

VD_GERICHTE ZD12.009923 vom 23. Mai 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-05-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.009923

FR: VD_GERICHTE ZD12.009923 du 23 mai 2013

IT: VD_GERICHTE ZD12.009923 del 23 maggio 2013

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 60/12 - 117/2013 ZD12.009923 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 23 mai 2013 _____ Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Thalmann et M. Merz Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre :
F. _____, à Rolle, recourant, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE
CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 6 ss et 16 LPG; 4 al. 1 et
28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. F. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1959, ressortissant portugais, a travaillé en tant que manœuvre (maçon) pour l'entreprise N. _____ SA à [...] du mois de mars 2010 au 16 juin 2010, dernier jour de travail effectif. En incapacité de travail totale à compter du 17 juin 2010, il a déposé le 25 novembre 2010, une demande de prestations AI en indiquant souffrir d'atteinte discale. Le dossier de l'assureur perte de gain (B. _____) de l'assuré transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci- après: l'OAI ou l'intimé), comporte notamment un rapport médical du 8 septembre 2010 établi par le Dr K. _____, spécialiste en médecine générale. Ce médecin y a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales non déficitaires sur hernie discale L5-S1, d'arthrose apophysaire postérieure (depuis mai 2010) et de hernies inguinales bilatérales indirectes prédominant à gauche (depuis le 17 juin 2010). Il a mentionné une incapacité de travail à 100 % de l'assuré dès le 17 juin 2010 ainsi qu'un pronostic défavorable, vu le travail physique de son patient et la chronicité des symptômes malgré un traitement antalgique conséquent. Une IRM de la colonne dorsale du 29 juillet 2010 pratiquée au Service de radiologie de l'Hôpital de Zone de [...] a mis en évidence une petite hernie discale postérieure centrale au niveau D6-D7, sans conflit mécanique avec les racines nerveuses ni le cordon médullaire. Il n'a pas été observé en outre de canal étroit. A la suite d'une consultation pratiquée le 2 septembre 2010, dans un rapport médical daté du même jour, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, s'est prononcé comme il suit sur l'état de santé de l'assuré: "[...]

- 3 - L'IRM met en évidence principalement une discopathie L4-L5 et L5- S1 avec une petite hernie discale centrale. Il n'y a pas de conflit majeur avec les structures neurologiques. Diminution modérée du canal lombaire en L4-L5. Il y a également une petite hernie discale thoracique D6-D7 qui n'a pas de répercussion clinique. Je ne retiens pas d'emblée de place pour un traitement chirurgical. Il s'agit d'une hernie discale centrale et une résection discale seule ne permettrait pas d'obtenir une amélioration significative. Nous devrions donc réfléchir à une intervention bien plus importante de type spondylodèse avec décompression. Je pense dans ces conditions, qu'il nous faut pousser le plus possible les moyens non chirurgicaux, ce d'autant plus qu'il s'agit du premier épisode de décompensation importante. J'ai proposé qu'il continue le traitement de Lyrica, Zaldiar et

Tilur. Je lui ai fait une prescription de physiothérapie travaillant sur des techniques de gainage et de stretching. J'ai essayé de le rassurer quant aux risques neurologiques et je l'encourage à être le plus possible en mouvement. [...]" Au terme de deux rapports médicaux des 13 octobre 2010 et 13 janvier 2011, le Dr Z. _____, médecin-chef du Service d'anesthésiologie et antalgie de l'hôpital de [...], a constaté l'inefficacité d'un traitement antalgique débuté en octobre 2010 (prises d'Amitriptyline sous la forme de Saroten 25 à 50 mg le soir) et d'une injection épidurale lombaire centrée en L3-L4 d'anesthésiques locaux et corticoïdes pratiquée le 3 novembre 2010. Dans un questionnaire complété le 7 décembre 2010, le dernier employeur a indiqué qu'à compter de son engagement au 1er mars 2010, l'assuré percevait un revenu mensuel brut de 4'507 francs, servi treize fois l'an. Dans un rapport médical du 17 janvier 2011 adressé à l'OAI à la suite d'un examen du 10 janvier 2011, le Dr K. _____ a posé comme diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail des lombosciatalgies bilatérales non déficitaires sur hernies discales L4-L5 et L5-S2 et arthrose apophysaire postérieure sévère pluri-étagée ainsi qu'une dyspnée d'effort sur déconditionnement physique (depuis mai 2010). Le médecin traitant a attesté une incapacité de travail totale dans la profession de maçon et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, en énumérant les limitations fonctionnelles suivantes: flexion antérieure du tronc, port de

- 4 - charges lourdes (plus de 10 kg), station debout et surtout assise prolongée. Il précisait que ces indications étaient valables depuis le 14 janvier 2011 et que le pronostic était plutôt défavorable vu la durée des douleurs et l'absence d'effet des traitements antalgiques. Par communication du 28 janvier 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais liés à une mesure d'orientation professionnelle auprès des Etablissements Publics pour l'Intégration (EPI) de [...]. A la suite d'un stage d'observation professionnelle du 7 février au 6 mars 2011 aux EPI, l'assuré a démontré certaines qualités (persévérant, consciencieux, goût pour le travail de précision et dextérité) dans plusieurs activités industrielles légères du type montage de composants mécaniques, ce nonobstant une santé peu stable ne favorisant alors pas la reprise d'une activité professionnelle. Il a par ailleurs été relevé son faible niveau d'expression en français ainsi qu'un niveau de compréhension peu élevé dans sa langue maternelle. Interpellé en relation avec l'évolution de l'état de santé de son patient, le Dr K. _____ a indiqué, le 30 septembre 2011, la persistance de douleurs lombaires invalidantes partiellement soulagées moyennant un traitement combiné alliant la prise de médicaments et de la physiothérapie à sec sans qu'une indication chirurgicale n'apparaisse d'actualité. A l'occasion de l'instruction de son dossier, l'assureur perte de gain a mis en œuvre une expertise médicale rhumatologique. Dans son rapport d'expertise du 3 novembre 2011, rédigé à la suite d'un examen clinique de l'assuré en date du 24 octobre 2011, le Prof. C. _____ du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) a notamment retenu ce qui suit s'agissant de l'état de santé de l'expertisé: "4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail et date de leur apparition. > Lombalgies chroniques (depuis juin 2010).

- 5 - > Surcharge fonctionnelle avec plusieurs signes de non organicité. > Etat anxiodépressif. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail > Séquelles d'opération par voie endoscopique de hernies inguinales (juin 2010). 5. Appréciation du cas et pronostic Les éléments d'imagerie à notre disposition parlent donc clairement en faveur d'une affection dégénérative de la région lombaire basse. Il n'y a en revanche pas

d'éléments compressifs ni de lombosciatique à proprement parler. Les troubles statiques sont mineurs (effacement de la lordose lombaire physiologique). L'examen clinique révèle en outre des limitations de la mobilité latérale et antéro-postérieure du rachis lombaire. Le tableau clinique se complique d'un état anxiodépressif dont témoignent des pleurs fréquents au cours de mon examen. Le patient paraît particulièrement anxieux en ce qui concerne son futur professionnel et son état de santé au long cours. Il ne semble pas qu'il y ait eu jusqu'à maintenant d'appréciation sur le plan psychiatrique. Le patient reçoit un antidépresseur (du Cymbalta et des anxiolytiques). Cet élément anxiodépressif joue certainement un rôle très négatif en ce qui concerne une possibilité de reprise de travail.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Quelles sont objectivement les limitations en relation avec les troubles constatés? Limitation de la mobilité lombaire; effacement de la lordose physiologique.
2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?
 - 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Le patient n'a pas repris le travail depuis juin 2010.
 - 2.2 Cause-t-elle une incapacité de travail de 20 % au moins et si oui, depuis quand? Oui. Depuis juin 2010.
 - 2.3 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Vraisemblablement non.
 - 2.4 Si oui, par quelles mesures? ---
 - 2.5 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail au poste actuel? A mon avis, des mesures de réadaptation ne peuvent pas entrer en ligne de compte eu égard au métier lourd que Monsieur F. _____

- 6 - devait effectuer en Suisse, peu compatible avec la dégénérescence arthrosique lombaire.

- 2.6 S'il n'est pas possible d'améliorer la capacité de travail au poste actuel, quel type d'activité s'avère adapté à l'état de santé de la personne? Travail en positions assise et debout alternativement.
3. Est-ce qu'une reprise du travail peut être exigée?
 - 3.1 Dans l'activité habituelle? Si oui, dans quelle mesure (période et taux)? Non.
 - 3.2 Dans une activité adaptée? Si oui, dans quelles mesures (période et taux)? Oui. A 100 %.

C. Influence sur la réadaptation professionnelle

1. Si un changement de profession s'avère nécessaire, quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire? Travail à l'intérieur, en positions assise et debout alternativement. Eviter le port de charges dépassant 15 à 20 kg.
2. En référence aux limitations constatées dans la profession actuelle, au vu du cursus professionnel de l'assuré (professions précédentes, formations, etc.) et de ses connaissances particulières (informatique, permis de conduire, langue, etc.), un tel changement est-il possible sans l'aide de l'AI? Non. A propos de la langue, il faut signaler que Monsieur F. _____ comprend difficilement le français, qu'il répond de façon laconique aux questions. L'aide de sa compagne était donc nécessaire pour établir l'anamnèse. L'aide de l'AI devrait être requis.
3. Dans quelle mesure l'activité adaptée peut-elle être exercée (par ex. taux d'activité, heures par jour)? Probablement à un taux d'activité à 100 %, huit heures par jour, mais avec une baisse momentanée du rendement.
4. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Une activité est possible. Remarque: Un traitement à visée psychiatrique serait certainement à envisager chez ce patient pour autant qu'il soit possible de l'adresser à un spécialiste de langue portugaise." Dans un rapport du 23 novembre 2011, le Dr D. _____ du Service Médical Régional de l'AI (SMR) s'est rallié aux constatations du

- 7 - rapport d'expertise précité et a retenu une incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité de maçon depuis le 17 juin 2010 et une capacité entière dans une activité adaptée (sans port de charges de plus de 10 kg, sans positions en porte-à-faux et autorisant l'alternance des positions) depuis janvier 2011 (ce dernier point se recoupant avec l'avis du

Dr K. _____ de janvier 2011). Le 24 novembre 2011, l'OAI a octroyé une mesure d'orientation professionnelle et de soutien dans ses recherches d'emploi à l'assuré par son service de placement. Par projet de décision du même jour, intégralement confirmé selon décision du 24 janvier 2012, l'Office AI a refusé le droit à la rente à l'assuré. Ses constatations étaient les suivantes: "Résultat de nos constatations: Vous exercez l'activité de manœuvre. Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 17 juin 2010. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20]. A l'échéance du délai en question, soit le 17 juin 2011, et après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est de 100% dans votre activité habituelle. Toutefois, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg; pas de porte-à-faux, alternance des positions) depuis le mois de janvier 2011 déjà. [...] En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'806.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'010.26 (CHF 4'806.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 60'123.06. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2.10%; La Vie économique, tableau B 10.2) puis de

- 8 - 2009 à 2010 (sans indexation) et enfin de 2010 à 2011 (1.33%), on obtient un revenu annuel de CHF 62'202.07 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). [...] Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et votre nationalité, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité est justifié. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 52'871.76 Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 58'591.00 en 2011 avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée, soit CHF 52'871.76 par année. Comparaison des revenus: sans invalidité CHF 58'591.00 avec invalidité CHF 52'871.76 La perte de gain s'élève à CHF 5'719.24 = un degré d'invalidité de 9.77% Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. [...]" Selon un document du 22 février 2012 intitulé "Note 1er entretien placement" établi ensuite d'un entretien du même jour avec l'assuré, ce dernier est apparu très plaintif sur son état de santé. Indiquant une dégradation, il a fait part d'une prochaine consultation auprès d'un psychiatre compte tenu d'une péjoration de son état moral consécutive aux douleurs ressenties. Il a par ailleurs informé l'OAI qu'il refusait l'aide au placement étant donné qu'il ne se sentait pas apte à la reprise d'une quelconque activité professionnelle. B. Par acte du 16 février 2012 adressé à l'OAI qui l'a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, et complété le 16 mars 2012, F. _____ a recouru contre la décision de refus de rente rendue le 24 janvier 2012. Pour l'essentiel, il conteste le calcul de son revenu d'invalidité, lequel ne tiendrait pas compte de ses limitations physiques et psychiques, soit en définitive sa capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il précise qu'il s'est vu

prescrire un traitement antidépresseur ainsi qu'un anxiolytique par son médecin traitant et qu'il a accepté dès janvier 2012 de débiter une psychothérapie auprès du Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie. Le recourant a produit un certificat

- 9 - médical établi le 8 mars 2012 par le Dr M. _____ qui y atteste une incapacité de travail totale de son patient à partir du 20 janvier 2012 en raison d'un état anxiodépressif sévère en traitement. Dans sa réponse du 28 juin 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il est d'avis que l'incapacité de travail dont se prévaut le recourant n'est attestée qu'à compter du 20 janvier 2012, de telle sorte qu'elle n'est pas d'une durée suffisante pour lui ouvrir le droit à la prestation litigieuse en regard de la décision rendue quelques jours après. L'intimé précise par ailleurs qu'il n'avait aucune raison de procéder à de plus amples investigations sur le plan psychiatrique et que la problématique dorso-lombaire était apparue relativement récemment. Par réplique du 20 août 2012, le recourant expose que ce n'est qu'à réception du rapport d'expertise du 3 novembre 2011 du Prof. C. _____, et surtout à la suite de l'aggravation de son état psychologique après réception du projet de décision de refus de rente de l'OAI qu'il s'est décidé à consulter un psychiatre. Il dit également avoir interrompu son suivi auprès du Dr M. _____ en mars 2012 et poursuivre sa prise en charge chez son médecin traitant en attendant de trouver un autre psychiatre. Dans sa duplique du 6 septembre 2012, l'OAI confirme les conclusions de sa réponse et relève qu'il a notamment été tenu compte des renseignements de l'expertise du Prof. C. _____ dans le rapport SMR du 23 novembre 2011. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin

- 10 - 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr.; la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]), et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). c) Le recours interjeté par F. _____ selon écriture du 16 février 2012, dûment complété dans le délai supplémentaire accordé, est recevable en la forme et doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). 2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur

- 11 - les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2). Le recourant conteste l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle, au motif qu'elle ne tient pas suffisamment compte de ses limitations physiques et psychiques. La question litigieuse consiste en outre à déterminer si l'atteinte à la santé psychique attestée par le Dr M. _____ est de nature à entraîner une invalidité dont l'office intimé aurait dû tenir compte lors de sa décision. 3. a) L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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 longue durée, l'activité exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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. b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%

- 12 - au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (a.), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (b.) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (c.) (art. 28 al. 1 LAI). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1, 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1;

TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, - 13 - quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. 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. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5, 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1, 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, 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 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise

- 14 - ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43, 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 et 8C_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2). 4. a) A la suite des diverses pièces médicales figurant à son dossier, l'assureur perte de gain B._____, afin de s'assurer de la sévérité des atteintes à la santé de l'assuré en lien avec l'évaluation de la capacité de travail, a mis en œuvre une expertise rhumatologique confiée au Prof. C._____. Au terme de son rapport du 3 novembre 2011, cet expert a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant de lombalgies chroniques, de surcharge fonctionnelle avec plusieurs signes de non organicité et d'état anxiodépressif. Il a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis juin 2010 dans son activité habituelle de manœuvre (maçon). Il a toutefois estimé que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail à l'intérieur, alternance des positions assis/debout, pas de port de charges supérieures à 15 – 20 kg), le recourant bénéficiait d'une capacité de travail de 100 % moyennant une baisse momentanée de rendement. Cet expert en rhumatologie a par ailleurs fait remarquer l'opportunité de la mise en œuvre d'un traitement psychiatrique de l'assuré. Ce rapport a ensuite été repris quant à

ses constatations par le Dr D. _____ du SMR qui en a entièrement partagé les conclusions s'agissant de l'impact des atteintes à la santé en lien avec l'évaluation de la capacité de travail du recourant en précisant néanmoins le début de la capacité de travail totale dans une activité adaptée au mois de janvier 2011 au lieu de juin 2010, ce qui correspondait aux constatations du Dr K. _____. aa) Sous l'angle rhumatologique, on observe que les diagnostics retenus par l'expert se recourent largement avec ceux posés par le Dr K. _____ au terme de son rapport du 17 janvier 2011. Le médecin traitant a attesté une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée en mentionnant les mêmes limitations fonctionnelles que l'expert sans toutefois étayer les motifs pour lesquels la capacité de

