

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juin 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

V._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Laurent Damond, à Lausanne.

et

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

Art. 4 et 28 LAI, 17 LPGA

E n f a i t :

A. V._____, né en 1965, travaille depuis le 21 août 1995 au sein de l'entreprise G._____ à [...]. Le 29 octobre 1998, alors qu'il travaillait sur un chantier, il a glissé avec un bidon dans les mains. Souffrant d'une contusion à l'épaule droite, l'assuré a reçu des soins ambulatoires au C._____ de [...]. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA). En raison de douleurs persistantes de l'épaule droite dues à une rupture partielle du tendon sous-épineux, en plus d'une tendopathie du tendon sous-épineux objectivées à l'IRM, l'intéressé a subi le 15 février 1999 une acromioplastie, section ligament coraco-acromial, ainsi qu'une résection de la bourse séreuse sous-acromiale. La reprise du travail à 25 %, puis à 33 1/3 % s'est avérée difficile, l'intéressé restant très algique. Dans un rapport du 9 juillet 1999, le Dr W._____, médecin-associé au service [...], a constaté qu'il n'y avait pas d'explication orthopédique aux plaintes actuelles de l'assuré. Dans un rapport du 29 juillet 1999, le Dr D._____, médecin-conseil à la CNA, n'a pas relevé de signes évocateurs d'une lésion organique et a augmenté la capacité de travail de l'assuré à 50 % dès le 2 août 1999. Dès le 23 août 1999, V._____ a réduit son taux d'activité à 33 1/3 %.

L'intéressé a déposé le 2 novembre 1999 une demande de prestations AI tendant au reclassement dans une nouvelle profession en raison d'un mal à l'épaule droite entraînant des insomnies dues à la douleur. Dans un courrier du 8 décembre 2000, le Dr H._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie et médecin traitant de l'assuré, a précisé que son patient avait été examiné à deux reprises à la Clinique de [...] par le professeur S._____. Dans un rapport du 1er septembre 2000, signé par le Dr Q._____, chef du service d'orthopédie de la clinique précitée, le professeur S._____ a préconisé une reprise progressive de l'activité professionnelle, les symptômes algiques ne dépendant pas de l'activité physique du patient.

Par communication du 13 août 2001, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait une rente d'invalidité de 25 % dès le 1er juillet 2001, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % ascendant à 4'860 fr. Suite à l'opposition formulée par l'intéressé, la CNA a modifié le taux de rente et l'a porté à 33 1/3 % par décision sur opposition du 5 octobre 2001.

Dans un rapport d'examen du 22 août 2001, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré qu'en raison de l'atteinte à la santé post-traumatique de l'épaule droite entraînant une limitation fonctionnelle, l'activité de maçon devait être considérée comme inadaptée et non-exigible à un rendement efficace. Le SMR préconisait dès lors des mesures de reclassement.

Dans un rapport initial du 20 novembre 2001, l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) a indiqué que V. _____ se sentait incapable de travailler davantage qu'il ne le faisait, les tâches effectuées étant déjà allégées avec un rendement diminué de moitié sur la journée, raison pour laquelle il ne voyait pas quelle activité pourrait être réalisée à un taux supérieur.

Dans un rapport médical du 16 mai 2002, le Dr T. _____ médecin traitant de l'assuré, a mentionné que son patient était en bonne santé et que sa capacité de travail était totale dans toute activité.

Par prononcé du 21 août 2002, l'OAI a accordé à l'assuré une rente AI basée sur un taux d'invalidité de 66.2/3 % du 1er octobre 1999 au 30 juin 2001. En effet dès le 1^{er} juillet 2001, la CNA lui a reconnu un degré d'invalidité de 33 1/3 %, taux qui ne permettait plus l'octroi d'une rente au niveau de l'assurance-invalidité.

B. Le 24 novembre 2002, V. _____ a été victime d'une collision, son véhicule étant percuté par l'arrière alors qu'il était arrêté à un feu

rouge, entraînant ainsi un choc cervical, ainsi qu'une contusion cervicale. Son cas a été pris en charge par la M. _____ Assurances.

