

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 janvier 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Pierre Bloch, avocat, à Lausanne

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 8 et 17 LPGA ; art. 28 et 29 LAI ; art. 88a RAI.

E n f a i t :

A. **a)** B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1954, de nationalité espagnole, est arrivé en Suisse en 1972. Au bénéfice d'un permis d'établissement (C), il a notamment travaillé comme aide-mécanicien pour l'entreprise C. _____ SA, de 2009 à 2015. Parallèlement à cette activité principale, il travaillait comme concierge pour diverses sociétés. Il était assuré contre les accidents et maladies professionnelles par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

b) Le 9 juin 2014, l'assuré a subi une fracture de la tête humérale gauche. Il a pu reprendre le travail après un traitement conservateur. Toutefois, à l'occasion d'un nouvel accident, survenu le 1^{er} avril 2015, il a subi une fracture de la glène de l'omoplate droite, ainsi qu'une fracture des côtes quatre à six, à droite également. Un traitement conservateur a été mis en place et les médecins consultés ont attesté une nouvelle période d'incapacité de travail. La CNA a servi ses prestations de ce fait.

c) Le 17 septembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

En octobre 2015, C. _____ SA l'a licencié avec effet au 6 décembre 2015, compte tenu de la persistance de l'incapacité de travail en qualité d'aide-mécanicien. Deux autres employeurs ont par la suite résilié les rapports de travail les liant à l'assuré pour des activités accessoires de concierge. L'assuré a en revanche pu conserver deux autres emplois accessoires de concierge, parvenant à reprendre son activité à fin 2015. Il a cependant dû recourir à l'aide de tiers lesquels effectuaient les travaux qu'il ne pouvait plus réaliser lui-même.

d) L'assuré a séjourné à la Clinique D._____ du 27 octobre 2015 au 24 novembre 2015. Dans le rapport de sortie du 2 décembre 2015, les Drs A._____ et F._____, respectivement spécialiste en médecine physique et réhabilitation et médecin assistante, ont mentionné les diagnostics de « fracture comminutive de la glène de l'épaule droite et fractures des côtes quatre à six à droite » le 1^{er} avril 2015, d'une « omarthrose gauche » et d'un « traumatisme de l'épaule gauche en 2014 avec rupture complète transfixiante du tendon sus-épineux, rupture complète transfixiante du tendon LCB [réd. : du long chef du biceps] et fracture-impaction de la tête humérale gauche ». Ils ont observé des limitations fonctionnelles pour toutes les activités au-dessus du plan des omoplates, le port de charges moyennes supérieures à 10kg et les mouvements répétitifs des deux membres supérieurs. La poursuite d'un programme d'exercices à domicile pouvait permettre de renforcer les épaules et d'améliorer la qualité de vie. La situation n'était donc pas stabilisée d'un point de vue médical et sur le plan des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation pouvait être attendue dans un délai d'un mois. Les Drs A._____ et F._____ ont attesté une incapacité de travail totale et durable dans l'activité habituelle d'aide-mécanicien. Ils ont en revanche estimé une pleine capacité de travail dans l'activité de concierge dès le 1^{er} janvier 2016, ainsi que dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites.

e) En date du 6 avril 2016, le Dr H._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen clinique de l'assuré. Ce praticien a exposé que la situation était, pour l'essentiel, superposable à celle régnant lors de la sortie de la Clinique D._____, sous réserve peut-être d'une très légère amélioration. Les nuits étaient régulièrement perturbées par des douleurs au niveau des épaules. Il n'y avait pratiquement pas de douleur la journée, au repos, s'il ne faisait pas froid. Lorsque l'assuré gardait ses coudes au corps, il arrivait à faire une flexion-extension sans problème en portant des charges jusqu'à 10kg, voire jusqu'à 15kg à droite. Les mouvements de rotation interne des membres supérieurs, coudes au corps, n'étaient pas douloureux. Par contre, les

mouvements de rotation externe, toujours coudes au corps, entraînaient des douleurs, davantage à droite qu'à gauche. Des douleurs apparaissaient également dès que l'assuré décollait ses bras du tronc. L'assuré ne pouvait pas conduire longtemps, la position de ses mains sur le volant entraînant des douleurs au niveau des deux épaules. Ayant une voiture automatique, le problème des changements de vitesse ne se posait pas. Ces allégations étaient corroborées par l'examen clinique, de sorte que le Dr H. _____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'exposition au froid, pas de mouvement au-dessus de 90° avec le membre supérieur droit et au-dessus de 45° avec le membre supérieur gauche, pas de port de charges des deux membres supérieurs avec le bras écarté du tronc, pas de mouvement répété du membre supérieur droit entre 0° et 90°, pas de mouvement répété du membre supérieur gauche au-dessus de 45°, pas de mouvement de rotation externe des épaules bras accolés au tronc, pas de mouvement répété contre résistance de rotation interne des épaules coudes au corps, pas de port de charges de plus de 15kg avec le membre supérieur droit bras accolés au tronc, pas de port de charges de plus de 10kg avec le membre supérieur gauche bras accolés au tronc. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière. Le Dr H. _____ a par ailleurs déterminé une atteinte à l'intégrité de 15%.

f) Par projet de décision du 17 juin 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité pour la période limitée s'étendant du 1^{er} avril 2016 au 31 juillet 2016. L'OAI considérait que l'assuré avait en effet présenté une incapacité de travail totale, sans interruption notable, dès le 1^{er} avril 2015, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité à l'issue du délai de carence d'une année. En revanche, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée – telle que décrite par le Dr H. _____ – dès le 6 avril 2016. Il était ainsi en mesure de réaliser un revenu de l'ordre de 60'000 fr. par an, contre 88'123 fr. sans atteinte à la santé. Une comparaison de ces deux revenus permettait de mettre à jour un taux d'invalidité de 32% n'ouvrant plus droit à la rente, ce trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail.

Pour sa part, la CNA a alloué à l'assuré une rente fondée sur un taux d'invalidité de 18%, dès le 1^{er} août 2016, ensuite des deux accidents subis en 2014 et 2015. Elle a également alloué une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 15% (cf. décision de la CNA du 28 septembre 2016).

g) L'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI du 17 juin 2016 et s'est opposé à la décision de la CNA du 1^{er} août 2016. Il a notamment exposé qu'il n'arrivait pas à dormir la nuit à cause des douleurs, qu'il ne pouvait presque plus conduire, même un véhicule automatique, et qu'il arrivait à maîtriser ses douleurs parce qu'en l'état, il pouvait aller à son rythme, sans contraintes. Il était toutefois évident qu'il ne pourrait pas assurer une vie active à 100%, même dans une activité adaptée, et qu'un taux d'activité de 50% au maximum était envisageable, sous toutes réserves (cf. courrier du 1^{er} juillet 2016 à l'OAI).

h) L'OAI a rendu sa décision le 1^{er} novembre 2016 et alloué à l'assuré une rente entière limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} avril 2016 au 31 juillet 2016, dans le sens de son projet de décision du 17 juin 2016.

B. Par acte du 5 décembre 2016, Me Jean-Pierre Bloch, agissant pour le compte de l'assuré, a recouru contre la décision de l'OAI du 1^{er} novembre 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à la réforme de la décision querellée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité soit allouée pour une durée indéterminée, sous suite de dépens. Il a contesté en particulier la capacité de travail résiduelle retenue par l'intimé et a produit, à l'appui de son recours, un certificat d'incapacité de travail totale établi le 12 septembre 2016 par son médecin généraliste traitant, le Dr G._____. A titre préalable, le recourant proposait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

L'OAI a conclu au rejet du recours le 12 janvier 2017.

Par écriture du 2 février 2017, le recourant a produit un rapport médical établi le 31 janvier 2017 par le Dr G._____.

E n d r o i t :

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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

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), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Bien que la motivation du recours soit particulièrement succincte, on comprend que le recourant conteste la capacité de travail résiduelle retenue par l'intimé et qu'il se réfère sur ce point aux rapports médicaux établis par son médecin traitant et produits en annexe à son mémoire de recours, respectivement pendant la procédure. On admettra donc que le recours répond aux exigences de motivation posées par l'art. 61 let. b LPGA, bien qu'il s'agisse d'un cas limite. Il convient par conséquent d'entrer en matière sur le fond.

2. Le recours porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects du droit à la rente litigieux. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c).

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes, à savoir si 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, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Cette définition de l'invalidité implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (« revenu hypothétique sans invalidité ») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (« revenu d'invalidé »), conformément à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une

complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

4. En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant avait présenté une incapacité de travail totale, y compris dans une activité adaptée à son état de santé, dès le 1^{er} avril 2015. Il a également constaté que sans invalidité, le recourant aurait réalisé un revenu de 88'123 fr. en 2016. Ces constatations correspondent à ce qui ressort des pièces du dossier. Elles ne sont pas critiquables et ne font l'objet d'aucun grief. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir plus en détail.

