

VD_GERICHTE ZD12.022660 vom 1. Juli 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-07-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.022660

FR: VD_GERICHTE ZD12.022660 du 1 juillet 2014

IT: VD_GERICHTE ZD12.022660 del 1 luglio 2014

Erwägungen

E. 15

septembre 2010 par les Drs J. _____, médecin associé, O. _____, chef de clinique, et V. _____, médecin assistant, indique comme diagnostic principal un canal cervical étroit en C5-C6 et en C6-C7 avec compression médullaire d'origine malade. Une dissectomie C4-C5, C5-C6 avec mise en place de cages et plaque par voie antérieure a été pratiquée le 7 septembre 2010. Le rapport fait état d'une bonne évolution post-opératoire avec une nette amélioration des paresthésies au niveau des extrémités. L'incapacité de travail annoncée est de 6 semaines à un taux de 100 %. Il ressort du rapport médical que le Dr B. _____, spécialiste en neurologie, a adressé à la CNA le 2 février 2011 que l'examen neurologique auquel il a procédé a révélé une limitation encore importante de la mobilité de la nuque et une atteinte cordonale antérieure et postérieure bilatérale de niveau supérieur cervical. L'ENMG (électroneuromyogramme) a confirmé le caractère essentiellement central des déficits sensitivo-moteurs constatés au niveau du membre supérieur droit. Ce spécialiste a préconisé la poursuite du traitement actuellement en cours (physiothérapie, Voltarène Retard® et Deanxit®), en précisant que, dans l'hypothèse où la situation n'évoluerait pas suffisamment favorablement dans les semaines suivantes, il préconisait un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour réhabilitation intensive et décision quant à l'avenir professionnel. Selon le Dr B. _____, la capacité de travail de l'assuré restait nulle dans l'activité professionnelle antérieure de peintre en bâtiment. Le 21 mars 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Le questionnaire pour l'employeur daté du 18 avril 2011 fait état d'un salaire horaire de 33 fr. 35, indemnités de vacances, de jours fériés et 13ème salaire compris, ce qui correspondrait à un revenu annuel - 5 - de 63'449 fr. pour l'année 2011 (cf. document de l'OAI intitulé "calcul du salaire exigible"). Le rapport initial de l'OAI, consécutif à un entretien du 28 juin 2011 entre un spécialiste de la réinsertion professionnelle et l'assuré, fait notamment état de ce qui suit : "Situation de santé : Atteinte à la santé : Dissectomie C4-C5 et C5-C6 avec cage inter-corporéale et plaque antérieure
Détail de l'IT et antécédents : incapacité totale depuis son accident
Capacité de travail dans l'activité habituelle : 0 % selon la SUVA
Capacité de travail dans une activité adaptée : A définir lorsque son état sera stabilisé
Limitations fonctionnelles : pas encore connues (...) Date prévue de la reprise de l'activité : aucune date de reprise n'est prévue pour le moment. L'état de santé n'est pas stabilisé. (...) " L'assuré a séjourné à la CRR à Sion du 18 juillet 2011 au 7 septembre 2011. Le rapport médical établi le 20 septembre 2011 par les Drs M. _____, spécialiste en neurologie et chef de clinique, T. _____, médecin assistant, et H. _____, spécialiste en neurologie et chef de service, retient comme diagnostic principal une réadaptation neurologique d'une hypodysesthésie C5-C6 au niveau du membre supérieur droit, séquelle à une myélopathie cervicale et, à

titre de diagnostics supplémentaires : un traumatisme en date du 16 juillet avec un TCC [traumatisme crano-cérébral] léger sans perte de connaissance, une contusion de l'épaule droite, une symptomatologie de type post- commotionnel, avec céphalées en casque, trouble de la mémoire et de la concentration, vertiges, un canal cervical étroit en C4-C5 et C5-C6, avec mise en place de cage C-space, avec fixation corporelle antérieure à C4- C6, par plaque Venture le 7 septembre 2010 et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Le rapport fait en outre notamment état de ce qui suit : "LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION

- 6 - Il s'agit d'un patient d'origine portugaise, âgé de 58 ans, travaillant comme peintre en bâtiments et qui présente le 16.07.2010, une chute d'une échelle, d'environ 1.2 mètre de hauteur, ayant entraîné les diagnostics et interventions mentionnés ci-dessus. Le patient présentant des séquelles de la myélopathie cervicale touchant le membre supérieur droit, il est adressé pour prise en charge pluridisciplinaire, y compris un bilan des capacités fonctionnelles et professionnelles. A l'entrée, le patient déclare qu'il n'y a pas d'amélioration depuis l'intervention du rachis cervical du 16.09.2010. Il déclare avoir une hypomobilité importante de la nuque, avec des douleurs de la ceinture scapulaire droite, accompagnées de fourmillements de toute la main, de l'avant-bras droit jusqu'au niveau du coude. Il signale également un manque de force au membre supérieur droit. De plus, il sent une faiblesse des deux membres inférieurs, plus marquée à droite, avec des pseudo-lâchages du même côté. La symptomatologie douloureuse empêche le sommeil. Des céphalées en casque sont présentes à l'acmé des cervicalgies. Une symptomatologie vertigineuse est présente aux changements de positions, notamment lors du passage de la position assise à debout. Sur le plan cognitif, il signale des troubles mnésiques et de la concentration. A l'examen clinique d'entrée, nous objectivons une hypomobilité de la colonne cervicale dans tous les sens. Les nerfs crâniens sont dans la norme. Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétriques. Notons une abolition des réflexes cutanés abdominaux à droite. La motilité des doigts et des orteils est diminuée du côté droit, ainsi que la force musculaire. Le patient signale une hyposensibilité du côté droit et nous notons aussi une légère dysmétrie à l'évaluation doigt-nez à droite. En ce qui concerne le traumatisme crano-cérébral léger, nous réalisons une IRM cérébrale qui exclut la présence de lésions post- traumatiques, notamment de lésions axonales diffuses. L'examen neuropsychologique met en évidence la présence d'un discret fléchissement attentionnel, de sévères troubles mnésiques antérogrades, en modalité verbale, et des troubles dysexécutifs modérés. Les résultats se situent globalement dans la norme. Ces résultats ne peuvent être totalement attribués au traumatisme crano-cérébral, datant de 2010, mais pourraient être interprétés dans le contexte d'un très faible niveau d'éducation et de manifestations algiques prolongées, et d'une situation socio- économique difficile. Un suivi neuropsychologique n'a pas été instauré. En ce qui concerne la myélopathie cervicale opérée en septembre 2010, nous réalisons une IRM médullaire de contrôle, sur laquelle on retrouve des zones de myélopathie au niveau C4-C5, nettement diminuée par rapport à 2010, sans compression de la moelle. Sur le plan médicamenteux nous optons pour un traitement de Prégabaline, dont les résultats restent à évaluer. Du point de vue physiothérapeutique, les thérapies de mobilisation passive et active de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire ont été effectuées, tout comme des thérapies visant à améliorer l'équilibre et la force musculaire. Le patient présente une ponctualité et coopération élevées, malgré le fait qu'il interrompt plusieurs fois les séances, se plaignant de douleurs cervicales, notamment au port de charges et aux changements de positions. La poursuite de la physiothérapie en ambulatoire

n'est pas indiquée. Du point de vue ergothérapeutique, les thérapies axées sur l'amélioration de la

