

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 septembre 2009

Présidence de M. DIND
Juges : M. Neu et Mme Feusi, assesseur
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

X._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me R._____, avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après: OAI), à Vevey, intimé.

Art. 28 LAI; 16 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** X. _____ (ci-après: le recourant), né le 26 avril 1956, a déposé une demande de prestations le 27 septembre 2001. Par décision du 16 mars 2005, l'OAI a considéré ce qui suit:

"Sur la base des renseignements médicaux que nous avons réunis tout au long de l'instruction de votre demande, nous constatons que vous présentez une incapacité de travail entière suite à votre accident du 24 août 2000.

A l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'article 29 LAI précité, soit le 24 août 2001, votre incapacité de travail et de gain est de 100%, ouvrant le droit à une rente entière de l'AI le 1^{er} août 2001.

A partir du mois d'août 2003, une capacité de travail de 80% peut raisonnablement être exigée, de vous dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes:

Evitement des charges répétitives à plus de 15 kg, sans porte-à-faux ni des déplacements sur de longs trajets en terrain irrégulier et favoriser une activité avec possibilité d'alterner la position assise et debout.

Des mesures professionnelles n'étant pas envisageables, nous avons évalué votre préjudice économique.

Dans des activités adaptées respectant les limitations indiquées ci-dessus et ne nécessitant pas de formation au préalable comme par exemple: gardien de parking, employé d'usine en chambre blanche, employé de conditionnement magasinage, coursier et caissier de station-service vous seriez en mesure de réaliser à 80% un revenu annuel moyen de 38'868.95 fr. Sans atteinte à la santé, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de 59'340.20 fr.

En matière de capacité de gain, il convient de rappeler l'existence, en droit des assurances sociales, de l'obligation de limiter le préjudice économique subi. Ce principe fondamental implique pour l'assuré qu'il est tenu de mettre en oeuvre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son atteinte à la santé, fût-ce au prix d'un effort important.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF 59'340.20
avec invalidité	CHF 38'868.95
La perte de gain s'élève à	CHF 20'741.25=un degré d'invalidité
de 34.00%"	

Compte tenu du degré de l'invalidité de 34%, lequel est inférieur au 40% requis pour l'ouverture du droit à une rente AI (art. 28 al. 1 aLAI [RO 2003 3837]), l'OAI a décidé de mettre fin à la rente au 31 octobre 2003 – soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 88a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]) –, reconnaissant au recourant le droit à une rente entière du 1^{er} août 2001 au 31 octobre 2003.

b) Le 7 avril 2005, le recourant a fait opposition à la décision de l'OAI du 16 mars 2005. Compte tenu des éléments avancés par le recourant, l'OAI a décidé de procéder à un nouvel examen du dossier.

Suite à diverses communications, l'OAI a versé au dossier le rapport établi par le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 30 janvier 2003 à l'attention de la SUVA. Selon ce rapport, l'incapacité de travail était de 20% au plus, dans toute activité, depuis août 2003.

Par décision sur opposition du 4 août 2006, l'OAI, se référant principalement à l'expertise du Dr G._____, a confirmé sa décision du 16 mars 2005, maintenant la fin de la rente au 31 octobre 2003.

B. L'intéressé a recouru contre la décision sur opposition du 4 août 2006, concluant à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire et à l'octroi d'une rente entière.

En cours de procédure, une expertise judiciaire a été confiée au Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a déposé son rapport le 28 avril 2008. Ses conclusions sont les suivantes:

"1. Quels sont les troubles présentés par l'intéressé au plan psychique?

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F32.1) chez une personnalité émotionnellement labile à traits dépendants décompensée.

2. Quelle est la capacité de travail

2.1. dans son emploi de maçon?

0% du point de vue psychiatrique

2.2. dans toute autre activité adaptée? Veuillez préciser quelles activités sont adaptées à son état de santé.
50% dans les activités adaptées décrites dans le rapport du 11.03.2004 de Mme F. _____ du service de réadaptation de l'OAIVD.

3. Dans la mesure où il y a une incapacité de travail, depuis quand existe-t-elle?

L'incapacité de travail existe depuis le 24.08.2000.

4. Si l'intéressé présente des troubles psychiques, le contexte psychosocial a-t-il une influence sur la capacité de travail? D'autres facteurs limitent-ils celle capacité?

