

VD_GERICHTE ZD12.037087 vom 19. August 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.037087

FR: VD_GERICHTE ZD12.037087 du 19 août 2013

IT: VD_GERICHTE ZD12.037087 del 19 agosto 2013

Erwägungen

E. 5

juin 2011, le Dr H. _____, médecin auprès du SMR, spécialiste en chirurgie, a retenu dans son avis médical du 20 juin 2011 qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux et donc pas lieu de modifier la position du SMR au plan médical. Le rapport du Dr J. _____ confirmait la composante non- organique de la symptomatologie. Le 25 octobre 2011, l'OAI a adressé à l'entreprise V. _____ SA un questionnaire avec des questions notamment sur la nécessité d'utiliser les deux mains et la hauteur des réglages des machines. Le gérant M.

- 14 - A. _____ a répondu le 29 décembre 2011 que la partie principale du travail de l'assuré consistait à régler les machines. Pour affûter les burins des machines, il fallait les deux mains à hauteur environ entre la taille et les épaules. Pour positionner les burins, il fallait maintenir ceux-ci d'une main et serrer les vis de l'autre. Les bras étaient alors plus hauts, suivant où sur la machine, à hauteur d'épaules et souvent dans des positions difficiles. Les machines étaient relativement compliquées avec peu de place pour les différents outils. Sinon, une partie du travail consistait à réparer les machines ou préparer de l'outillage sur un établi ou sur des tours, avec scie, limes ou autres. Comme dans tout atelier de mécanique, il fallait également les deux mains et souvent à hauteur de poitrine. Il fallait enfin régulièrement contrôler les pièces, à la loupe tenue d'une main et la pièce de l'autre à hauteur des yeux ; le contrôle avec les appareils de mesure s'effectuait également avec les deux mains, mais à hauteur de la taille, sauf si on s'asseyait. L'utilisation complète des deux mains et bras était essentielle pour un atelier de décolletage. H. Le 30 avril 2012, l'OAI a adressé au mandataire de l'assuré un courrier selon lequel elle se ralliait à l'appréciation du Dr F. _____ qui n'était contredite par aucune pièce médicale versée au dossier, ni même par le rapport du Dr J. _____ du 5 juin 2011. Certes, sur le plan médical, les séquelles de l'accident induisaient des limitations fonctionnelles, notamment en ce qui concernait l'élévation du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale des épaules. Or, le réglage des machines, qui prenait au maximum un tiers du temps de travail, se faisait généralement à une hauteur se situant entre la poitrine et les épaules, mais jamais au-dessus. Même si une légère diminution de rendement devait être admise, "en raison des quelques réglages qui ne peuvent être effectués qu'à hauteur d'épaules", elle était en tout les cas largement inférieure à 40 %. L'OAI annonçait ainsi la notification prochaine d'une décision conforme au projet de décision du 7 janvier 2011. Par décision du 18 juin 2012 et conformément au projet de décision initial, l'OAI a reconnu à l'assuré un droit à une rente entière du 1er septembre 2009 au 31 mars 2010, soit après trois mois d'amélioration

- 15 - depuis le 10 décembre 2009. L'OAI a en effet retenu que l'assuré était en incapacité de travail complète dès le 25 juin 2008. Sa capacité de travail était à nouveau entière dans son activité habituelle dès le 10 décembre 2009, pour autant que son activité s'exerce à

