, eu égard aux limitations fonctionnelles. Or, quand bien même le taux maximum de 25% consacré par la jurisprudence devrait être retenu, le degré d'invalidité du recourant resterait inférieur à 40% (32,90%), de sorte qu'un droit à la rente n'entrerait pas pour autant en ligne de compte. » En réponse à cette détermination, le recourant a fait valoir, par acte du 2 octobre 2012, que le revenu sans invalidité pris en compte par l'OAI, soit 66'494.-- frs., était tout simplement invérifiable en l'absence des comptes individuels à son dossier. L'OAI aurait indexé le revenu d'invalidité

pour l'année 2007, ce qui ne serait pas le cas du revenu sans invalidité. Sur la base d'une attestation de son ancien employeur, HH. _____, du 15 janvier 2009 à l'adresse de la CNA, on observerait que le salaire horaire en 2009 aurait été de 34,14 frs. A hauteur de 42,5 heures par semaine, cela représenterait un revenu annuel de 75'391,36 frs. Dans le but de disposer de bases de comparaison similaire, le revenu d'invalidé annuel pris en compte pour l'année 2007 à concurrence de 59'486,70 frs. devrait également être indexé à 2009, à raison de 2,2% pour 2008, puis de 2,1% pour 2009. Après dite indexation, l'on obtiendrait un revenu de 52'790,56 frs. En opérant un abattement de 25% sur ce dernier montant il en résulterait un revenu d'invalidé déterminant de 39'570,43 frs. Un taux d'invalidité de 48% serait mis à jour après comparaison avec le revenu sans invalidité de 75'391,36 frs. Indépendamment de ces chiffres, le recourant a au surplus maintenu ses précédentes conclusions. Par acte du 19 octobre 2012, l'OAI s'est prononcé sur les chiffres ci-dessus, mettant en exergue des erreurs dans le calcul opéré par le recourant. Ce dernier n'aurait pas tenu compte de l'indemnité de vacances de 3,02 frs. de l'heure comprise dans le salaire horaire de 34,14 frs.

- 33 - Par une écriture du 26 novembre 2012, le recourant a reconnu les erreurs contenues dans son calcul, maintenant toutefois que le revenu d'invalidé apparaissait manifestement surévalué en termes de rendement, abstraction étant faite des possibilités effectives de mettre en valeur une quelconque capacité de gain résiduelle sur le marché du travail. L'OAI s'est prononcé une dernière fois le 18 décembre 2012. Dans un délai prolongé à sa requête, le mandataire du recourant a déposé des déterminations complémentaires le 28 février 2013. L'assuré a notamment exposé que « dans la mesure où les conditions d'octroi d'une mesure de type reclassement professionnel, y compris celle relative à l'aptitude subjective à la réadaptation, sont remplies, le principe d'une admission partielle du recours est en tout cas acquis. » Au surplus, il était suggéré de renvoyer le dossier à l'OAI aux fins d'instruction complémentaire. **E n d r o i t :** 1. Le recours contre la décision de l'OAI, contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte, a été interjeté par l'assuré, domicilié dans le canton de Vaud et revêtant la qualité pour recourir. Il a été déposé dans les formes et délai légaux auprès de la Cour de céans en tant que tribunal compétent en matière d'assurances sociales (art. 56 ss LPGA, art. 93 LPA-VD). Le recours est ainsi recevable. Vu la valeur litigieuse dépassant 30'000.-- frs., le Tribunal statue dans une composition de trois juges (art. 94 al. 1 let. a et 4 LPA-VD, art. 83c LOJV). 2. Est uniquement litigieux le taux d'invalidité déterminant le droit éventuel à une rente d'invalidité, singulièrement la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'objet du litige ne comprend pas les mesures de réadaptation, dans la mesure où la décision attaquée porte exclusivement sur le refus d'une rente d'invalidité. Il incombera cas échéant à l'OAI

- 34 - d'examiner l'opportunité et de trancher le droit à des mesures de réadaptation, respectivement à un reclassement professionnel, dans l'hypothèse où une rente entière ne serait pas octroyée à l'assuré, pour autant que son degré d'invalidité atteigne le seuil d'environ 20% ouvrant le droit à cette dernière mesure. 3. 3.1 L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité : un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée

permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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