Le contexte psycho-social ou d'autres facteurs étrangers à la maladie n'influencent pas la capacité de travail de l'expertisé.

5. Au cas où vous retiendriez une incapacité de travail due à des troubles somatoformes douloureux ou à une affection présentant le même tableau clinique, veuillez vous prononcer sur la comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, et sur les critères suivants présentant une certaine intensité et constance, à savoir:

5.1. des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable,

5.2. une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie,

5.3. un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie ["fuite dans la maladie"]), ou enfin,

5.4. l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et des mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux.

J'ai exclu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant ou toute autre affection présentant le même tableau clinique. Ces questions sont donc sans objet.

6. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles indiquées?

Des mesures de réadaptation sont indiquées en respectant les limitations fonctionnelles psychiatriques, dans la mesure où l'expertisé continue à bénéficier du soutien de son psychiatre traitant.

(...)

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageable, mais elles doivent tenir compte en terme d'exigibilité du trouble dépressif récurrent et du trouble de la personnalité émotionnellement labile décompensée de l'expertisé. Une reprise à 50 % dans une activité adaptée est envisageable d'ici au 01.07.2008, dans la mesure où l'expertisé continue à bénéficier du soutien de son psychiatre traitant

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1. Si oui, par quelles mesures? Non

2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur sa capacité de travail?

Cette question est sans objet.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

Voir propositions du rapport du 11.03.2004 de Mme F. _____ du service de réadaptation de l'OAI VD.

3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Sous réserve des critères définis sur le plan somatique, l'expertisé doit bénéficier d'un horaire adapté tenant compte de ses limitations fonctionnelles psychiatriques.

3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? L'activité peut être exercée à 50%."

En outre, le Dr C. _____ considère que l'expertise du Dr G. _____ (cf. lettre A.b supra) ne doit pas être prise en considération pour des raisons formelles, celle-ci ayant été réalisée sans le concours d'un traducteur agréé. Or, le recourant s'exprime difficilement en français, qu'il ne lit par ailleurs pas, et a de la peine à lire et écrire en portugais, sa langue maternelle.

c) aa) Dans ses déterminations du 5 juin 2008, l'OAI a considéré que la capacité de travail du recourant était de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que cette capacité pouvait être retenue à partir de la prise en charge du recourant par le Dr H. _____ - laquelle a débuté le 24 juillet 2003 -, l'état de santé psychique étant inchangé depuis lors.

Dans ces mêmes déterminations, l'OAI a préavisé pour une admission partielle du recours en ce sens que le droit à une demi-rente est reconnu au recourant à partir du 1^{er} novembre 2003.

bb) Dans ses déterminations du 27 juin 2008, le recourant estime que le Dr C. _____ n'a pas tenu compte de sa longue période d'inactivité, considérant alors qu'une capacité de travail de 50% pouvait être exigée à la condition qu'il puisse bénéficier de mesures d'accompagnement à la réinsertion professionnelle.

L'OAI a rétorqué, le 29 septembre 2008, que les mesures d'accompagnement à la réinsertion étaient justement liées à la longue période d'inactivité du recourant et que, dès lors, la capacité de travail déterminée par le Dr C._____ ne saurait par conséquent être mis en cause. L'OAI a aussi estimé qu'à son sens, les éléments médicaux qui ressortaient de l'expertise du Dr C._____ étaient suffisantes pour statuer en toute connaissance de cause sur le taux d'invalidité, respectivement sur la demande du recourant. Un complément d'expertise n'était alors, selon lui, pas nécessaire.

cc) Dans ses déterminations du 10 décembre 2008, le recourant a contesté la méthode d'évaluation appliquée par l'OAI - notamment l'abattement, qui selon le recourant devrait se monter à 25% et non aux 10% retenus par l'OAI - et a estimé avoir droit à un trois-quarts de rente.

Par courrier du 16 janvier 2009, l'OAI a communiqué qu'il n'avait pas de mesures d'instruction à proposer et qu'il confirmait ses conclusions.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 s. LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est

immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

b) Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

2. Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 129 V 1, consid. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003 et des modifications de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité consécutives à la 4^e révision de cette loi, depuis le 1^{er} janvier 2004 (cf. ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). En revanche, les dispositions de droit matériel de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^e révision de l'AI) ne sont pas applicables au présent litige *ratione temporis*, la décision litigieuse ayant été rendue avant son entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008.