hauteur de table ou d'établi, ce qui était le cas chez son employeur. La Caisse AVS M. _____ a notifié cette décision à l'assuré lui-même et non pas à son mandataire, car elle ignorait, selon elle, le mandat. L'assuré a remis le 19 juillet 2012 copie de la décision à son avocat. Selon un courrier de l'OAI du 13 août 2012 adressé à l'avocat, le délai de recours commençait à courir dès le 20 juillet 2012 seulement, soit le lendemain de la date à laquelle l'assuré avait remis une copie de la décision à son mandataire. Par ailleurs, et faisant suite à l'affirmation du mandataire dans un courrier du 19 juillet 2012 concernant le fait qu'il ignorait s'il avait également été pris position sur le droit aux prestations AI pour la période ultérieure au 31 mars 2010, l'OAI y a également retenu que le droit à la rente "s'éteint en effet" à cette dernière date. I. Par décision du 4 juillet 2012, la CNA a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 40 %. Selon elle, l'assuré pouvait travailler dans une activité adaptée, légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition d'éviter un travail à hauteur d'épaule. Elle a fixé le taux d'invalidité par comparaison de gains avec et sans atteinte (perte économique). Elle a ainsi comparé un revenu de valide mensuel de 7'675 fr. à un revenu mensuel dans une activité adaptée, exigible durant toute la journée, de 4'580 fr.; il en résultait la perte de gain et donc le taux d'invalidité de 40 %. La CNA a ainsi accordé dès le 1er juin 2012 une rente mensuelle de 3'279 fr. 80, correspondant au taux d'invalidité de 40 % sur les 80 % du gain annuel assuré (une rente entière est égale à 80 % du gain assuré) et admis par la CNA, soit 122'992 fr. (comprenant en plus du salaire habituel notamment une prime et des heures supplémentaires). De plus, elle a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base d'une

- 16 - diminution de l'intégrité de 5 %. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision de la CNA. J. Par acte du 7 septembre 2012, l'assuré a déposé un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal demandant la réforme de la décision de l'OAI du 18 juin 2012. Il conclut à l'octroi d'une demi-rente dès le 1er avril 2010, subsidiairement au renvoi de la cause pour nouvelle instruction et décision. Il invoque des appréciations médicales divergentes et requiert une expertise médicale pour déterminer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée à son état de santé. Il se fonde sur les appréciations du Dr J. _____ et de l'enquêteur de la CNA. Il fait aussi valoir que l'OAI n'aurait pas pris position dans sa décision sur son droit à une rente pour la période ultérieure au 31 mars 2010. Par réponse du 19 octobre 2012, l'OAI préavise pour le rejet du recours et la confirmation de sa décision du 18 juin 2012. Par réplique du 22 novembre 2012 et réponse du 30 janvier 2013, le recourant maintient ses conclusions, de même que l'OAI par duplique du 17 décembre 2012. Dans la mesure utile, les arguments des parties seront repris ci-après. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du

E. 6

octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par la LPGA ou des dérogations expresses figurant dans une loi spéciale (cf. en l'espèce art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS

- 17 - 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure

administrative, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément à l'art. 57 LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé dans les formes et respecte les autres conditions de recevabilité. Notamment, le délai de recours de 30 jours a été observé vu les fêtes et le fait que la décision attaquée n'a pas été notifiée correctement au mandataire du recourant, mais au recourant lui-même, qui s'était alors adressé à son avocat dans le mois suivant la réception de la décision. Dans cette mesure, le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain du jour auquel l'avocat a pris connaissance de la décision litigieuse (cf. art. 60 et 38 LPGA ; consid. 3.1 non publié de l'ATF 133 V 147 [TF B 142/05 du 9 janvier 2007] ; TF 8C_216/2012 du 5 avril 2013 consid. 3.1 ; 9C_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1 et 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 4.3 ; TF C 196/00 du

E. 10

mai 2001 consid. 3a, in : DTA 2002 n° 9 p. 65). Il convient donc d'entrer en matière. Afin d'éviter tout malentendu, il convient de préciser qu'il est retenu que la notification à la seule partie représentée est certes irrégulière. Elle ne mène toutefois pas à la nullité de la décision ; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré l'irrégularité (cf. les arrêts du Tribunal fédéral précités). c) La cause doit être tranchée par une cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique

- 18 - (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente. 2. Dans un premier temps, le recourant est d'avis que l'OAI n'a pas pris "position" sur son droit à une rente pour la période ultérieure au 31 mars 2010. La décision attaquée serait muette à ce propos. Faute de motivation à ce sujet, la décision attaquée serait défaillante et viciée. Pour ce seul motif, le recours devrait déjà être admis. Ce grief n'est pas fondé. Certes, le dispositif de la décision attaquée, c'est-à-dire la phrase qui suit l'intitulé "notre décision est par conséquent la suivante :", ne retient pas explicitement que le recourant n'avait plus droit à une rente dès le 1er avril 2010. Ce dispositif se limite à retenir que le recourant avait "dès le 1er septembre 2009 [...] droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 mars 2010 (soit après 3 mois d'amélioration depuis le 10 décembre 2009)". Il ressort cependant de la motivation de la décision attaquée, que l'OAI estime que "la capacité de travail [du recourant] est à nouveau entière dans votre activité habituelle dès le 10 décembre 2009", raison pour laquelle le recourant avait droit à une rente uniquement jusqu'au 31 mars 2010, soit, comme mentionné expressément dans le dispositif et expliqué dans la motivation, après 3 mois de l'amélioration retenue par l'OAI au 10 décembre 2009. Il est évident que si l'OAI admet le retour à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle dès une date précise et qu'en fonction de cela il limite l'octroi d'une rente pour une période correspondante, il n'entend, dès lors, pas accorder de rente au-delà de cette période. La décision attaquée n'est donc pas viciée parce qu'elle ne dit pas explicitement dans un dispositif que le recourant n'avait plus le droit à des prestations dès le 1er avril 2010 (cf. TFA I 293/05 du 17 juillet 2006 et I 593/05 du 8 novembre 2006). Le dispositif en relation avec la motivation de la décision attaquée est suffisamment clair à ce sujet pour l'entendre ainsi. Il n'est même pas nécessaire de connaître du courrier précédent de l'OAI, adressé le 30 avril 2012 au recourant, ou celui du 13 août 2012 de l'OAI, pour comprendre que l'OAI refusait une rente au-delà du 31 mars 2010. Rien ne change à cela que l'OAI dise

parfois explicitement dans le dispositif d'une décision

- 19 - dès quelle date il refuse l'octroi d'une rente ou rende parfois des décisions distinctes, une pour la période d'octroi de prestations et une autre pour une période suivante pour laquelle des prestations sont refusées ; cette façon de procéder n'est pas obligatoire, même s'il serait préférable que l'OAI procède de manière uniforme (cf. pour le reste consid. 3b au sujet de la révision que comportent de telles décisions). 3. La question litigieuse est donc de savoir si, et dans quelle mesure, le recourant a droit à l'octroi d'une rente au-delà du 31 mars 2010. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, un assuré a droit à une rente AI, si sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c). Selon l'art. 8 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Aux termes de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). En vertu de l'art. 7 LPGGA, 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. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à l'art. 6 LPGGA 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

- 20 - 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. b) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde, comme en l'espèce, une rente d'invalidité avec effet rétroactif dès une date précise et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente dès une date ultérieure, correspond, pour cette dernière partie, à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2 in fine). Peu importe que la décision d'accorder la rente et celle de la supprimer par la suite aient été rendues dans un seul acte ou par deux actes distincts (cf. aussi consid. 2 ci-dessus). En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGGA (cf. ATF 130 V 343 précité consid. 3.5). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], dans sa

teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012, allant dans le même sens que la version précédente). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision

- 21 - (ATF 112 V 371 consid. 2b). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1, in SVR 2012 IV n° 18 p. 81 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd. 2009, n. 40 ad art. 43 LPGa). c) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge en cas de 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_794/2012 du 4 mars 2013 consid. 2.1). L'assureur social et le juge des assurances sociales doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Le Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, l'affaire ne peut être liquidée sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Ainsi 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

- 22 - 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_794/2012 précité consid. 2.1). Selon la jurisprudence, 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 confidentiels 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 précité consid. 3b/cc ; TF 9C_616/2007 du 8 septembre 2008 consid. 2). Quant aux rapports des médecins des assureurs et notamment du SMR, ceux-ci peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont dûment motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 précité consid. 3b/ee ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Il est toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe doit être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGa (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Il en va de même en cas de simple doute sur la fiabilité ou pertinence des constatations des médecins internes à l'assureur (ATF 135 V 465 précité consid. 4.4 : "Bestehen auch nur geringe Zweifel [...]"), d) A teneur de l'art. 28 al. 2