- 7 - fonctionnalité du membre supérieur droit ont été réalisées, sans réelle amélioration. L'ergothérapie en ambulatoire n'est pas indiquée. En ce qui concerne la symptomatologie vertigineuse, nous demandons un examen oto-neurologique qui révèle un status ORL dans la norme, et exclut une atteinte rétro-cochléaire et vestibulaire. Cependant, malgré le fait qu'il n'y ait pas d'argument oto-neurologique clairement établi pour s'orienter vers une reconversion professionnelle, le travail sur les échafaudages n'est pas recommandé. La prise en charge sur le posturographe n'a pas montré de signe objectivable de vertige ressenti par le patient. La symptomatologie reste fluctuante. Tenant compte d'une thymie abaissée, un consilium psychiatrique a eu lieu le 17.08.2011, qui conclut à un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, contexte dans lequel est instauré un traitement de Remeron 30 mg le soir, qui est bien toléré par le patient. Le bilan sanguin est strictement dans la norme. Sur le plan professionnel, une évaluation des capacités fonctionnelles a été réalisée. Le score atteint par le patient est de 116, ce qui correspond, selon la définition donnée par le ministère américain du travail dans la publication "dictionary of occupational titles", à des activités exigeant un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. Il s'est présenté également aux ateliers professionnels de la CRR, pour une évaluation globale selon la CIF, où il a été objectivé que le patient présentait une volonté élevée dans toutes les tâches proposées. La reprise de son activité professionnelle précédente n'est pas envisageable, tenant compte des séquelles post-traumatiques et de la myélopathie cervicale. Par contre, le patient pourrait travailler dans un poste adapté, qui s'effectue au sol et n'implique pas un port des charges supérieur de 10 kg ainsi que des mouvements du MSD en dessus de l'horizontal. INCAPACITE DE TRAVAIL DANS L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE PEINTRE EN BÂTIMENTS • 100 % du 18.07.2011 pour une longue durée INCAPACITE DE TRAVAIL DANS UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE ADAPTEE • 0 % du 18.07.2011 au 30.09.2011. • 100 % dès le 01.10.2011. (...)" L'avis de sortie de la CRR signé le 7 septembre 2011 par le Dr T._____ indique une incapacité totale de travail du 18 juillet 2011 au 30 septembre 2011 et de 0 % dès le 1er octobre 2011 dans un poste adapté. Dans son avis du 11 novembre 2011 faisant suite à un examen clinique du 7 septembre 2011, la Dresse F._____ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a retenu à titre d'atteinte principale à la santé un canal cervical étroit en C3-C4 et C4-C5 avec compression médullaire, à titre de pathologie associée du ressort de l'AI un status après

- 8 - TCC et à titre de diagnostic associé ne ressortant pas à l'AI un trouble de l'adaptation. Elle a indiqué une incapacité totale et durable de travail dans l'activité habituelle dès le 10 août 2010 et une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (monter sur une échelle/un échafaudage, port de charges supérieures à 10 kg, mouvements du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, trouble de la sensibilité des mains) dès le 1er octobre 2011. Le 2 février 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant l'octroi d'une rente d'invalidité. Retenant que, selon les informations médicales en sa possession, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1er octobre 2011 et constatant que l'intéressé n'avait pas repris d'activité professionnelle, l'OAI a procédé à la comparaison des revenus sans et avec invalidité pour déterminer le degré d'invalidité (perte de gain). Se fondant sur un revenu sans invalidité de 63'449 fr. et sur un revenu avec invalidité (en

référence à la statistique des salaires bruts standardisés, valeur médiane, Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1; niveau de qualification 4), de 49'582 fr. 35, après un abattement de 20 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, il a constaté que la perte de gain de 13'866 fr. 65 entraînait un degré d'invalidité de 21,85 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité puisqu'il n'atteignait pas le minimum légal de 40 %. Ce projet de décision était assorti d'une communication d'aide au placement. Le 9 mars 2012, l'assuré, par écriture de son conseil Me Séverine Berger, avocate à Lausanne, a formé opposition au projet de décision de l'OAI. Il faisait valoir que le projet de décision du 2 février 2012 ne pouvait se fonder sur le rapport initial de l'OAI du 18 juin 2011 puisque celui-ci indiquait notamment que la capacité de travail dans une activité adaptée serait à définir lorsque son état se serait stabilisé, ni sur l'avis SMR du 11 novembre 2011, qui retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er octobre 2011, puisqu'il n'indique pas quelles investigations ont été effectuées lors de l'examen clinique du 7 septembre 2011, de sorte que ce sont les conclusions du rapport médical