5. a) Le recourant conteste disposer d'une capacité résiduelle de travail de 100%, même dans une activité respectant ses restrictions fonctionnelles. Il se réfère à deux rapports médicaux établis par son médecin traitant et requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Pour sa part, l'intimé a pris en considération l'exigibilité déterminée par le Dr H. _____, soit une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au plus tard à partir de l'examen clinique pratiqué par ce médecin le 6 avril 2016.

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves (cf. 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 quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves, ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des

interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

c) En ce qui concerne l'administration de nouveaux moyens de preuve en procédure de recours, l'art. 61 let. c LPGA prescrit au juge d'établir les faits avec la collaboration des parties et d'administrer les preuves nécessaires.

Par ailleurs, la jurisprudence a déduit de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) notamment, le droit pour le justiciable d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes (ATF 132 V 368 consid. 3.1). Ces dispositions ne confèrent cependant pas au justiciable un droit absolu à ce qu'un témoin soit entendu ou une expertise judiciaire effectuée. Le juge peut mettre un terme à l'instruction lorsqu'en se fondant sur une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il parvient à la conclusion que celles-ci ne portent pas sur les faits pertinents ou ne seraient pas déterminantes, selon toute vraisemblance, pour constater ces faits (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; TF [Tribunal fédéral] 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.2.1 ; 9C_66/2011 du 4 octobre 2011 consid. 3.3).

6. In casu, l'intimé a fondé ses conclusions sur le rapport établi le 6 avril 2016 par le Dr H._____ au terme de l'examen clinique pratiqué le même jour. Dans ce contexte, on peut relever que le Dr H._____ avait pleine connaissance du dossier et a dûment pris en considération les plaintes du recourant. L'examen clinique a été effectué de manière exhaustive, précisément eu égard aux plaintes présentées par le recourant. Les constatations du Dr H._____ sont par ailleurs exemptes de contradiction et bien motivées. Elles corroborent pour l'essentiel celles précédemment relatées par les spécialistes de la Clinique D._____ au terme du séjour du recourant au sein de cet établissement entre le 27 octobre 2015 et le 24 novembre 2015. On précisera toutefois que le Dr H._____ a admis des limitations plus importantes, ou tout au moins plus précises, s'agissant de l'usage raisonnablement exigible des membres supérieurs.

Dans ce contexte, les documents médicaux produits par le recourant ne suffisent pas à mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr H._____. Le Dr G._____ s'est en effet limité, dans son rapport du 31 janvier 2017, à mentionner le diagnostic d'une « omarthrose bilatérale » et à exposer que cette problématique entraîne une grave limitation fonctionnelle ainsi qu'une symptomatologie douloureuse chronique, difficile à traiter et ne répondant que partiellement à des thérapies conservatrices, ce qui n'est d'ailleurs pas spécifiquement mis en doute. Le Dr G._____ a ajouté qu'une incapacité de travail totale résultait de ces lésions, sans autre motivation sur le plan médical.

En l'absence de rapport médical circonstancié, produit par le recourant ou versé à son dossier, qui serait susceptible de faire douter de la position du Dr H._____, il convient de rejeter, par appréciation anticipée des preuves, la requête du recourant tendant à l'organisation d'une expertise judiciaire, de reconnaître une pleine valeur probante aux conclusions du Dr H._____ eu égard à la capacité résiduelle de travail du recourant et d'admettre que ce dernier dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport d'examen du 6 avril 2016 (cf. consid. A/e supra).

7. Au vu de la capacité résiduelle de travail reconnue au recourant, l'intimé a estimé que celui-ci pouvait réaliser, en 2016, un revenu de l'ordre de 66'000 fr dans une activité adaptée. L'intimé s'est référé sur ce point à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Le calcul effectué ne prête pas flanc à la critique (cf. sur l'utilisation de l'ESS pour établir le revenu d'invalidé d'une personne assurée : ATF 126 V 75). Il ne fait l'objet d'aucun grief de la part du recourant, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail. Tout au plus précisera-t-on, en relation avec l'absence de formation professionnelle mentionnée par le Dr G._____ dans son rapport du 31 janvier 2017, que l'intimé s'est référé au revenu

standard ressortant de l'ESS pour des activités simples et répétitives, ne nécessitant aucune formation professionnelle.

Le taux d'invalidité résultant d'une comparaison du revenu hypothétique sans invalidité et du revenu d'invalidité est de 32%, ce qui n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité. L'intimé a donc mis fin à bon droit à la rente allouée au recourant, trois mois après que le Dr H. _____ eût déterminé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La décision litigieuse peut en définitive être confirmée.

8. Le recourant voit ses conclusions rejetées, de sorte que les frais judiciaires sont à sa charge et qu'il ne peut pas prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 69 al. 1bis LAI).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 1^{er} novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Pierre Bloch, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :