

VD_GERICHTE ZD16.022515 vom 14. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.022515

FR: VD_GERICHTE ZD16.022515 du 14 novembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.022515 del 14 novembre 2017

Erwägungen

E. 4

En l'espèce, sur le plan médical, l'intimé a retenu que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dès le 6 mars 2013 et qu'à l'issue d'un traitement de rééducation intensive multidisciplinaire effectué au L. _____ à l'automne 2013, il a recouvré une pleine capacité de travail dès le 30 novembre 2013, tant dans son activité actuelle auprès de la société F. _____, que dans son activité habituelle de directeur, conducteur de travaux et chef de chantier, exercée pour le compte de la société E. _____. De l'avis de l'intimé, ces deux activités sont en effet adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré. L'OAI retient ainsi que, six mois après le dépôt de sa demande du 3 février 2014 (cf. art. 29 al. 1 LAI), le recourant ne présentait pas d'invalidité et n'avait donc pas droit à une rente. De son côté, le recourant conteste que son activité habituelle soit adaptée et exigible. Il soutient également que son état de santé ne lui permet pas d'exercer l'activité qu'il occupe actuellement à un taux excédant 50%, dans la mesure où certaines de ses tâches ne sont pas adaptées à ses limitations fonctionnelles et qu'il est confronté à des douleurs. Il estime en outre souffrir d'atteintes psychiques et neurologiques, insuffisamment investiguées par l'OAI.

- 19 -

E. 5

S'agissant tout d'abord de l'activité habituelle, il sied de retenir que l'état de santé du recourant ne lui permet plus d'exercer l'activité de directeur, conducteur de travaux et chef de chantier. Qu'il s'agisse des médecins traitants ou des médecins du SMR, tous les praticiens intervenus dans le dossier ont convergé vers le constat que dite activité n'était plus exigible. a) Dans un rapport du 18 février 2014, le Dr M. _____ a en effet attesté une totale incapacité de travail depuis le 6 mars 2013, précisant que les limitations fonctionnelles liées aux lombalgies induisaient notamment des difficultés de déplacement ainsi qu'une impossibilité de porter des charges et de monter et descendre des échelles, rendant l'activité habituelle non-exigible. Le médecin traitant a confirmé son appréciation les 7 mai 2014, 5 septembre 2014 et 2 février 2015, ajoutant que les douleurs lombaires et de lombosciatalgie empêchaient en outre l'assuré de rester uniquement debout pendant une longue période, de se déplacer sur des terrains escarpés et accidentés, tels que les chantiers, et nécessitaient l'alternance des positions. Le Dr M. _____ a insisté sur le fait qu'il était à son sens parfaitement illusoire de penser que son patient était capable d'escalader les échafaudages sur les chantiers, de marcher sur un sol irrégulier, ou de descendre dans une excavation. Le médecin mettait également en garde sur l'effet sédatif de la médication de l'assuré (Zaldiar et Tramadol), qu'il jugeait incompatible avec les distances (plus de 100 km) que l'assuré devait parcourir chaque jour au volant de son véhicule pour rallier les différents chantiers dont il avait la surveillance. Cette appréciation est partagée par le Dr

G._____, lequel a également attesté une totale incapacité de travail depuis mars 2013, l'activité habituelle n'étant selon lui plus adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles constatées (cf. rapports des 25 avril et 24 novembre 2014). De leur côté, les médecins du SMR ont également unanimement admis l'absence de toute exigibilité dans l'activité habituelle. Certes, le Dr H._____ s'est apparemment mépris sur le type d'activité concernée, faisant référence à celle de maçon et d'ouvrier de

- 20 - chantier. Ceci reste cependant sans incidence, dans la mesure où, une fois cette erreur décelée, les Drs B._____, S._____ et J._____ ont conclu dans le sens d'une incapacité totale de travail dans l'activité de directeur, conducteur de travaux et chef de chantier. Dans son rapport du

E. 10

mars 2015, le Dr B._____ a en effet estimé qu'il était concevable que l'activité habituelle ne soit plus exigible en raison des longs trajets en voiture, des positions debout prolongées, de l'accès difficile à certains chantiers impliquant de franchir des échelles et des échafaudages. Le Dr B._____ s'est en cela rallié à l'avis exprimé le 18 février 2014 par le Dr M._____, dont il n'y avait selon lui pas lieu de s'écarter. A l'instar du médecin traitant, le Dr B._____ a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de directeur, conducteur de travaux et chef de chantier, depuis le 6 mars 2013. Dans leur avis du 17 mars 2015, les Drs S._____ et J._____ ont admis que les conclusions du Dr B._____ étaient correctement fondées et méritaient d'être suivies. b) L'OAI s'est toutefois distancé des avis médicaux, et notamment de ceux des médecins du SMR, au motif que, selon ses spécialistes en réadaptation, l'activité habituelle était adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr B._____, précisant qu'il incombe au médecin de fixer l'exigibilité médicale (capacité de travail résiduelle, limitations fonctionnelles, etc...), mais qu'il ne lui revient pas de se prononcer sur une activité concrète, dite compétence appartenant aux spécialistes en réadaptation. Certes, la répartition des rôles entre médecin et spécialiste en réadaptation dans l'évaluation d'un droit aux prestations d'invalidité retient qu'il revient plutôt à ce dernier d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération, sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré (cf. consid. 3b supra). En l'occurrence cependant, les conclusions des spécialistes en réadaptation ne sont pas convaincantes. Ils ont en effet perdu de vue qu'outre les restrictions en matière de distance de marche, de port de charges, des mouvements du tronc et des positions en porte-à-faux, le Dr B._____, suivi par les Drs S._____ et J._____, a

- 21 - spécifié que le recourant n'était pas en mesure de tenir des positions debout prolongées, de franchir des échelles et des échafaudages, ni d'effectuer des longs trajets en voiture, en raison des effets secondaires sédatifs de sa médication. Il a précisé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr M._____, lequel avait également mis en exergue une incapacité de se déplacer sur des terrains escarpés et accidentés, tels que les chantiers, et de descendre dans des excavations. Ces restrictions, de première importance lorsqu'il s'agit d'examiner la capacité de travail d'un conducteur de travaux, lequel doit sans aucun doute régulièrement se déplacer au volant d'une voiture, évoluer sur des terrains accidentés et se déplacer sur des échafaudages lors de la supervision des chantiers dont il a la charge, n'ont pas été discutées par le service de réadaptation. Les spécialistes n'ont pas exposé en quoi ces limitations n'empêcheraient pas le recourant de poursuivre son activité habituelle. Leur avis n'est ainsi pas suffisamment motivé, de sorte qu'il sied de s'en tenir

aux conclusions médicales présentes au dossier, et notamment celles des Drs J._____, S._____, et J._____ du SMR, lesquels retiennent de manière à emporter la conviction de la Cour que les restrictions affectant le recourant induisent une totale incapacité de travail dans son activité habituelle. On notera également que, dans son avis du 2 février 2016, le Dr S._____ n'a pas remis en question son appréciation précédente, à savoir que les conclusions du Dr B._____ étaient convaincantes et que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle. Si, dans son avis du 2 août 2016, le Dr S._____ a relativisé les limitations au niveau de la conduite automobile, il a néanmoins maintenu son avis selon lequel il « n'était pas justifié d'affirmer que l'activité habituelle de l'assurée (c'est-à-dire celle qu'il exerçait chez E._____) [était] adaptée ». c) En définitive, il sied de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales que le recourant présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle. 6. a) S'agissant de la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimé s'est fondé principalement

- 22 - sur les conclusions de l'examen rhumatologique pratiqué le 9 mars 2015 par le Dr B._____. Dans son rapport du 10 mars 2015, le Dr B._____ a retenu le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non déficitaires avec pseudoradiculgies droites dans le cadre d'une arthrose étagée des articulations postérieures et d'une protrusion discale L4-L5 (M54). Il a exclu de manière circonstanciée le diagnostic de radiculgies retenu par les Drs Q._____ et M._____, expliquant, d'une part, que le syndrome lombovertébral sans signe irritatif ou déficit neurologique associé évoqué par le Dr Q._____ n'était pas compatible avec un diagnostic de radiculgies et, d'autre part, que même si le Dr M._____ avait formellement posé le diagnostic incapacitant de lomboradiculgies, il n'avait fait état que de lombalgies chroniques dans sa description clinique. A cet égard, le Dr B._____ a précisé qu'une arthrose des articulations postérieures pouvait provoquer une irradiation des douleurs à la partie postérieure des membres inférieurs ; il s'agissait dans ce cas d'une pseudoradiculgie, et non d'une radiculgie à proprement parler, qui implique une irritation de la racine. Au titre des limitations fonctionnelles, le médecin a mentionné la marche au-delà de 2 km, le port de charges au-delà de 20 kg, la position debout statique au-delà de trente minutes, la position assise au-delà d'une heure, les mouvements répétitifs de rotation/flexion-extension du rachis lombaire et la position en porte-à-faux lombaire. Au cours de son examen clinique, le Dr B._____ a constaté que la marche s'effectuait sans boiterie. La marche sur les talons et la pointe des pieds était réussie, l'assuré annonçant une douleur supportable au dos et à la partie postérieure de la cuisse droite lors de la marche sur la pointe de pieds. Les changements de position s'effectuaient rapidement. La position assise avait été maintenue pendant toute l'heure de l'entretien. La mobilité lombaire connaissait certes une limitation principalement en extension, mais il n'y avait pas de signe déficitaire. Les articulations périphériques ne présentaient pas de signe inflammatoire, leur mobilité était indolore et les amplitudes articulaires conservées. Procédant à l'étude des IRM effectués en mars 2013 et juin 2014, le Dr B._____ a constaté qu'aucune évolution significative n'était intervenue

- 23 - durant ce laps de temps, conclusion à laquelle était également parvenue la radiologue Z._____ dans son rapport de juin 2014. L'atteinte dégénérative objectivée lors de ces deux examens était finalement de peu de gravité. L'arthrose des articulations postérieures était légère et modérée. Les bombements discaux et la protrusion en L5-S1 constatés sur ces

imageries ne provoquaient pas de conflit radiculaire. Les clichés n'avaient pas non plus révélé de hernie discale ni de signe inflammatoire. Selon le Dr B. _____, une telle atteinte dégénérative était fréquente chez une personne âgée de 56 ans. S'il admettait qu'il existait des limitations concernant de fortes contraintes mécaniques exercées au niveau lombaire, le médecin estimait que l'atteinte dégénérative telle qu'objectivée sur les IRM n'expliquaient que partiellement les limitations annoncées par l'assuré concernant la distance de marche (700 m.), le port de charge (10kg), de même que l'importance des douleurs alléguées par l'assuré. La présence de signes et de symptômes de non organicité selon Waddel (de 3/5) évoquait une composante non organique aux plaintes de l'assuré. S'il a adhéré à l'avis du médecin traitant, dans le sens d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, le Dr B. _____ a estimé que l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès la fin de son traitement de rééducation intensive multidisciplinaire au L. _____, soit depuis le 30 novembre 2013. Le peu de gravité de l'atteinte lombaire dégénérative avec absence de signe inflammatoire et de hernie discale permettait de maintenir une capacité de travail totale dans une activité adaptée. En particulier, la chronicité des douleurs lombaires avec des signes et symptômes de non organicité ne justifiaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. A ce stade, force est de constater que le rapport du 10 mars 2015 du Dr B. _____ est probant. Le médecin, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a pris connaissance des rapports médicaux établis par ses confrères et du dossier radiologique de l'assuré, avant de procéder à un examen clinique. Il a étudié de manière circonstanciée les points litigieux, en pleine connaissance de l'anamnèse et en prenant en compte les plaintes de l'assuré. En outre son appréciation de la situation

- 24 - médicale est claire et ses conclusions sont bien motivées. Il a notamment expliqué en quoi il ne pouvait adhérer au diagnostic de radiculalgies posé par les Drs Q. _____ et M. _____. Au vu de ces différents éléments, il sied de retenir que le rapport du 10 mars 2015 du Dr B. _____ remplit les exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3b supra). C'est en vain que le recourant fait grief au Dr B. _____ d'avoir failli à son devoir de motivation, en n'expliquant pas, par des exemples de cas ou de références de doctrine, en quoi les atteintes lombaires n'empêchaient pas l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Le médecin a défini de manière probante les atteintes affectant l'assuré et leurs incidences sur la capacité de travail. Il ne lui appartient pas d'apporter la preuve contraire de ses constatations. Il incombe plutôt au recourant, s'il entend contester les conclusions du médecin, d'apporter des éléments médicaux concrets et objectifs, qui auraient été ignorés par l'examineur, ce que l'assuré n'a pas fait en l'espèce. b) Les autres rapports médicaux au dossier ne sont pas de nature à remettre sérieusement en question les conclusions du Dr B. _____. On constatera tout d'abord que le Dr M. _____ a régulièrement modifié son appréciation de la capacité de travail de son patient, sans fournir d'explications sur les éléments médicaux objectifs l'ayant conduit à revenir sur ses conclusions. Ainsi, le 18 février 2014, le Dr M. _____ a indiqué que son patient pourrait travailler à plein temps dans une activité qu'il maîtrise et dans laquelle il n'a pas besoin de se déplacer ou de porter des charges. De même, dans son rapport du 5 septembre 2014, il n'a contesté l'appréciation de l'OAI que s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, ne faisant état d'aucune restriction dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Puis, le 18 février 2015, le médecin traitant a indiqué que son patient avait trouvé un travail de bureau à 50%, non sollicitant pour la colonne lombaire douloureuse, avec la possibilité de travailler deux jours par semaine à son

domicile. Le 16 juin 2015, il a précisé que cette activité de métreur était

- 25 - adaptée à l'état de santé de son patient, qualifiant même l'activité d' « idéale », compte tenu des possibilités de travailler à la maison. Malgré ce tableau positif, le Dr M. _____ a affirmé que l'activité exercée à 50% pour le compte de F. _____ représentait le maximum exigible de son patient, l'assuré restant tributaire de la prise régulière d'antalgiques. C'est le lieu de relever qu'aucun élément au dossier ne permet de suivre le recourant lorsqu'il affirme que son activité pour F. _____ n'est pas pleinement adaptée. Le recourant est chargé de l'établissement de métrages, d'offres et de décomptes, ainsi que de la facturation. Selon les informations fournies par le Dr M. _____, ainsi que les explications données par le recourant au Dr B. _____, il s'agit d'une activité de bureau, non contraignante pour la région lombarde. Les métrés, effectués dans le cadre de soumissions d'immeubles à construire, s'effectuent au bureau à [...] (cf. anamnèse professionnelle du rapport du 10 mars 2015 du Dr B. _____, p. 3); on ne voit donc pas en quoi ils impliqueraient des déplacements insupportables ni des gestes contre-indiqués, comme le soutient l'assuré. La même conclusion s'impose s'agissant de l'établissement d'offres, de décomptes et de la facturation, tâches par définition sédentaires, n'impliquant pas le port de charge et permettant l'alternance des positions, notamment. Il n'est donc pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'activité actuelle de l'assuré implique des tâches non-adaptées à son état de santé. Dite activité est donc pleinement adaptée. Comme l'observe à juste titre le Dr B. _____, le médecin traitant n'explique pas pour quelle raison, en février 2015, dans un rapport adressé à son patient, il est revenu sur son appréciation en faveur d'une capacité de travail entière, alors qu'il n'a relevé ni objectivé aucune péjoration de la situation de son patient, la stabilité constatée entre les IRM de 2013 et 2014 plaidant au contraire dans le sens d'une absence d'aggravation objectivable. Le Dr M. _____ ne motive en particulier pas en quoi une activité qu'il qualifie d'adaptée et d'idéale ne saurait être exercée à plus de 50%. Le seul fait que l'assuré ressente des douleurs et prenne un traitement antalgique ne suffit pas à justifier la réduction de la