- 9 - de la CRR du 20 septembre 2011, qui retient une incapacité totale de travail dans une activité adaptée dès le 1er octobre 2011, qui doivent primer. Il relevait encore que cette évaluation de son incapacité totale de travail dans toutes activités était corroborée par le rapport médical établi le 7 mars 2012 par le Dr Q._____, médecin traitant, dont copie était jointe. Dit rapport médical indique que le patient est toujours sous traitement antidépresseur (Deanxit®) et fait état, outre le rappel des diagnostics neurologiques, d'un trouble de l'adaptation et d'une réaction dépressive. Il précise en outre ce qui suit : "Les conclusions du médecin sont donc les suivantes : Troubles neurologiques sur myélopathie séquellaire et dysesthésie post-chute du 16.07.2010. Trouble de l'adaptation et réaction dépressive. Intelligence frustrée. Commentaire : Le patient reste concentré sur une problématique définitive, caractérisée avant tout par des fourmillements localisés, pour l'essentiel au niveau du membre supérieur droit et de la main droite ainsi que sur les douleurs de la nuque. Cette problématique s'étend aussi aux membres supérieurs gauches et aux deux membres inférieurs. Pour des raisons qu'il reste à déterminer mais probablement de type projectif. En conclusion : Ce patient a travaillé toute sa vie et a été peu scolarisé. Il parle mal le français. Il reste concentré sur les séquelles indubitables et définitives d'un accident relaté à plusieurs reprises ci-dessus. Il n'a pas de soutien intellectuel ni la force morale nécessaire pour dépasser les conséquences de cet accident. Les séquelles sont définitives, l'arrêt de travail, au vu des considérations ci-dessus, est total. Le patient mérite une rente. Il est non reclassable actuellement dans la société helvétique actuelle où le rendement demandé est de plus en plus important". Le 13 avril 2012, la CNA a informé le conseil de l'assuré et l'OAI que l'examen médical final auquel avait procédé le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, le 19 mars précédent avait révélé que l'assuré n'avait plus besoin de traitement, de sorte qu'elle mettait fin au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière au 30 juin 2012. Elle précisait examiner l'éventuel droit à une rente d'invalidité à compter de cette date. Une copie du rapport médical du Dr R._____, daté du 12 avril 2012, était jointe à ce courrier. Il indique notamment ce qui suit :

- 10 - "5. Appréciation Il s'agit donc d'un assuré de 59 ans, peintre en bâtiment, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas. Subjectivement, le patient présente des douleurs de la nuque pratiquement quotidiennes. Il se plaint également de douleurs de la face externe de la jambe à D et de fourmillements à la main D. Il se plaint

de difficultés à effectuer des gestes fins, comme par exemple boutonner sa chemise ou lacer ses chaussures. Les douleurs, surtout cervicales, prennent parfois un caractère insomniant et s'accompagnent occasionnellement de céphalées en casque. Objectivement, douleur à la palpation para-vertébrale cervicale ddc avec discrète contracture. Trigger point θ ddc. Cicatrice antérieure G à la base du cou horizontale, calme et indolore à l'effleurement. Mobilité cervicale diminuée avec une distance menton-thorax à 12cm en extension et 4cm en flexion. Rotation G/D limitée à 45° chez un patient relativement craintif. Sensibilité globalement conservée aux MS malgré la description de fourmillements mal systématisés englobant toute la main D. Motricité conservée aux MS pour tous les groupes musculaires, qui sont symétriques. Mobilité des hanches complète en flexion- extension à 130-0-0° et rotation interne-externe à 10-0-70°. A noter que du côté D, le patient se plaint de douleurs de la face latérale de la cuisse. A la palpation, le patient décrit une zone douloureuse s'étendant pratiquement de la crête iliaque jusqu'au tubercule de Gerdy. La mise sous tension du tenseur du fascia lata provoque une douleur décrite comme équivalente à celle ressentie par l'assuré. L'abduction-adduction de la hanche est symétrique. Le reste du status des MI est dans la norme, en particulier au point de vue neurologique avec une sensibilité conservée dans tous les dermatomes et une motricité à M5 de tous les groupes musculaires. Les ROT sont présents et symétriques tant au niveau rotulien qu'achilléen. Du point de vue médical, nous n'avons pas de proposition particulière hormis le maintien d'une activité physique sous forme de vélo et de natation à titre d'entretien. Eventuellement, une physiothérapie ciblée sur le tenseur du fascia lata pourrait améliorer la symptomatologie ressentie au MID. Du point de vue asséurologique, il y a lieu de constater des limitations fonctionnelles que sont le port de charge supérieure à 10kg avec les deux MS, les positions penchées en avant répétées et prolongées, les mouvements de rotation de la colonne cervicale répétitifs tout comme les mouvements de flexion-extension répétitifs et alternance des positions. Dans ces conditions, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée. La situation actuelle doit être considérée comme stabilisée." Par décision du 9 mai 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 2 février précédent refusant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Il a motivé sa décision d'écarter l'opposition par courrier séparé daté du même jour en indiquant notamment ce qui suit :

- 11 - "Dans votre courrier du 9 mars 2012, vous contestez notre position arguant que notre préavis repose uniquement sur le rapport SMR, et que les conclusions de celui-ci sont en contradiction avec le dossier SUVA. Selon vous, c'est une incapacité de travail totale qui doit être retenue. Le rapport SMR du 11 novembre 2011 repose sur l'ensemble des pièces médicales au dossier, et notamment sur le rapport de la Clinique Romande de Réadaptation qui retient, suite au séjour effectué du 18.7 au 7.9.2011, que la reprise de l'activité professionnelle précédente n'est pas envisageable, par contre, dans un poste adapté qui s'effectue au sol et n'implique pas un port des charges supérieur à 10kg ainsi que des mouvements du membre supérieur droit en dessus de l'horizontale. Ainsi il faut comprendre que la capacité de travail est de 100% dès le 1.10.2011. Dès lors, notre appréciation ne s'écarte pas des conclusions de la SUVA, celles-ci ont également été confirmées dans le courrier de la SUVA du 13.4.2012. Le rapport médical du Dr Q. _____ du 7 mars 2012 mentionne que vous avez travaillé toute votre vie, que vous êtes peu scolarisé et que vous parlez mal le français. Vous restez concentré sur les séquelles indubitables et définitives de votre accident. Votre médecin confirme que votre arrêt de travail est total et que vous méritez une rente. Nous avons reconnu votre incapacité de travail dans votre activité habituelle, toutefois, il ressort qu'au terme de l'instruction, une capacité de travail dans une

activité adaptée reste exigible de votre part. Raison pour laquelle, nous vous avons octroyé une aide au placement (art. 18 al. 1 LAI). Au vu de ce qui précède, votre contestation du 9 mars 2012 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 2 février 2012 est fondé et doit être entièrement confirmé." B. Par acte de son conseil du 11 juin 2012, N._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud contre la décision de l'OAI du 9 mai précédent, en concluant à la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée dès le

E. 17

juillet 2010. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation, la cause étant renvoyée à l'intimé pour qu'il réexamine la situation et statue sur la demande de rente. Il reprend en substance l'argumentation développée dans son opposition. Faisant valoir qu'aucun des rapports médicaux, ni du SMR ni de la CNA, ne répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, puisqu'ils sont en contradiction manifeste avec les conclusions des médecins de la CRR et que les leurs ne sont pas étayées, et relevant au surplus qu'ils ne traitent pas non plus de son état de santé psychique, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

- 12 - Par réponse du 16 août 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il relève que le rapport initial du 28 juin 2011 auquel se réfère le recourant pour étayer son argumentation selon laquelle il ne dispose plus d'aucune capacité de travail, n'est pas un document à caractère médical. Pour le surplus, il indique que l'annotation contenue dans le rapport de la CRR selon laquelle l'incapacité de travail est de : "0 % du 18 juillet 2011 au 30 septembre 2011" et de "100 % dès le 1er octobre 2011" relève d'une erreur de plume, qui va à l'encontre du texte même du rapport. Enfin, il nie tout caractère probant au rapport médical du 7 mars 2012 du médecin traitant du recourant. Dans sa réplique du 23 septembre 2013, le recourant confirme sa requête tendant à ce que soit mise en œuvre une expertise pluridisciplinaire. A l'appui de sa requête, il a produit une attestation établie le 19 septembre 2013 par le Dr W._____, psychiatre FMH et par la psychologue D._____, selon laquelle le recourant a été reçu à leur consultation à 5 reprises et souffre d'une dysthymie suite à l'accident professionnel dont il a été victime, qui nécessite de façon prioritaire une évaluation approfondie de sa situation par les services sociaux compétents et éventuellement par l'OAI. Pour le surplus, il fait valoir que le rapport médical de son médecin traitant est fondé sur une approche globale de son patient, y compris dans sa dimension psychiatrique laquelle, liée à ses handicaps physiques, ne lui permet plus de faire face à une activité professionnelle. Par duplique du 9 octobre 2013, l'intimé a maintenu ses conclusions en relevant que l'attestation médicale produite par le recourant en annexe à sa réplique fait état d'une situation postérieure à celle prévalant au moment où la décision litigieuse a été notifiée, le 9 mai 2012, de sorte qu'elle ne saurait être prise en compte dans le cadre de la présente procédure de recours. **E n d r o i t :**

- 13 - 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il

remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD). 2. a) 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 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le recourant conteste l'évaluation médicale à laquelle l'OAI a procédé et en particulier les conclusions relatives à sa capacité de travail résiduelle qui, selon lui, seraient en contradiction avec le rapport médical de la CRR et l'avis de son médecin traitant, qui