- 35 - être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 3.2 Pour l'évaluation de la capacité de travail, 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 132 V 93 consid. 4 et les références; TF 9C_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1). En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1). 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que

- 36 - 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 et les références citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). 4. En l'espèce, le recourant conteste notamment le bien-fondé des appréciations communiquées par le Dr H. _____

dans ses rapports d'expertises des 2 octobre 2007 et 10 octobre 2008. 4.1 Ce médecin traite cependant de manière claire, circonstanciée et sans a priori les plaintes de l'assuré, tout en démontrant précisément dans quelle mesure ces plaintes ont des répercussions sur la capacité de travail. A cette fin, il se fonde sur des examens complets réalisés dans sa sphère de compétences (volet orthopédique) et motive ses conclusions de manière étayée. Les deux rapports d'expertise de ce médecin apparaissent dès lors concluants ce qui justifie de leur accorder pleine valeur probante conformément aux critères jurisprudentiels cités supra. Le Dr H. _____ a retenu, dans son rapport du 2 octobre 2007, que la capacité de travail du recourant serait de 100% dans une activité adaptée, tandis que l'ancienne activité professionnelle ne serait plus envisageable. Dans son courrier du 29 novembre 2007, le médecin traitant de l'assuré, Dr D. _____, a concédé, après avoir contrôlé le recourant la veille, partager « tout à fait » l'avis du Dr H. _____ s'agissant de l'exercice d'une activité assise ou semi-assise. Les médecins de la Clinique J. _____ ont également confirmé, à l'issue d'une observation du recourant du 6 au

E. 27

février 2008, que l'ancienne activité n'était plus réalisable, mais que toute activité adaptée restait possible (rapport du 1er avril 2008).

- 37 - Certes, dans un courrier postérieur, daté du 9 octobre 2008, le Dr D. _____ a déclaré envisager de revoir à la baisse – à peut-être 50% - son appréciation initiale selon laquelle un travail essentiellement sédentaire pourrait être exercé à temps complet. Il a toutefois ajouté ne pas être à même d'en juger parce qu'il ne se trouvait « pas sur le terrain, et que ce n'est pas de mon domaine ». Simultanément, le Dr H. _____ a retenu dans son second rapport d'expertise du 10 octobre 2008 qu'une activité adaptée devait être possible « à au moins 50% voire même plus ». Il a expliqué cette baisse de rendement passagère par le déconditionnement du recourant en l'absence d'activité lucrative ou physique depuis deux ans. Cela étant, par une reprise de travail progressive, il était très probable que la capacité de travail pourrait augmenter après quelque mois pour être proche d'une capacité pleine et entière du point de vue orthopédique. Les Drs H. _____ et D. _____ ont donc admis une éventuelle réduction de la capacité de travail à environ 50% en octobre 2008. Le Dr H. _____ a toutefois exposé dans quelle mesure il était possible d'atteindre une capacité de travail de 100%, tandis que le Dr D. _____ suggérait une évaluation « plus globale du patient. » Vu ses propres réserves sur ses compétences à évaluer la capacité de travail, ce dernier médecin ne voulait et ne pouvait donc pas se prononcer plus en détail. Il a au demeurant mentionné uniquement une « possible » diminution de la capacité de travail sans expliquer précisément pourquoi il divergeait des précédentes appréciations. De son point de vue, le status orthopédique n'avait pourtant pas changé, ce qu'avait aussi constaté le Dr H. _____ en faisant état d'une situation stabilisée. Le Dr D. _____ a également admis que le « problème » dépassait sa compétence. Ce spécialiste confirmera néanmoins dans un rapport ultérieur du 21 février 2011 qu'une activité exclusivement sédentaire reste accessible au taux de 100%. Durant l'automne 2008, l'OAI a d'ailleurs proposé à l'assuré d'entreprendre une réadaptation professionnelle dans un cadre adapté à

- 38 - ses limitations fonctionnelles. Un stage de trois mois au Centre S. _____ a été ordonné, à l'issue duquel pouvait être mise en oeuvre une mesure de six mois en vue de l'exercice d'une activité industrielle légère. A toutes fins utiles, l'on rappellera que le droit à une rente ne prend pas naissance tant qu'un assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI), ce qui était le cas durant

ledit stage. La réadaptation entamée s'est toutefois terminée abruptement du fait de son interruption décidée unilatéralement par l'assuré. Cela étant, il convient d'observer que le Dr L. _____ s'est également rallié, dans un avis du 26 octobre 2008, aux dernières constatations et conclusions du Dr H. _____. Dans un courrier du 12 février 2009, le Dr N. _____ s'est prononcé sur le dernier rapport du Dr H. _____. Il n'a, en définitive, pas qualifié d'erronées les conclusions de l'expert, suggérant uniquement de requérir l'avis d'un anesthésiste spécialisé. Il n'était toutefois « pas là pour remettre en cause » l'évaluation du Dr H. _____. Il a par ailleurs admis une capacité de travail – à tout le moins partielle – en faveur du recourant, sans autres explications. Dès lors, cette appréciation peu motivée ne saurait ébranler celle de l'expert. La CNA a par ailleurs dûment pris en charge le traitement de la douleur préconisé par le Dr N. _____. Le Prof. A. _____ qui s'en est chargé ne remet pas en question l'appréciation de la capacité de travail, se bornant à proposer un traitement médicamenteux afin de réduire les douleurs ressenties par le recourant. Comme l'a retenu de manière convaincante le Dr L. _____ en date du 26 mai 2009, la médication antidépressive proposée par le Prof. A. _____ ne permet pas de conclure à une quelconque influence des troubles psychogènes sur l'appréciation définitive du cas. Quant au Dr T. _____ (cf. ses courriers des 5 février 2010 et 8 avril 2010), celui-ci a concédé ne pas être compétent pour se prononcer sur la capacité de travail. Ce médecin a noté que le recourant était déprimé, anxieux et stressé, sans en déduire d'incapacité de travail, se contentant de suppositions et de suggestions quant à la

- 39 - prise en charge de l'état anxio-dépressif. Ainsi que le relève à juste titre le Dr E. _____, il apparaît que le Dr T. _____ s'est avant tout fondé sur les plaintes exprimées par le recourant sans procéder à des constatations objectives. Il a au demeurant émis des hypothèses non vérifiées concrètement, ayant par exemple conclu à une éventuelle algoneurodystrophie, laquelle n'a nullement été mise en évidence par les précédents médecins spécialistes. En ce qui concerne l'appréciation du Prof. O. _____ du

E. 30

septembre 2010. 4.2 Suite aux plaintes du recourant sur le plan psychique, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr I. _____. Selon le rapport d'expertise corrélatif du 25 novembre 2010, l'aptitude au travail du recourant ne serait pas restreinte sur le plan psychiatrique. Le recourant fait cependant valoir que ce spécialiste ne se serait pas prononcé sur des idées suicidaires, qui auraient pourtant justifié son

- 40 - hospitalisation. Il soulève également que l'interprète mandaté par l'expert ne maîtrisait pas la langue portugaise. Dans le contexte d'examen médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé d'un assuré et ses répercussions sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il n'existe toutefois pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soigneuse de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de

l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées (TF 9C_287/2012 arrêt du 18 septembre 2012, consid. 4.1 et les arrêts cités). En l'espèce, le recourant prétend avoir remarqué au cours de l'entretien passé avec l'expert psychiatre que l'interprète ne traduisait pas correctement ses explications et ne « maîtrisait pas bien » la langue portugaise. Si tel était le cas, le recourant aurait dû intervenir immédiatement, ce dont il ne se prévaut d'ailleurs pas. Il n'a en effet ni refusé de continuer l'entretien avec l'expert par l'intermédiaire de l'interprète en question, ni requis la rectification de ses explications, en dépit des quelques notions de français dont il dispose depuis son arrivée en Suisse en 1997.