- 26 - capacité de travail de 50% dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles. On relèvera encore que depuis novembre 2015, le Dr M. _____ a régulièrement attesté une reprise du travail à 100% dès le mois suivant, pour ensuite revenir sur son évaluation, et prolonger l'incapacité de travail à 50% (cf. certificats des 26 novembre 2015, 18 décembre 2015, 1er février 2016, puis, bien que postérieurs à la décision litigieuse, certificats des 7 et 18 octobre 2016). Il n'a toutefois pas expliqué les fondements de ses revirements, ne mentionnant en particulier aucune circonstance nouvelle nécessitant de revenir sur ses pronostics de reprise de travail à 100%, étant rappelé que les examens médicaux entrepris n'ont pas démontré d'évolution notable dans le sens d'une péjoration. En définitive, l'appréciation du Dr M. _____ ne constitue qu'une appréciation différente d'une même situation médicale qui ne saurait s'imposer, faute d'éléments médicaux ignorés du médecin examinateur. Le médecin traitant le dit lui-même lorsqu'il affirme que son appréciation de l'état de santé de l'assuré est proche de celle du Dr B. _____, mais qu'il se distancie de l'avis du médecin du SMR sur la question de la capacité de travail (cf. rapport du 16 juin 2015). L'avis du Dr M. _____ est en définitive insuffisamment motivé et entaché de contradictions, de sorte qu'il ne suffit pas à remettre en cause les conclusions du Dr B. _____. De son côté, le 28 novembre 2013, le Dr G. _____ a observé plusieurs améliorations à l'issue du traitement de rééducation

intensive multidisciplinaire ambulatoire suivi au L. _____ du 11 au 29 novembre 2013 (distance doigts-sol, inclinaisons latérales droite/gauche, distance talon/fesse). Le médecin a constaté que la musculature avait été reconditionnée, avec une diminution des tensions et des douleurs, ainsi qu'une augmentation de la force. Le 8 janvier 2014, il a fait procéder à une radiographie de la hanche qui a permis d'exclure tout problème coxo-fémoral sous-jacent. A l'instar du Dr B. _____, la Cour de céans constate qu'à aucun moment, le Dr G. _____ n'explique pour quelle raison une

- 27 - activité adaptée, à savoir une activité peu contraignante au niveau lombaire, ne peut pas être exercée à plus de 50%. Quant aux autres médecins consultés par le recourant, en particulier le Dr X. _____, ils ne se sont pas prononcé sur la question de la capacité de travail. c) A l'appui de sa contestation, le recourant fait valoir que l'évocation par le Dr B. _____ de signes et symptômes de non organicité selon Waddel laisse présumer une atteinte au plan psychique. Ce point de vue ne saurait toutefois être partagé. Certes, plusieurs médecins ont fait état de troubles d'ordre psychique. Le 18 février 2014, le Dr M. _____ a posé le diagnostic d'état dépressif réactionnel aux problèmes lombaires, précisant que l'assuré vivait très mal la perte de son activité professionnelle et l'inactivité qui en découle. Par contre, de manière contradictoire, il n'a fait valoir aucune limitation d'ordre psychique, indiquant que son patient pourrait travailler à plein temps dans une activité n'impliquant pas de se déplacer ou de porter des charges. Dr M. _____ précisait au demeurant que la capacité de concentration et de compréhension de l'assuré n'était pas limitée, et que la capacité d'adaptation et de résistance étaient certes limitées, mais en raison des lombosciatalgies. On relèvera également que dans ses rapports ultérieurs, le Dr M. _____ n'a plus mentionné d'atteintes au plan psychique. Les Drs G. _____, Q. _____ et X. _____ retiennent un déconditionnement physique et psychique. Le Dr Q. _____ a également fait état d'un probable syndrome dépressif. Le Dr X. _____ a quant à lui invoqué un état anxieux. Aucun de ces médecins n'a toutefois instauré de traitement antidépresseur ou anxiolytique. Les atteintes à la santé psychique peuvent certes, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Avant tout cependant, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur

- 28 - les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4). En l'occurrence, aucun des médecins précités n'est au bénéfice d'une spécialisation en psychiatrie. Ils n'exposent au demeurant pas les raisons qui les ont conduit à retenir les diagnostics évoqués, et notamment pas le type et le nombre de symptômes présentés par le patient, indispensables pour qualifier la gravité d'un épisode dépressif selon les critères retenus par la Classification internationale des maladies de l'OMS (ci-après : CIM- 10). Ils ne décrivent pas davantage les implications concrètes en termes de limitations fonctionnelles ou de capacité de travail. En outre, le déconditionnement psychique ne correspond pas à un diagnostic ressortant d'un système de classification reconnue. Ainsi, les conclusions des différents médecins traitants au plan psychique ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante et ne suffisent pas à établir une diminution de la capacité de travail. Dès lors qu'il ressort du dossier que l'assuré a bénéficié d'un suivi au niveau psychique au Service de psychiatrie de liaison du L. _____, initié lors de son traitement de rééducation intensive multidisciplinaire, la Cour de céans a instruit auprès de la psychologue en charge du suivi

de l'assuré. Le 8 août 2017, le Dr D. _____ a fait savoir que dite psychologue ne travaillait plus au L. _____. Sur la base du dossier, que le psychiatre a qualifié de maigre, il a indiqué que la psychologue avait suivi l'assuré de novembre 2013 à décembre 2014. Selon le rapport d'évaluation initial, la psychologue avait retenu le diagnostic de trouble anxieux dépressif mixte. Toujours selon ce rapport initial, aucune incapacité de travail ni aucune médication n'a été prescrite. Le Dr D. _____ a précisé qu'il n'avait pas trouvé trace au dossier d'une réévaluation du diagnostic ni de l'introduction ultérieure d'une médication, mais qu'il ne pouvait pas exclure que cela ait été le cas. Ces éléments ne permettent pas d'établir l'existence d'une atteinte à la santé psychique invalidante. Le recourant n'a pour sa part fourni aucun rapport médical permettant d'aboutir à une conclusion contraire. On relèvera encore que le suivi, assuré par une psychologue, a pris fin en décembre 2014 et, selon les éléments ressortant du rapport établi par le C. _____ en fin de

- 29 - mesure, il avait lieu à faible fréquence, l'assuré se disant déçu de ce que cela lui apportait. d) Enfin, aucun indice sérieux allant dans le sens d'atteintes incapacitantes sur d'autres plans ne figure au dossier. En particulier, le fait que le Dr X. _____ a indiqué dans son rapport du 28 février 2014 que les douleurs avaient un caractère mixte, nociceptives et neuropathiques, ne suffit pas à retenir une atteinte invalidante au plan neurologique, ni à conduire à des mesures d'instruction complémentaire à ce niveau. On remarquera d'ailleurs que le Dr X. _____ a évoqué ce point sous l'angle des propositions thérapeutiques, pour expliquer l'introduction d'un médicament efficace au plan neurologique. Il n'a toutefois pas ordonné d'investigations spécifiques par un neurologue. e) En définitive, il découle des constatations qui précèdent qu'il n'y a pas lieu de douter du caractère bien fondé des conclusions du Dr B. _____. L'état de santé du recourant et ses incidences sur sa capacité de travail ont été établis à satisfaction. Une évaluation médicale complète ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il y aurait eu lieu de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (arrêt 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2). C'est ainsi à juste titre que l'intimé a estimé que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et que son activité auprès de F. _____ est adaptée. 7. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir

- 30 - en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la

naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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'activité effectivement exercée par l'assurée dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de se reporter à l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 2.3, 129 V 472 consid. 4.2 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016, 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que sont déterminantes les statistiques du tableau TA1, secteur privé, salaires bruts standardisés (ATF 124 V 231 consid. 3b/aa ; TF 9C_719/2015 op. cit. consid. 5.1). Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation). Par contre, lorsque le salaire d'invalide se détermine sur la base d'un salaire