- 14 - concluent à une incapacité totale de travail dans toute activité. Faisant en outre valoir que l'aspect psychiatrique de sa situation médicale n'a pas été évalué, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire tout en concluant à l'octroi d'une pleine rente d'invalidité. 3. 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. b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. En vertu de 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 % au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

- 15 - c) 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 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en

procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

- 16 - Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculogique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 4. a) A titre liminaire, la Cour de céans relève que, contrairement à ce que soutient le recourant, les médecins de la CRR sont parvenus à la conclusion, dans leur rapport du 20 septembre 2011, que l'incapacité de travail du recourant dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment est de 100 % mais que celui-ci conserve, à compter du 1er octobre 2010, une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité au sol sans port de charges de plus de 10 kilos ni mouvements des bras au-dessus de l'horizontale) (cf. rapport, p. 6, 2ème paragraphe). Cela se déduit également de l'inversion des pourcentages indiqués dans la rubrique "incapacité de travail dans une

- 17 - activité professionnelle adaptée", laquelle résulte d'une erreur manifeste de plume, puisque le recourant a séjourné à la CRR du 18 juillet 2011 au 7 septembre 2011 et que par

conséquent, durant cette période son incapacité de travail était totale et non de 0 % comme indiqué. Au demeurant, l'avis de sortie, signé du Dr T. _____, également signataire du rapport médical du 20 septembre 2011, indique clairement une incapacité de travail de 0 % dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles. b) Le recourant nie toute valeur probante à l'avis médical du SMR du 11 novembre 2011, en faisant valoir qu'il n'indique pas sur quelles investigations il repose et que ses conclusions, qui lui reconnaissent une pleine capacité de travail dans une activité limitée à ses limitations fonctionnelles, sont en contradiction avec celles du rapport de la CRR du

E. 20

septembre 2011. A lire attentivement l'avis médical du SMR du 11 novembre 2011, on constate qu'il est effectivement peu vraisemblable qu'il ait été précédé d'un examen clinique, contrairement à ce qui est indiqué sur la page de garde dudit avis : la Dresse F. _____, signataire, ne fait en effet état d'aucune constatation objective, se contentant de reprendre, en les résumant, les conclusions des médecins de la CRR. En outre, c'est en vain que l'on cherche dans le dossier une lettre de convocation en vue d'un examen clinique et l'existence de celui-ci paraît d'autant moins plausible qu'il est fait référence à la date du 7 septembre 2011. Or, c'est justement ce jour-là que le recourant est sorti de la CRR où il séjournait depuis le 18 juillet précédent. L'absence d'un examen clinique par le médecin signataire de l'avis SMR du 11 novembre 2011 ne signifie toutefois pas encore que l'OAI ne disposait pas d'un rapport médical probant au moment où elle a rendu la décision litigieuse, le 9 mai 2012. En effet, c'est oublier que, le recourant ayant fait l'objet d'investigations médicales approfondies lors de son séjour à la CRR, le SMR, pour autant qu'il considère que le rapport des médecins qui y avaient procédé revêtait la force probante requise par la jurisprudence, pouvait se contenter de faire siennes ses conclusions. C'est ce qu'il a fait dans l'avis du 11 novembre

- 18 - 2011. Reste donc à examiner si le rapport médical de la CRR du 20 septembre 2011 répond aux requis juridiques ci-dessus rappelés (consid. 3c supra). En l'occurrence, il faut constater que le rapport médical des Drs M. _____, T. _____ et H. _____ de la CRR repose sur un exposé anamnestique détaillé, fait état des résultats des examens cliniques et radiologiques auxquels ils ont procédé, transcrit les plaintes subjectives du recourant et analyse sa situation médicale de façon complète. Après avoir exposé les diagnostics qu'ils retiennent, tant sur le plan somatique que psychiatrique, et les limitations fonctionnelles qu'ils ont objectivées, ces praticiens expliquent de façon convaincante pourquoi ils arrivent à la conclusion que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du 1er octobre 2011. Dans ces conditions, la Cour de céans considère qu'il y a lieu de reconnaître au rapport médical de la CRR du 20 septembre 2011 une pleine valeur probante et elle fait siennes ses conclusions, lesquelles sont au demeurant corroborées par l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA (cf. rapport du Dr R. _____ 19 avril 2012), qui d'ailleurs répond lui aussi aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante. L'appréciation médicale du médecin traitant (avis du 7 mars 2012) n'apporte aucun élément médical susceptible de remettre en cause les conclusions de ces deux rapports médicaux. Outre qu'il y a lieu de faire preuve de réserve à son égard dans la mesure où elle émane du médecin traitant du recourant en raison du lien thérapeutique qui les lie, il faut constater qu'elle ne fait état d'aucun diagnostic nouveau, ni de constatations objectives pertinentes mais repose plutôt sur des considérations sociales et économiques pour justifier une