- 41 - Or, la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le résultat à venir ne la satisferait pas (cf. ATF 127 II 227 consid. 1b p. 230; TF 9C_287/2012 arrêt du 18 septembre 2012 précité consid. 4.3.1). Le recourant a attendu la réception du rapport du Dr I. _____ en décembre 2010 pour se manifester (par courrier du 17 décembre 2010) au sujet de l'interprète en prétextant ses mauvaises connaissances du portugais. Dans l'hypothèse - que le recourant n'allègue pas - où l'expert aurait effectivement outrepassé des objections immédiates en lien avec les traductions de l'interprète, l'assuré aurait à tout le moins dû en informer son avocat en vue d'une intervention sans délai auprès de l'autorité. A ce stade, les critiques relatives au choix de l'interprète sont manifestement tardives en sus d'être infondées. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend le recourant, le Dr I. _____ s'est effectivement prononcé sur les idées suicidaires alléguées (cf. p. 11 du rapport du 25 novembre 2010). Au surplus, l'expertise de ce psychiatre correspond aux critères jurisprudentiels pour qu'il puisse lui être reconnu pleine valeur probante. A l'appui des conclusions du Dr I. _____, l'on soulignera que le recourant n'a pas sérieusement suivi de long traitements psychiatriques, étant rappelé qu'il n'a été rencontré que trois fois (du 22 octobre au 13 novembre 2009) à la EE. _____ avant l'établissement du rapport du 4 février 2010. 4.3 Fondée sur les éléments exposés ci-dessus, la capacité résiduelle de travail retenue par l'administration ne prête pas flanc à la critique. Par appréciation anticipée des preuves, il n'y a en outre pas lieu de mettre en œuvre les expertises supplémentaires requises par le

- 42 - recourant, compte tenu de la pleine valeur probante que l'on peut conférer aux rapports des Drs I. _____ et H. _____. Il est aussi superflu d'entendre Mesdames CC. _____ et FF. _____ en qualité de témoins, dans la mesure où celles-ci ne disposent d'aucune compétence médicale susceptible de porter un éclairage nouveau sur la situation du recourant. S'agissant de l'interprète, l'on renverra au surplus au considérant 4.2 supra. Quant à l'audition du Prof. O. _____, une telle mesure n'apparaît pas justifiée, son rapport ayant été analysé ci-dessus, de même que les raisons pour lesquelles il convient de ne pas accorder pleine valeur probante à ce document. 4.4 Eu égard à l'évaluation de l'invalidité effectuée par comparaison des revenus sans et avec invalidité par l'administration, le recourant n'a fait valoir des griefs à ce sujet pour la première fois qu'au stade de sa prise de position du 2 octobre 2012. Les revenus avancés par le recourant selon ses écritures des 2 octobre 2012 et 26 novembre 2012 se montent à 68'775,20 frs au titre de revenu sans invalidité (contre 66'494.-- frs retenus par l'OAI) et à 62'072,20 frs en tant que revenu d'invalidité. Il convient de déduire de cette dernière somme l'abattement appliqué par l'intimée à hauteur de 15%, ce qui met à jour un revenu d'invalidité déterminant de 52'761,35

frs. (contre 50'653.-- frs retenus par l'OAI), partant le taux d'invalidité suivant : [(revenu sans invalidité ./ .revenu d'invalidé) x 100] : revenu sans invalidité = taux d'invalidité [(68'775,20 ./ .52'761,37) x 100] : 68'775,20 = 23,28% Ce taux s'avérant largement inférieur au seuil de 40% n'ouvre pas le droit à une rente AI, conformément à l'art. 28 al. 2 LAI.

- 43 - Ainsi que l'a exposé l'OAI dans son mémoire du 19 octobre 2012, même en faisant application de l'abattement maximal de 25%, le taux d'invalidité du recourant resterait inférieur à 40%, puisqu'il se monterait à 32,31%. A cet égard, le recourant ne justifie aucunement l'application d'un abattement supérieur à 15%, puisqu'il peut être considéré comme relativement jeune, n'ayant pas 40 ans au moment de l'accident, et qu'il est doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans que ses problèmes linguistiques ne soient déterminants (cf. en lien avec les critères motivant l'abattement supplémentaire : ATF 124 V 321 consid. 3 ; ATF 126 V 75 ; ATF 134 V 322). 4.5 Vu les éléments exposés supra, il y a lieu de conclure que la décision de refus de rente, émise par l'intimé le 3 février 2011, est correcte et qu'elle doit être ici confirmée. 5. Le recours doit en définitive être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité (cf. sur ce sujet consid. 2 supra). Le recourant n'obtenant pas gain de cause doit supporter les frais judiciaires, fixés in casu à 400.-- frs. (cf. art. 69 al. 1bis LAI), et n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGa).

- 44 -

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