- 15 - travail était diminuée de 50 %. Le Prof. C. _____ lui relève que les troubles statiques sont mineurs et expose de manière convaincante que ces atteintes ne sauraient empêcher l'assuré d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à plein temps avec une baisse momentanée de rendement. Ce dernier constat s'impose d'autant plus qu'à l'occasion d'une consultation du 2 septembre 2010, le Dr Q. _____, chirurgien du rachis, n'a pas retenu d'indication chirurgicale et, qu'à la suite d'un stage d'observation professionnelle aux EPI du 7 février au 6 mars 2011, il en est ressorti que l'assuré démontrait des aptitudes pour l'exercice de travaux de l'industrie légère (cf. rapport des EPI du 15 mars 2011). L'expertise rhumatologique du Prof. C. _____ se fonde sur des examens cliniques, sur une étude fouillée et complète des pièces au dossier, sur les plaintes de l'assuré et sur une anamnèse rigoureuse. L'examen et la discussion du cas sont présentés de manière claire et cohérente. Ainsi, elle s'avère objective et dûment motivée, de sorte qu'elle emporte pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 3c supra. bb) Sur le plan psychiatrique, ce n'est que dans le rapport d'expertise rhumatologique du 3 novembre 2011 que le diagnostic invalidant d'état anxiodépressif est posé pour la première fois. Le Prof. C. _____ qui n'est pas un spécialiste en psychiatrie n'apporte aucune précision sur ce diagnostic sauf à dire, qu'il préconise la mise en œuvre d'un suivi psychiatrique. Ce n'est que dans la présente procédure que le recourant produit un certificat médical de son psychiatre traitant, le Dr M. _____, qui atteste une incapacité de travail totale de son patient depuis le 20 janvier 2012 en raison d'un état dépressif qualifié de "grave". Suivant les explications du recourant, ce dernier aurait débuté un suivi psychiatrique uniquement vers le début de l'année 2012, traitement qu'il aurait interrompu quelques mois plus tard. Le diagnostic d'état anxiodépressif sévère est posé par le psychiatre traitant avec un début uniquement quatre jours avant la décision litigieuse. Le recourant a par ailleurs déclaré que cet état dépressif sévère était réactionnel à la décision

- 16 - de refus de rente. Dans l'hypothèse où l'on tient pour établi comme invalidant le diagnostic d'état dépressif sévère posé par le psychiatre traitant, attesté depuis le 20 janvier 2012, cette atteinte à la santé ne saurait représenter une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI) ouvrant le droit à une rente de l'assurance-invalidité. cc) Il ressort de ce qui précède que les documents médicaux au dossier sont suffisants pour statuer. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a tenu compte dans sa décision de l'expertise rhumatologique, qui a permis d'obtenir une description de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant jusqu'au 24 octobre 2011, date de l'examen clinique pratiqué par le Prof. C. _____. C'est ainsi en vain que le recourant reproche à l'office intimé une absence d'instruction quant à l'impact éventuel de facteurs psychiatriques sur sa capacité de travail résiduelle. En définitive, à

défaut d'une atteinte psychiatrique invalidante de durée suffisamment longue pour ouvrir le droit du recourant à la rente (cf. consid. 4a/bb supra), la Cour de céans retient, avec le Prof. C. _____, suivi en ce sens par le Dr D. _____ du SMR, qu'à compter du mois de janvier 2011, le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée du secteur de l'industrie légère. 5. 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 2.1).

- 17 - 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 (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Le revenu d'invalide 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'invalide. 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 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 (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3 et 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 (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009, consid. 6.3.3; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007, consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182). Lorsque le revenu d'invalide est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; cf. Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ATSG), in : SBVR, Soziale Sicherheit, 2ème éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 25 p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent

- 18 - que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il

ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (cf. notamment TF 9C_692/2010 du 31 janvier 2011, consid. 3.5). b) Le SMR, respectivement l'OAI, ont considéré de manière constante depuis le 17 juin 2010 que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% dans sa profession habituelle de maçon, mais qu'il conservait néanmoins une pleine capacité de travail à compter du mois de janvier 2011 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. En l'espèce, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé se fonde à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a plus repris d'activité professionnelle depuis le 17 juin 2010. Comme année de comparaison des revenus, pour déterminer les revenus avec ou sans invalidité du recourant, l'OAI a retenu l'année 2011, à savoir l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a), soit un an après le début, le 17 juin 2010, de son incapacité de travail durable (cf. art. 28 al. 1 LAI). aa) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il ressort du dossier que celui-ci se serait élevé à 4'507 fr. mensuel, soit 58'591 fr. par an, treizième salaire compris, en 2010. En retenant comme début

- 19 - d'incapacité le 17 juin 2011, l'OAI en a déduit que le revenu sans invalidité du recourant en qualité de maçon en 2011 se serait élevé à 58'591 fr., ce que l'intéressé ne conteste d'ailleurs pas. On observe néanmoins qu'après indexation de 2010 à 2011 (+ 1 %; La Vie économique 12-2012, p. 91 tableau B 10.2) du montant annoncé par l'employeur, à savoir 58'591 fr., le revenu sans invalidité pour 2011 s'établit en réalité à 59'176 fr. 91 ($[58'591 \text{ fr.} \times 101] / 100$). bb) S'agissant du revenu d'invalidé réalisable en 2011, il se base sur le salaire mensuel brut de 4'806 fr. tel que ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2008, soit un revenu annuel brut (part au 13e salaire comprise) de 57'672 francs. Adapté à l'horaire de travail hebdomadaire usuel moyen dans le secteur d'activité concerné, soit 41.6 h. en 2008 (La Vie économique 12-2012, p. 90 tableau B 9.2), on obtient un revenu d'invalidé annuel brut de 59'978 fr. 88 ($[57'672 \text{ fr.} / 40] \times 41.6$). Adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2.1 %; La Vie économique 12-2010, p. 91 tableau B 10.2) puis de 2009 à 2010 (+ 0.8 %; La Vie économique 12-2011, p. 99 tableau B 10.2) et enfin de 2010 à 2011 (+ 1 %; La Vie économique 12-2012, p. 91 tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 62'345 fr. 63. Compte tenu de l'ensemble des limitations fonctionnelles et de la nationalité du recourant, l'intimé a considéré qu'un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié. En l'occurrence, ce taux tient compte dans une mesure satisfaisante du désavantage salarial causé du fait des limitations somatiques liées au handicap telles que retenues par les médecins et l'expert consultés ainsi que des autres facteurs personnels pouvant entrer en considération. Vu la nature de l'activité adaptée, le faible niveau d'expression en français ne justifie pas un abattement plus élevé. La cour de céans ne s'écartera dès lors pas de l'appréciation de l'administration. Partant, après déduction d'un abattement de 15 %, le revenu d'invalidé réalisable en 2011 s'établit en définitive à 52'993 fr. 79 ($62'345 \text{ fr.} \times 0.85$).

- 20 - Après comparaison entre le revenu d'invalidé (52'993 fr. 79) et celui sans invalidité (59'176 fr. 91), il en résulte une perte de gain de 6'183 fr. 12 correspondant à un degré d'invalidité de 10,45 % ($6'183 \text{ fr.} \times 100 / 59'176 \text{ fr.} \times 100$). En comparaison avec la décision de refus qui tient compte d'un degré d'invalidité de 9,77 %, le degré d'invalidité auquel on aboutit n'est finalement pas de nature à ouvrir le droit à la rente (cf. consid. 3b supra). 6. En

définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le recourant, au demeurant non assisté des services d'un mandataire professionnel et n'obtenant pas gain de cause, ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD) et supportera les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI; 49 al. 1 LPA-VD), fixés en l'espèce à 400 francs. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 24 janvier 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice sont fixés à 400 fr. (quatre cents francs) et mis à la charge de F._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier :

- 21 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - F._____, - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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