LAI, un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité au sens de cette dernière disposition, l'art. 28a al. 1 LAI renvoie à l'art. 16 LPGA, selon lequel il faut

- 23 - comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. 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 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 (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). Selon les circonstances, les montants des salaires ressortant de ces données seront réduits en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide (abattement d'au maximum 25 % ; cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b). 4. a) En l'espèce, l'OAI est, en substance, de l'avis que le recourant présente certes des limitations fonctionnelles suite à son accident de la route, mais qu'il est aussi capable, depuis mi-décembre 2009, de reprendre à plein temps son activité habituelle chez son ancien employeur. Quant au recourant, celui-ci conteste qu'une pleine capacité de travail soit exigible de sa part. Il renvoie aux appréciations du Dr J. _____ qui avait retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Le recourant fait en outre valoir qu'il ne peut pas reprendre son activité habituelle, mais, vu ses limitations fonctionnelles, tout au plus une autre activité adaptée, comme l'a retenu la CNA. En suivant cette dernière, qui a admis une capacité de travail entière dans une activité adaptée, la rente d'invalidité devrait être fixée à 40 % au moins. b) Certes, en matière d'assurances sociales, le principe de l'uniformité de la notion d'invalidité prévaut dans l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents ; à atteinte à la santé égale, le degré d'invalidité devrait être égal (cf. art. 16 LPGA ; ATF 126 V 288). Cependant, pour les raisons évoquées dans l'ATF 133 V 549 consid. 6, l'assurance-invalidité, et

- 24 - partant aussi le Tribunal de céans, ne sont pas liés par l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'assurance-accidents. Ils ne sont surtout pas autorisés à se contenter de reprendre sans aucun contrôle le degré d'invalidité retenu par l'assurance-accidents (ATF 126 V 288 précité consid. 2d). De plus, l'assurance-invalidité doit notamment tenir compte d'atteintes à la santé qui n'ont aucun lien avec un accident (ATF 133 V 549 précité consid. 6.2). c) Il ressort du rapport de la Clinique D. _____ du 25 janvier 2010 que l'incapacité de travail du recourant était considérée par les médecins de cette institution comme "actuellement totale" et qu'elle devait être réévaluée périodiquement, la situation n'étant à ce moment là pas complètement stabilisée. Ces médecins retenaient, en outre, qu'en l'absence d'amélioration fonctionnelle dans les 2 à 3 prochains mois, la situation devrait alors probablement être considérée comme stabilisée et des mesures d'ordre professionnelle entreprises. Ils se voyaient peu optimistes quant à une reprise du travail par le recourant à court ou moyen terme. Le Dr F. _____ a, pour sa part, conclu, début 2010, que le recourant avait retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès la fin de son séjour à la Clinique D. _____, soit dès le 10 décembre 2009. Le SMR s'est rallié à cette appréciation sans effectuer lui-même un examen personnel du recourant. Quant au médecin traitant, le Dr J. _____, il a retenu le 13 juin 2011 qu'une capacité de travail de

50 % lui semblait a priori imaginable dans une activité adaptée, qu'il faudrait réévaluer par la suite. Il n'a toutefois pas précisé la date dès laquelle la reprise d'une activité pouvait être envisagée. Il ne ressort pas non plus du dossier jusqu'à quelle date il a retenu une incapacité de travail entière du recourant. Dans une feuille-accident LAA, indexée le 10 janvier 2011 par l'OAI, le Dr J. _____ avait inscrit une incapacité de travail à un degré de 100 % en tout cas jusqu'au 2 novembre 2010.

- 25 - d) aa) Il est quelque peu surprenant que le Dr F. _____ admette une capacité de travail entière dès la fin du séjour à la Clinique D. _____, bien que les médecins de cette clinique aient retenu une situation pas encore complètement stabilisée et une incapacité de travail entière dans leur rapport sur lequel, dans un premier temps, s'est basé le Dr F. _____. Certes, les médecins de la Clinique D. _____ déclaraient qu'il fallait réévaluer l'incapacité de travail et qu'en l'absence d'amélioration fonctionnelle dans les 2 à 3 prochains mois, la situation devrait probablement être considérée comme stabilisée. Cela ne veut toutefois pas dire que le recourant devait alors être considéré comme guéri ou que la capacité de travail était rétablie, mais bien plus, que l'on ne pouvait plus s'attendre à une quelconque amélioration prochaine des atteintes à la santé du recourant. Dans ce cas, les médecins de la Clinique D. _____ préconisaient dans un premier temps des mesures d'ordre professionnel. Ils étaient toutefois "peu optimiste" quant à une reprise de travail à court ou moyen terme. Quant au Dr F. _____, celui-ci n'explique pas clairement pour quelle raison il s'écarte de l'appréciation de la capacité de travail par la Clinique D. _____ et admet déjà dès la fin du séjour à la Clinique D. _____ une récupération entière de la capacité de travail. Le Dr F. _____ ne prétend pas avoir constaté une amélioration de la situation par rapport aux constatations de la Clinique D. _____. Il ne démontre pas non plus dans quelle mesure l'appréciation de la Clinique D. _____ serait erronée. Il se contente de retenir que malgré tous les examens complémentaires entrepris, l'exclusion fonctionnelle du membre supérieur gauche ne trouvait pas d'explication et allait bien au-delà des lésions objectivables et qu'on pouvait la qualifier de psychogène. Cependant, il a tout de même admis des lésions objectivables ainsi que des limitations fonctionnelles du membre supérieur gauche. Quant à la reprise d'une activité adaptée, il n'explique pas pourquoi celle-ci pouvait être "parfaitement envisageable" à l'issue du séjour à la Clinique D. _____. Les remarques au sujet du Dr F. _____ valent aussi pour les médecins du SMR, qui eux, en plus, ne mentionnent même pas le rapport de la Clinique D. _____ ; dans un rapport d'entretien du 20 août 2010, l'OAI a même admis qu'il ne disposait pas de tous les rapports médicaux de la CNA.

- 26 - Certes, les médecins de la Clinique D. _____ ont retenu qu'il existait des facteurs "non médicaux", notamment une peur d'exacerber les douleurs. Il reste néanmoins la constatation que le recourant présente une symptomatologie douloureuse, même si elle n'est pas pleinement explicable par les lésions objectives visualisées à l'IRM. Dans la mesure où le Dr F. _____ a déclaré que l'exclusion fonctionnelle du bras devait être qualifiée de psychogène, une instruction supplémentaire à ce sujet s'imposait, ce que le Dr F. _____, qui n'est pas psychiatre, ne pouvait entreprendre lui-même, et ce que la Clinique D. _____ n'avait apparemment pas approfondi ; cette dernière s'était contentée de proposer des entretiens auprès d'une de ses psychologues. Une plus ample appréciation de cette problématique n'a pas eu lieu, à part la constatation que le recourant avait reconnu que l'exclusion du membre supérieur gauche était partiellement en lien avec sa peur d'exacerber les douleurs (cf. rapport de consilium psychiatrique rédigé le 18 novembre 2009 par le Dr

G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin auprès de la Clinique D._____. Sans trancher la question de savoir si une instruction complémentaire d'un point de vue psychiatrique s'imposait à la CNA, ceci ne relevant pas du présent litige, une telle instruction incombait à tout le moins à l'OAI, qui était en possession des documents médicaux de la CNA précités. Le Dr J._____ a, en juin 2011, envisagé qu'une reprise dans une activité adaptée a priori à un taux de 50 % semblait imaginable. Contrairement à ce qu'allègue l'OAI, le fait que ce médecin utilise partiellement le conditionnel et des termes de retenue pour son appréciation (par exemple : "semblerait imaginable qu'une capacité de travail soit possible") ne saurait retirer d'emblée toute valeur probante à celle-ci. Le Dr F._____ a également utilisé des termes qui présente une certaine réserve ou incertitude dans ses appréciations (par exemple : "l'articulation acromio-claviculaire a paru très remaniée", "apparemment en bonne santé", "l'épaule gauche paraît souple"). Il ressort en outre des différentes appréciations du Dr J._____ que celui-ci n'avait pas tendance à retenir sans motif objectif une incapacité de travail en faveur de son

- 27 - patient, le recourant. Dans ses deux rapports du 10 septembre 2008 et 2 juin 2009, ce médecin retenait encore un bon pronostic. Si par la suite, en juin 2011, son appréciation était beaucoup plus retenue, cela était donc dû à des constatations faites plus récemment sur son patient. bb) Il ressort en outre du dossier de l'OAI que l'hôpital E._____ (ou Service E._____ du Centre N._____) avait remis au recourant un stimulateur électrique en été 2010 pour son bras gauche, suite à la fin de la prise en charge de la physiothérapie et de l'ergothérapie par la CNA au printemps 2010 (cf. rapport d'entretien de la CNA du 5 janvier 2011). Le dossier de l'OAI ne contient toutefois aucun rapport médical de cet hôpital hormis ceux des années 2008 et 2009 (notamment du Dr L._____). L'OAI n'a pas demandé de nouveaux rapports à l'hôpital E._____, malgré notamment la connaissance du rapport d'entretien précité du 5 janvier 2011, qu'il avait indexé le 10 janvier 2011. Suite à ce rapport, l'OAI aurait dû s'adresser à l'hôpital E._____ pour demander un rapport actualisé, ce d'autant que le recourant ne se contentait pas d'alléguer des douleurs, mais rapportait qu'un nouveau traitement avait été entrepris, puisqu'il avait reçu un stimulateur électrique. Les constatations médicales, sur lesquelles s'est fondé l'OAI pour rendre sa décision, n'étaient donc plus actuelles, vu que les plus récentes dataient de début 2010. Il n'a donc pas non plus été suffisamment tenu compte d'une éventuelle évolution depuis l'examen par le Dr F._____ du 4 mars 2010. Il ressort notamment des rapports du Dr J._____ de juin 2011, mais aussi des divers rapports d'entretiens avec le recourant, qu'il ne peut être exclu une évolution défavorable. En été 2009, le recourant était encore lui-même confiant de pouvoir reprendre le plus tôt possible le travail, espoir qui s'est estompé chez lui au fil des mois qui ont suivi. Bien que les éléments qui précèdent ne puissent être considérés comme des preuves d'un état de santé incapacitant, ils auraient dû mener l'OAI à instruire plus avant. Au niveau psychique, l'appréhension du recourant d'utiliser le bras ou la main de crainte de subir des douleurs n'a par ailleurs pas du tout été instruite.

- 28 - cc) En résumé, la Clinique D._____ a certes procédé à des investigations fouillées, mais elle ne se prononce finalement pas définitivement sur l'évolution des atteintes à la santé et de la capacité de travail du recourant ainsi que sur les limitations fonctionnelles. En outre, elle n'a pas instruit plus avant le côté psychique de la crainte du recourant d'utiliser son bras gauche. Quant aux rapports du SMR, du Dr F._____ et du Dr J._____, il ne ressort pas de ceux-ci une étude circonstanciée des points litigieux et

encore moins une bonne motivation de leurs conclusions. N'étant pas psychiatre, ils ne pouvaient pas non plus procéder à une appréciation psychiatrique. En fin de compte, plusieurs questions ou points restent ouverts ou prêtent à confusion. Dès lors, il ne peut être conféré une pleine valeur probante à leurs rapports. A fortiori, des doutes quant aux conclusions du Dr F._____ et des médecins du SMR, qui doivent être considérés en tant que médecins internes aux assureurs sociaux, sont justifiés (cf. ci-dessus consid. 3c in fine). Sur la base actuelle du dossier, il ne peut être estimé au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il y a eu, respectivement quand il y a eu, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente du recourant (cf. ci-dessus consid. 3b). e) A cela s'ajoute ce qui suit au sujet des limitations fonctionnelles : aa) L'OAI se base sur l'appréciation du Dr F._____ pour admettre une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès mi- décembre 2009. Cependant, dans la mesure où l'OAI se prononce sur la possibilité de reprendre l'activité habituelle et non pas une autre activité adaptée, il ne se tient finalement pas aux recommandations de ce médecin. En effet, le Dr F._____ avait exclu l'utilisation des "mains" à hauteur des épaules et avait surtout retenu comme exigible uniquement une activité "à hauteur de table ou d'établi" (ce qui correspond à une table de travail utilisée par exemple par les menuisiers ou serruriers). L'OAI, par contre, retient que les limitations fonctionnelles concernaient l'élévation

- 29 - du membre supérieur gauche, c'est-à-dire du bras et non pas uniquement de la main. De plus, selon l'OAI, cette élévation ne devait pas aller "au-dessus" de l'horizontale des épaules. Ainsi, l'OAI ne se contente donc pas de retenir en tant qu'exigible une activité exercée à hauteur de table ou d'établi, comme le préconisait le Dr F._____, mais demande au recourant qu'il assume aussi des travaux qui s'effectuent entre la poitrine et les épaules, voire même à la hauteur des épaules (cf. courrier de l'OAI du 30 avril 2012). Un établi adapté se trouve régulièrement à hauteur des hanches ou de la taille, mais en tout cas pas à hauteur de la poitrine ou des épaules. Dans cette mesure, l'OAI suit donc plutôt les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport du Dr J._____ du 13 juin 2011, qui avait notamment cité à ce sujet "l'élévation du bras au-dessus de l'horizontale". Cette appréciation du Dr J._____ a été faite plus d'une année après celle du Dr F._____ et préconisait une reprise de travail dans une activité adaptée à environ 50 % seulement – et non pas à plein temps – avec le besoin d'effectuer par la suite une réévaluation. Tout comme le Dr J._____, le Dr C._____, médecin auprès du SMR, avait également retenu, dans son rapport du 18 mai 2010, la limitation fonctionnelle d'éviter toute utilisation "des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale des épaules". Mais contrairement au Dr J._____, le Dr C._____ estimait – sur ce point-là comme le Dr F._____ – que le recourant pouvait reprendre une activité à plein temps déjà dès mi-décembre 2009. Il est donc nécessaire d'établir quelles limitations fonctionnelles existent, vu que les constatations actuelles à ce sujet divergent, sans qu'il y ait d'explications sur les raisons de ces divergences. Il importe aussi de savoir, si et quand les limitations fonctionnelles ont évolué.

- 30 - bb) De ce qui vient d'être exposé, il appert, par ailleurs, qu'une partie des désaccords, notamment entre la CNA et l'OAI, sur l'exigibilité du travail habituel chez l'ancien employeur du recourant, résulte du fait que l'OAI et le SMR ont interprété à leur façon les explications du Dr F._____ : Tandis que ce dernier parlait de l'exigibilité d'une activité uniquement à hauteur de table ou d'établi, l'OAI et le SMR ont quelque peu "relevé" les exigences en admettant des activités avec les bras jusqu'à la hauteur des épaules et donc en

excluant uniquement les activités avec les bras au-dessus de l'horizontale des épaules. Cela représente une nette différence par rapport à ce qu'a retenu le Dr F. _____ et admis la CNA. Cette divergence n'a pas été motivée par le SMR. Il ressort aussi du dossier qu'elle n'a pas non plus été rendue évidente, vu que l'OAI prétend suivre les constatations du Dr F. _____. Dans cette mesure, les investigations sur la place de travail du recourant auprès de l'entreprise V. _____ SA apparaissent quelque peu biaisées, puisque celles-ci n'ont pas en tout temps eu lieu en se basant sur des limitations fonctionnelles identiques. cc) De surcroît, si l'on admet l'appréciation du Dr F. _____ au sujet des limitations fonctionnelles (activité uniquement à hauteur de table ou d'établi), il appert que l'activité habituelle tel qu'effectuée au sein de l'entreprise V. _____ SA n'était, contrairement à ce qu'affirme l'OAI, plus possible. Vu le statut du recourant dans cette entreprise, le nombre très restreint d'employé et les tâches à effectuer, une activité en tant que mécanicien limitée à hauteur de table ou d'établi y était exclue ; la fonction du recourant dans cette entreprise nécessitait aussi des gestes avec les deux mains et bras au minimum à hauteur de la poitrine et des épaules. Cela ressort de l'ensemble des explications sur l'activité dans ladite entreprise (notamment de M. A. _____), des visites sur place par des collaborateurs de l'intimé et de la CNA ainsi que des photographies versées au dossier. Dans cette mesure, le calcul du degré d'invalidité devrait s'effectuer de manière similaire à la CNA, si une capacité de travail entière devait être admise dans une activité adaptée.

- 31 - Pour le reste, si le recourant ne peut effectivement pas reprendre son ancienne activité dans l'entreprise V. _____ SA, l'OAI ne pourra pas non plus retenir, sans autres investigations, que le recourant pourrait toucher le même revenu dans une activité (adaptée) auprès d'un autre employeur. L'OAI devrait au contraire procéder à des investigations afin d'estimer, selon l'art. 16 LPGA, quel revenu le recourant pourrait obtenir en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui en tenant compte de ses limitations fonctionnelles. En effet, le salaire que le recourant réalisait les dernières années auprès de V. _____ SA était dû à sa position spéciale dans cette entreprise (notamment nombreuses années d'expériences au sein de la même entreprise, responsabilité dans l'atelier en raison de cette expérience et du changement de gérant). Il semble peu probable que le recourant puisse toucher un revenu aussi élevé chez un autre employeur, encore moins si le recourant présente des limitations fonctionnelles. L'OAI a retenu, par surabondance, que le recourant pourrait poursuivre son activité habituelle auprès de l'entreprise V. _____ SA même avec certaines limitations fonctionnelles qui l'empêcheraient d'avoir le même rendement au motif que la diminution de rendement serait largement inférieure à 40 %, vu que le réglage des machines ne prenait qu'un tiers du temps du travail (cf. p. 2 de la lettre de l'OAI du 30 avril 2012). Ce raisonnement n'est pas correcte dans la mesure où le recourant ne pourrait pas garder son poste auprès de ladite petite entreprise avec des limitations fonctionnelles qui l'empêchent d'effectuer toutes les tâches nécessaires dans l'atelier. f) Au vu de ce qui précède, l'instruction apparaît, en l'état actuel, insuffisante. Il faut, dans un premier temps, demander un rapport récent au service orthopédique qui a traité le recourant. Ensuite, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante au sens de l'art. 44 LPGA s'impose. Elle devra, au minimum, porter sur les volets orthopédique (avec un expert de l'épaule et des membres supérieurs), et, pour être complète et vu la durée de l'atteinte, aussi neurologique, rhumatologique et psychiatrique. L'expertise devra se prononcer sur

- 32 - l'évolution de la capacité de travail du recourant, ce qui inclut aussi ses limitations fonctionnelles, depuis l'accident. Par la suite, le taux d'invalidité devra être à nouveau évalué en tenant compte des considérants du présent arrêt (notamment au consid. 4e ci-dessus). Il n'est donc pas uniquement question de remplir, par une expertise judiciaire, un manque de preuve dû à des appréciations médicales divergentes. Différents points n'ont pas été instruits correctement ou suffisamment, malgré l'art. 43 LPGA qui impose à l'assureur de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires. Dès lors, ce n'est pas au tribunal de céans de mettre en œuvre l'instruction supplémentaire. Au contraire, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour un complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1). 5. a) Le recours doit ainsi être admis et la décision attaquée annulée. b) Le recourant, qui obtient gain de cause et est représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de dépens, qui est fixée à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Les frais judiciaires, fixés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 LPA-VD).

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