- 31 - effectif, une déduction supplémentaire sous forme d'abattement ne se justifie pas (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1) Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente, soit en l'occurrence 2014, compte tenu du dépôt tardif de la demande, le 2 février 2014 (cf. art. 29 al. 1 LAI). b) Dans le cas d'espèce, dans la décision entreprise, l'intimé n'a pas procédé à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPG. Retenant que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dès le 30 novembre 2013 tant dans son activité habituelle que dans son activité actuelle, l'OAI en a conclu qu'il ne présentait pas d'invalidité. Cette solution ne saurait être retenue, dès lors qu'il a été établi que l'activité habituelle n'était plus exigible (cf. consid. 5 supra). Il est donc nécessaire procéder à une comparaison des revenus. Dans sa réponse du 31 août 2016, l'office a transmis une communication du 15 août 2016 de son Service de réadaptation, qui arrête le revenu sans invalidité à 90'603 fr. 93 sur la base de l'ESS, au motif que le recourant avait subi une période de chômage entre la perte de son dernier emploi et la survenance de son atteinte à la santé. Toujours selon le Service de réadaptation, le revenu d'invalide s'élevait à 88'804 fr. 70, soit le salaire réalisé par l'assuré dans son activité à 50% pour F. _____, rapporté à 100% (36 fr. 95 x 42,5 x 4,35). De son côté, le recourant conteste la prise en compte de l'ESS pour le calcul du revenu sans invalidité, estimant qu'il convenait plutôt de recourir au dernier salaire perçu auprès d'E. _____, soit 8'550 francs. Au titre du revenu d'invalide, il demande la prise en compte du revenu effectivement versé par F. _____, pour son activité à 50%, soit 3'141 francs. Cette dernière conclusion doit d'emblée est rejetée, dès lors qu'il a été établi ci-dessus que l'activité actuelle de l'assuré est exigible à plein temps.

- 32 - c) La question de savoir s'il convient de fixer le revenu sans invalidité sur la base du salaire que l'assuré aurait probablement réalisé, en 2014, s'il n'avait pas perdu son emploi (cf. CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité de l'Office fédéral des assurances sociales] no 3024 p. 50) ou sur la base de l'ESS (cf. Michel Valterio, op. cit. no 2085 ss p. 554) peut rester ouverte. En effet, dans la première hypothèse, en admettant que l'assuré avait droit à un 13ème salaire (cf. note interne au dossier du l'AI du

20 août 2014, et compte individuel AVS), le salaire sans invalidité serait de 111'150 fr. en 2011, soit 113'726 fr. après adaptation selon l'évolution des salaires nominaux (+ 0,8% en 2012, + 0,7% en 2013, + 0,8% en 2014). Dans la seconde hypothèse, le revenu sans invalidité s'élèverait 90'609 fr. (ESS 2014, TA1, niveau de qualification 3 pour les hommes, compte tenu d'un horaire hebdomadaire de 41,7 heures selon la Statistique de la durée normale de travail dans les entreprises de l'OFAS [7'243 fr. x 12 x (41,7 : 40)]). Après comparaison de ces deux revenus avec le revenu d'invalidité de 88'804 fr. 70 retenu à juste titre par l'intimé, on obtient respectivement un taux d'invalidité de 2 % ou de 22%, tous deux insuffisants pour permettre l'ouverture du droit à une rente d'invalidité. 8. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6d/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (ATF 130 II 425 consid. 2.1) En l'occurrence, les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Les mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant (tendant à la mise

- 33 - en œuvre d'une expertise judiciaire) apparaissent ainsi superflues et peuvent être rejetées. 9. a) En définitive, il apparaît que la décision entreprise ne prête pas le flanc à la critique tant en ce qui concerne l'évaluation médicale que s'agissant du calcul du préjudice économique subi. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à 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 fr. et 1'000 fr. (cf. 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. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

- 34 -

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