incapacité totale de travail de l'assuré dans toutes activités. De telles considérations ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité, de sorte qu'elles ne sauraient être prises en compte. Enfin, avec l'intimé, il faut observer que l'attestation établie par le Dr W. _____, psychiatre traitant, et la psychologue D. _____, datée du 19 septembre 2013, est postérieure à la décision litigieuse. Or, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales doit, en règle générale, apprécier la légalité des décisions

- 19 - attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (TF 9C_167/2013 arrêt du 24 avril 2013 consid. 3; ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366). Certes, un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 p. 102 ; TF 9C_105/2008 arrêt du

E. 23

juin 2008 consid. 2.2). Dans le cas d'espèce, il paraît hautement vraisemblable que les 5 consultations psychiatriques dont fait état cette attestation sont elles aussi postérieures à la décision entreprise, de sorte qu'elle doit être écartée. Au surplus, il convient de relever qu'il ne s'agit que d'une attestation et non d'un rapport médical étayé par des constatations objectives et une analyse de la situation médicale de l'intéressé. Par ailleurs, en tout état, la Cour de céans observe que l'état de santé psychique du recourant a fait l'objet d'une investigation détaillée lors du séjour de celui-ci à la CRR (consilium psychiatrique du 17 août 2011), la psychiatre ayant retenu au terme de celle-ci un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Ainsi, on ne saurait considérer que l'on se trouve en présence d'un diagnostic nouveau qui aurait été négligé par l'OAI. Enfin, les auteurs de l'attestation ne se prononcent pas sur le caractère invalidant de l'atteinte psychique qu'ils attestent. En définitive, le recourant n'avance aucun argument qui permettrait de remettre en cause la valeur probante du rapport médical de la CRR du 20 septembre 2011 dont le SMR, puis l'OAI ont fait siennes ses conclusions. Il ne fait en particulier pas état d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – que les médecins de la CRR ou du SMR auraient ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions. Le recourant ne se trouve donc pas dans la situation dont il est question dans l'ATF 135 V 465 (consid. 4.6, p. 471) où subsistaient des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le SMR.

- 20 - 5. Au vu des éléments relevés au considérant 4b ci-dessus, force est de constater que l'intimé était fondé à considérer que le recourant dispose d'une pleine capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1er octobre 2011. La décision entreprise doit ainsi être confirmée. Le calcul du préjudice auquel a procédé l'intimé pour déterminer le degré d'invalidité – non contesté par le recourant – peut lui aussi être confirmé, dès lors que l'OAI a correctement comparé les revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA), en se fondant, pour le premier sur les données fournies par l'employeur, et pour le second, sur les salaires statistiques pour une activité simple et répétitive exercée par un homme tels que résultant de l'ESS pour l'année 2011, puisque le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle. Il faut relever que l'abattement de 20 % sur le revenu avec invalidité est correct, compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant, de son âge, de son degré d'éducation et de sa nationalité. La perte de gain résultant de cette comparaison

des revenus correspond à un degré d'invalidité de 21,85 %, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité puisqu'il n'atteint pas le minimum légal de 40 % (art. 28 al. 2 LAI). Cela étant, le recours, mal fondé, ne peut qu'être rejeté. 6. Si l'assureur 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 prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 II 464 consid. 4a, 119 V 335 consid. 3c; TF, 8C_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées, 9C_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références,); 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 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

- 21 - En l'espèce, vu le sort du recours (consid. 5 supra) et les arguments développés en particulier au considérant 4b ci-dessus, la requête de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire doit être rejetée, par appréciation anticipée des preuves. 7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La requête d'expertise judiciaire doit également être rejetée (cf. supra consid. 5). b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 1000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (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.