Dans un rapport intermédiaire du 15 août 2003, l'OAI a indiqué qu'en raison d'un séjour à l'étranger prévu pour une année, l'assuré n'avait souhaité débiter des mesures d'ordre professionnel qu'à partir du 3^e trimestre 2003. En réalité, l'assuré est revenu en novembre 2002 et à la veille d'une reprise d'activité à 66 2/3 %, il a été victime d'un accident de voiture. En raison de vives douleurs à la nuque, l'assuré était depuis lors en incapacité totale de travail.

Dans un rapport médical du 21 octobre 2003, le Dr H. _____ a posé les diagnostics de syndrome cervical persistant, de discopathie/protusion discale C5-C6 et C6-C7 avec brachialgie droite, ainsi que de céphalées chroniques. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % du 25 novembre 2002 au 7 janvier 2003, puis à 50 % jusqu'au 20 janvier 2003 et à 100 % dès cette date.

En date du 18 novembre 2003, V. _____ a transmis à l'OAI un document intitulé "feuille annexe R à la demande de prestations (recours contre les tiers responsables)". Il a également rempli le 11 mai 2004 un questionnaire relatif à une révision de rente.

Dans le cadre d'une procédure de révision mise finalement en œuvre le 18 janvier 2005, l'OAI a recueilli des informations auprès du Dr Z. _____, spécialiste en anesthésie et antalgie et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport médical du 31 janvier 2005, ce praticien a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de cervicalgies chroniques, de status après distorsion cervicale lors d'un accident de circulation, de séquelles douloureuses après réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il a pronostiqué une probable persistance de la symptomatologie douloureuse à moyen voire long terme, sans donner d'indications quant au taux d'incapacité de travail. Dans un rapport médical du 21 mars 2005, le Dr J. _____, chiropraticien, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité

de travail de l'intéressé de troubles dynamiques de la colonne cervicale post-traumatique depuis le 12 mai 2004, sans toutefois préciser le taux d'incapacité de travail.

Compte tenu de ces éléments, l'OAI a requis de la M. _____ Assurances le rapport d'expertise du 8 mars 2003 établi par le Dr P. _____, spécialiste en neurologie, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents. Ce praticien a posé le diagnostic de distorsion cervicale par hyperextension. Il s'est dit surpris par la concordance entre les deux situations post-traumatiques de 1998 et de 2003. Il n'a ainsi constaté aucun trouble objectif, tout en relevant que la persistance des plaintes était inadéquate. Il a dès lors estimé que la capacité de travail de l'assuré n'était pas limitée "dans la mesure où il exercerait un travail simple n'exigeant pas des activités répétitives et contraignantes de son membre supérieur droit". S'agissant du problème au niveau de la nuque, il a constaté qu'il n'était pas un réel obstacle à son travail de maçon dans la mesure où le patient fonctionnait efficacement comme chef d'équipe, emploi qui avait été maintenu malgré son accident de 1998.

Par avis médical du 7 décembre 2005, le SMR a relevé que dans son rapport d'expertise, le Dr P. _____ avait fait état d'un séjour de l'assuré en 2001 à la Clinique Y. et qu'à cette occasion, le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie, avait évoqué un état dépressif majeur. Le Dr P. _____ a, quant à lui, affirmé que les dispositions mentales et psychologiques particulières de l'assuré jouaient un rôle prépondérant de l'ordre de 75 % dans la perpétuation de ses plaintes. Le SMR a dès lors décidé de procéder à un examen psychiatrique de l'assuré.

Dans un rapport du 15 mai 2006, faisant suite à un examen psychiatrique de l'assuré du 16 février 2006, le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie au SMR, a constaté l'absence complète d'une maladie psychiatrique proprement dite et n'a ainsi pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. D'un point de vue purement

psychiatrique, il a attesté une totale capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

C. En date du 15 novembre 2007, l'OAI a adressé à V._____ un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. Se fondant sur l'examen clinique du SMR, il a considéré que la capacité de travail de l'assuré était de 100 %. Par ailleurs, il a retenu que l'assuré ne souhaitait pas s'engager dans des mesures de réadaptation professionnelle, qui auraient permis de réduire son préjudice économique. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de sa capacité de gain à l'issue des mesures exigibles. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'268 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 1998, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 1998 (41.8 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 1998 à 1999 (+ 0.3 %) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 48'313 fr. 15. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 68'831 fr. en 2007, mettait en évidence une perte de gain de 20'518 fr, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 29.81 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Suite à son opposition contre la décision précitée, l'assuré a sollicité un avis médical du Dr K._____, médecin associé au service universitaire de neurochirurgie du CHUV. Dans un rapport du 4 juin 2007, ce praticien a considéré que l'intéressé présentait une radiculopathie C7 droite déficitaire sur le plan sensitif expliquée par une hernie discale C6-C7 latérale et foraminale droite.

Dans le cadre de l'instruction complémentaire à la suite des objections formulées par l'assuré, l'OAI a sollicité des renseignements médicaux du Dr F._____, spécialiste en neurologie, qui a, par courrier du 31 mars 2008, considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail complète dans l'activité de maçon et ceci à titre définitif en raison de

problèmes cervicaux persistants et d'une hernie discale C6-C7 entraînant une compression radiculaire C7. Par contre, ce praticien a considéré que dans une activité légère ne nécessitant pas un engagement physiquement lourd, le port régulier de charges de 15 kg ou plus pour autant que des changements de position relativement fréquents de position soient possibles, la capacité de travail de l'intéressé devrait être au moins de 50 %.

L'OAI a également soumis le cas au SMR, qui, par avis médical du 17 avril 2008, a estimé que la capacité de travail de l'assuré en qualité de maçon était nulle dès mars 2007, alors qu'il était entière depuis l'été 1989 dans une activité adaptée qui tienne compte des limitations fonctionnelles suivantes : difficultés majeures à effectuer des activités sollicitant le membre supérieur droit (MSD), pas de manipulation de charges de plus de 5 kg avec le MSD, pas de mouvements mettant rapidement le rachis cervical en hyperextension ou en torsion. Invité à suivre des mesures de réadaptation, l'assuré les a refusées, préférant continuer son activité chez son employeur à plein temps avec un rendement estimé à 50 % (rapport final de l'OAI du 22 juin 2009).

Par décision finale du 7 juillet 2009, l'OAI a refusé la rente demandée par l'assuré en reprenant les mêmes motifs que dans son préavis.

D. Dans l'intervalle, soit en date du 16 mai 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une déchirure en 2005 du tendon du bras droit.

E. Par acte de son mandataire du 7 septembre 2009, V. _____ a recouru contre la décision de l'OAI du 7 juillet 2009, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière, subsidiairement à son annulation et

au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction, sous suite de frais et dépens. Il a allégué ne pas être en mesure d'exercer une activité adaptée en raison de ses nombreuses atteintes. En effet, il a indiqué que la plupart du temps, il se contentait dans le cadre de son emploi actuel de superviser des chantiers, si bien qu'il n'assumait pas des travaux lourds. Enfin, en raison d'une double hernie aux vertèbres cervicales, il a bénéficié d'une rente entière d'invalidité durant un laps de temps, alors qu'il n'avait pas encore été victime des accidents de la circulation. Ainsi, son état de santé n'a pu que s'aggraver depuis lors, raison pour laquelle il sollicite la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire permettant d'évaluer sa capacité résiduelle de travail.

Dans sa réponse du 10 novembre 2009, l'OAI a constaté qu'en continuant à travailler pour son ancien employeur à un taux de 50 %, pour un salaire inférieur au 50 % qu'il touchait auparavant, le recourant ne mettait pas pleinement à profit sa capacité de travail résiduelle. Dès lors, l'intimé a estimé que le recours aux données statistiques pour déterminer le revenu d'invalidité était pleinement justifié. Il a cependant proposé l'admission partielle du recours pour les motifs suivants :

"Par contre, dans la mesure où le taux d'invalidité retenu lors de la première décision est de 33 %, et qu'une incapacité de travail de 100 % durant une année a été admise par le SMR suite au second accident survenu le 24 novembre 2002, il convient de se poser la question d'une rente limitée dans le temps.

Ainsi, avec 38 jours à 100 % et 327 jours à 33 %, l'invalidité moyenne se monte à 40 % durant 365 jours. Dès lors, il convient de reconnaître le droit à un quart de rente à compter du 1^{er} janvier 2003 (38 jours après l'accident), puis une rente entière dès le 1^{er} avril 2003 (art. 88a al. 2 RAI). Cette rente doit ensuite être supprimée dès le 31 mars 2004, en application de l'art. 88a al. 1 RAI.

Le taux d'invalidité de 30 % tel que déterminé dans la décision contestée doit ensuite être confirmé".

Dans sa réplique du 24 février 2010, le recourant a précisé qu'il était en incapacité de travail totale depuis le 30 septembre 2009, raison pour laquelle il sollicitait la production du dossier constitué par X._____, assurance-maladie et accident relatif à cette nouvelle incapacité de travail. Le recourant a également annexé un rapport émanant de la Dresse B._____ du Centre [...] suite à une IRM cervicale effectuée le 23 novembre 2009.

E n d r o i t :

1. Interjeté le 7 septembre 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) a subi deux révisions depuis 2002, alors que la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, si bien qu'il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 7 juillet 2009.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. Le recourant se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle il prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa

santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 également 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la

relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

4. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204, consid. 3a et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003, consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.1).

b) Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient, à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, 130 V 75 consid. 3.2).

5. a) En l'espèce, par prononcé du 21 août 2002, l'OAI a accordé à l'assuré une rente AI basée sur un taux d'invalidité de 66.66 %, mais limitée dans le temps, soit du 1er octobre 1999 au 30 juin 2001. Dès le 1^{er} juillet 2001, le taux d'invalidité a été fixé à 33 1/3 %, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente. Par la suite, seul l'examen d'une possible diminution du préjudice économique par des mesures simples et adéquates et de la nécessité d'un service de placement demeurait en suspens. En définitive, les documents déposés par l'assuré en date des 18 novembre 2003 et 11 mai 2004 devaient être assimilés à une nouvelle demande et non à une révision de la rente, élément qui n'est pas décisif en l'espèce, puisque l'OAI est finalement entré en matière. Cela signifie cependant que l'analyse du cas de l'assuré ne doit pas porter que sur les circonstances médicales prévalant au moment de l'accident de circulation du 24 novembre 2002, mais qu'elle doit permettre de déterminer si des modifications de l'état de santé de l'intéressé, par rapport à celui existant au moment supposé de la naissance du droit, justifie l'octroi d'une rente. Après avoir examiné la documentation fournie par l'assuré, ainsi que le dossier de l'assureur-accidents, l'OAI s'est fondé sur l'avis médical du SMR pour refuser l'octroi d'une rente estimant que la capacité de travail de

l'assuré est entière dans une activité adaptée. L'intéressé soutient pour sa part que sa capacité de travail dans une activité adaptée ne saurait être plus élevée que sa capacité résiduelle actuelle dans la profession de maçon. Il n'y a pas lieu de se déterminer sur l'éventuel octroi de mesures d'ordre professionnel, l'assuré ayant refusé les propositions de l'OAI.

b) Sur le plan somatique, les suites de la chute sur l'épaule droite en 1998 ont été compliquées compte tenu d'une douleur résiduelle et ont nécessité l'intervention d'un grand nombre de praticiens, qui, malgré de nombreuses investigations n'ont retenu aucune lésion ostéo-articulaire significative (rapports du 9 juillet 1999 du Dr W._____, du 29 juillet 1999 du Dr D._____, du 23 mars 2000 du Dr O._____, du 1^{er} septembre 2000 du Dr Q._____), le Dr R._____ relevant au contraire une mobilité complète et une très bonne force de l'épaule droite (rapport du 1^{er} juin 1999). Par ailleurs, une souffrance d'origine périphérique tant de caractère radiculaire que plexulaire ou tronculaire a été exclue par le Dr Rousselle (rapport du 2 septembre 1999). Le SMR a finalement retenu une atteinte post-traumatique de l'épaule droite de cet assuré se traduisant par des difficultés majeures à effectuer des activités sollicitant le membre supérieur droit en force, notamment au niveau de l'horizontale et au-dessus. Il a ainsi considéré que l'activité de maçon était devenue inadaptée, et par conséquent, non-exigible à un rendement efficace. Par contre, une activité adaptée, c'est-à-dire respectant certaines limitations fonctionnelles était exigible (rapport médical du 22 août 2001). Dès lors, l'OAI a accordé une rente basée sur un taux d'invalidité de 66.66 % (l'assuré ayant pu maintenir une capacité résiduelle de 33 1/3 % en qualité de maçon), qui a cependant été allouée de manière limitée, soit du 29 octobre 1999 (en raison du délai d'attente d'un an depuis l'accident) jusqu'au 30 juin 2001. L'accident intervenu en 2002 n'a pas modifié l'atteinte à l'épaule.

c) Au niveau de la colonne cervicale (face, profil, oblique), les investigations entreprises révélaient déjà en 1999 une discopathie C6-C7 et une méga-apophyse transverse C7 droite (rapport du 29 juillet 1999 du Dr D._____). Ce diagnostic est identique à celui posé en 2003 par le Dr

K. _____, soit une discopathie C5-C6 et C6-C7 avec protusion discale (rapport du 3 novembre 2003). Il n'en demeure pas moins que le SMR a retenu une incapacité de travail à 100 % du 24 novembre 2002 au 23 novembre 2003 suite cet accident de la circulation (avis médical du 22 mai 2006), compte tenu notamment de l'expertise du Dr P. _____ (rapport d'expertise du 8 mars 2004) qui retient une incapacité de travail à 100 % au plus tard jusqu'au 24 novembre 2003, élément admis par l'intimé dans ses observations du 10 novembre 2009. L'intimé a ainsi précisé que l'invalidité moyenne se montait à 40 % durant 365 jours, compte tenu d'une incapacité totale avec 38 jours à 100 % et 327 jours à 33 1/3 %.

Cette nouvelle appréciation de la situation par l'intimé, et ce nouveau calcul du degré d'invalidité pendant une période déterminée, n'apparaît pas contraire au droit fédéral. En effet, en cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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.

Il s'ensuit que la décision attaquée doit être réformée, en ce sens que le recourant doit être mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier 2003 au 31 mars 2003 et d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2004. La cause doit ainsi être renvoyée à l'intimé afin qu'il fixe le montant de la rente (quart de rente, puis rente entière) à servir au recourant durant les périodes précitées. En effet, il ressort des considérants ci-dessous (cf. notamment consid. 7d infra) que pour le surplus le taux d'invalidité retenu est insuffisant pour justifier le maintien d'une rente.

6. a) Ainsi, si l'accident de la circulation du 24 novembre 2002 a certes provoqué une distorsion cervicale, son évolution a été favorable dès 2004 en ce sens qu'aucune anomalie de la charnière craniale n'a été mise en évidence lors de l'expertise effectuée par le Dr P. _____ (rapport d'expertise du 8 mars 2004). Cet expert a au contraire constaté une certaine discordance entre les douleurs alléguées et les examens clinique et radiologique, élément également relevé par d'autres praticiens (rapport, p. 8), l'accident s'étant par ailleurs produit à basse vitesse (delta V situé entre 9 et 14 km/h). Le port de charges et une torsion du tronc survenus par la suite, soit probablement en mars 2007 ont provoqué, selon le Dr F. _____, une aggravation de l'atteinte discale par rapport à l'examen qu'il avait effectué en 2004 (rapport du 30 avril 2007). Le diagnostic posé par le spécialiste précité, à savoir une hernie discale médiane, paramédiane droite C5-C6 et hernie discale C6-C7 latéral et foraminal provoquant une amputation de la racine C7 droite, sans compression de la moelle (IRM du 25 avril 2007), est cependant superposable à celui retenu par le Dr Z. _____ en 2005 (rapport du 31 janvier 2005), soit une hernie discale cervicale paramédiane droite C5-C6, C6-C7 avec probable conflit radiculaire (rapport du 31 janvier 2005). Retenant une incapacité de travail complète dans l'activité de maçon en raison de problèmes cervicaux persistants et de la présence d'une hernie, le Dr F. _____ a néanmoins considéré que la capacité de travail de l'assuré était au moins de 50 % dans une activité adaptée, qui tienne compte des limitations fonctionnelles suivantes : activité légère ne nécessitant pas un engagement physiquement lourd, le port régulier de charges de 15 kg ou plus si autorisant des changements de position relativement fréquents (courrier du 31 mars 2008). Le SMR a dès lors estimé que dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était complète, en prenant toutefois en compte des limitations fonctionnelles plus restreintes que celles retenues par le Dr F. _____, à savoir pas de manipulation de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, ni mouvements mettant rapidement le rachis cervical en hypertension ou en torsion. L'avis du SMR est corroboré par celui du Dr

Z._____ qui a estimé que le diagnostic de hernie discale n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré (rapport du 31 janvier 2005). Le Dr F._____ a également fait état d'une paresthésie au niveau des doigts II à IV droits, mais la recherche de signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien s'est avérée négative, la trophicité musculaire étant au demeurant bien préservée.

b) En réalité, malgré les limitations fonctionnelles très restrictives retenues par le SMR, le recourant a préféré continuer à exercer sa profession de maçon, avec un faible rendement, alors que l'OAI lui avait proposé de se former dans une autre profession, par exemple en qualité de dessinateur technique. En acceptant les mesures préconisées par l'OAI, l'intéressé aurait ainsi pu réduire son préjudice économique, mais également éviter les mouvements susceptibles d'aggraver les atteintes discale et cervicale. En effet, l'assuré ne se contente pas de superviser des chantiers (comme il l'affirme dans son recours); il s'occupe également de la pose du carrelage, il amène les ouvriers sur les chantiers et va les rechercher (rapport OAI du 21.10.2008).

c) En l'absence de substrat pathologique, le SMR a estimé qu'il se justifiait de procéder à un examen psychiatrique de l'assuré. En effet, par avis médical du 7 décembre 2005, le SMR avait relevé que dans son rapport d'expertise, le Dr P._____ avait fait état d'un séjour de l'assuré en 2001 à la Clinique Y. et qu'à cette occasion, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie, avait évoqué un état dépressif majeur. L'assuré a finalement été examiné par le Dr N._____ en date du 17 février 2006. L'expert a constaté l'absence complète d'une maladie psychiatrique proprement dite que ce soit une maladie dépressive majeure ou un syndrome dépressif mineur et, par conséquent, n'a pas retenu un syndrome douloureux somatoforme (rapport du 15 mai 2006). Il a par contre posé le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, tout en excluant des répercussions sur la capacité de travail.

d) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans retient que les nombreux documents médicaux concordants figurant au dossier démontrent que le recourant présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de maçon et qu'il dispose d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Cette appréciation des pièces disponibles n'est pas valablement mise en cause par la seule affirmation selon laquelle il existait une aggravation dûment documentée. Affirmer de manière péremptoire le contraire comme l'a fait V. _____ dans son recours, ne suffit pas à remettre en cause les conclusions concordantes des spécialistes consultés. L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 266 cons. 1b et les références citées), pouvant donner lieu à une nouvelle décision et le cas échéant à l'octroi d'une rente si les conditions en sont remplies.

7. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA).

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. La comparaison des revenus s'effectue 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 30 consid. 1, consid. 2a et 2b).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005, consid 5, ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais

tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10 % et 25 % au maximum.

b) In casu, pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de tenir compte de l'activité de substitution que pourrait exercer raisonnablement l'assuré. A cet égard, on rappellera qu'en continuant à travailler pour son ancien employeur à un taux d'activité ne correspondant pas au taux de rendement, par ailleurs pour un salaire inférieur au 50 % qu'il percevait avant son invalidité, il se justifie de se référer aux données statistiques pour déterminer le revenu d'invalidé. En l'espèce, seul le niveau de qualification 4 correspondant aux activités simples et répétitives entre ici en considération, à savoir en 1998, 4'268 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 1998, [ESS], TA 1, niveau de qualification 4). Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 1998 (41.8), de l'évolution moyenne des salaires et en tenant compte d'un salaire annuel (X12), d'un abattement de 10 %, le salaire déterminant en 1999 (année d'ouverture du droit à la rente) est de 48'313 fr.15. La comparaison du revenu d'invalidé (48'313 fr.15) avec le revenu de valide (68'831 fr.) conduit à une perte de gain de 20'518 fr., ce qui correspond à un degré d'invalidité de 29.81 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

8. Au vu de ce qui précède, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il fixe le degré de l'invalidité et procède au calcul de la rente limitée dans le temps à servir au recourant au sens du considérant 5c.

Pour le surplus, la décision attaquée doit être confirmée et le recours rejeté s'agissant des autres points litigieux.

9. Le requérant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Il n'est pas perçu de frais de justice (art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 7 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que sont reconnus au requérant V. :
 - le droit à un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier 2003 au 31 mars 2003;
 - le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2004.
- III.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il fixe le montant des rentes précitées.

La décision du 7 juillet 2009 est confirmée pour le surplus.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au requérant la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Damond (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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).

La greffière :