3. a) La décision entreprise prévoit l'octroi d'une rente uniquement du 1^{er} août 2001 au 31 octobre 2003. Le requérant conteste la suppression de tout droit à une rente AI à partir du 1^{er} novembre 2003. À son sens, il demeurerait en droit d'obtenir une rente de trois-quarts à partir de cette date-là (cf. lettre B.c/cc supra).

b) aa) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 1 aLAI (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 [RO 2003 3837]; cf. art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b).

En l'espèce, le recourant est sans activité lucrative, de sorte qu'il conviendrait de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb). Cependant, selon la jurisprudence,

lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tablelle statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude; en pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TFA, I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; TFA, I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 3c; 105 V 156, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TFA, I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen

de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

bb) En l'espèce, tant le recourant que l'OAI ne discutent pas la valeur probante de l'expertise du Dr C._____. Au demeurant, compte tenu du fait que l'expert a examiné de manière circonstanciée les points litigieux importants, qu'il se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes de la personne examinée, que son rapport a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et, enfin, que ses conclusions sont bien motivées, il convient de lui conférer pleine valeur probante.

En revanche, il convient d'écarter l'expertise du Dr G._____. En effet, comme évoqué dans l'expertise du Dr C._____ (cf. lettre A.b supra), celle-ci a été réalisée sans le concours d'un traducteur agréé. Or, le recourant ayant des connaissances extrêmement limitées en langue française, il n'a pas pu comprendre les questions posées ni se faire comprendre dans une mesure suffisante pour considérer que l'expertise du Dr G._____ remplit les critères de valeur probante posés par la jurisprudence.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir, à l'instar tant du recourant que de l'OAI - lesquels ont jugé inutile un complément d'instruction (cf. lettres B.c/bb et B.c/cc supra) -, que l'expertise du Dr C._____ contient tous les éléments nécessaires pour permettre au tribunal de statuer.

Selon cette expertise, l'incapacité de travail du recourant existe depuis le 24 août 2000. Cette incapacité est de 100%, d'un point de vue psychiatrique, dans son emploi de maçon. En revanche, elle est de 50% dans les activités adaptées décrites dans le rapport du 11 mars 2004 du service de réadaptation de l'OAI.

A la différence de ce qu'affirme l'OAI (cf. lettre B.c/aa supra), le Dr C. _____ a explicitement et expressément mentionné, à deux reprises, qu'une reprise à 50% dans une activité adaptée est envisageable d'ici le 1^{er} juillet 2008, dans la mesure où le recourant continue à bénéficier du soutien de son psychiatre traitant (cf. p. 19 et p. 22 de son expertise). Dès lors, l'assertion de l'OAI, qui estime que la reprise d'une activité adaptée doit être fixée au 24 juillet 2003, doit être écartée.

Sur la base d'une capacité de travail nulle depuis août 2000, le droit à une rente entière doit être reconnu dès cette date et jusqu'au 30 juin 2008, puisque des mesures de réadaptation n'ont pas de sens pour cette période.

c) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, la révision du cas n'ayant pas fait l'objet de la décision attaquée, il convient de renvoyer le dossier à l'administration afin qu'il détermine le degré de l'invalidité compte tenu d'une capacité de travail de 50% à partir du 1^{er} juillet 2008 et des paramètres économiques usuels, déduits de l'art. 16 LPGA, qui ont été rappelés dans les considérants précédents (cf. consid. 3b/aa supra).

4. En définitive, il y a lieu d'admettre le recours, de réformer la décision attaquée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière du 1^{er} août 2001 au 30 juin 2008 et de renvoyer le dossier à l'OAI afin qu'il procède à la révision de la rente conformément aux considérants du présent arrêt.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI; en effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public. L'OAI versera en revanche au recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD), qu'il convient, en application de l'art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 (RSV 173.36.5.2), de fixer équitablement à 2'000 fr.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision attaquée est réformée en ce sens que X. _____ a droit à une rente entière du 1^{er} août 2001 au 30 juin 2008. Le dossier est, pour le surplus, renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il procède à la révision de la rente conformément aux considérants du présent arrêt

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. X._____ a droit à des dépens, fixés à 2'000 fr. (deux mille francs), à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président:

Le greffier:

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à:

- Me R._____ (pour X._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier: