

VD_FINDINFO AI 379/09 - 331/2011 vom 9. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_379_09_-_331_2011

FR: VD_FINDINFO AI 379/09 - 331/2011 du 9 mai 2011

IT: VD_FINDINFO AI 379/09 - 331/2011 del 9 maggio 2011

Regeste

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ECCLÉSIASTIQUE, TROUBLE DE LA CONCENTRATION, SURMENAGE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, EXPERTISE MÉDICALE, DÉCISION DE RENVOI | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 44 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 09.05.2011 AI 379/09 - 331/2011

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ECCLÉSIASTIQUE, TROUBLE DE LA CONCENTRATION, SURMENAGE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, EXPERTISE MÉDICALE, DÉCISION DE RENVOI | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 44 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 379/09 - 331/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 9 mai 2011

Présidence de M. Dind Juges : Mme Dormond
Béguelin et M. Perdrix, assesseurs Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre
: L. _____, à Vallorbe, recourant, représenté par le Service juridique de Procap, à
Bienne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD,
à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 44 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI E n
f a i t : A. L. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1961, ressortissant suisse, marié, père de
quatre enfants nés entre 1987 et 1994, a présenté le 24 septembre 2007 auprès de l'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations
de cette assurance, tendant à l'octroi d'une rente. Il indiquait souffrir d'arthrites psoriasiques
en poussées récidivantes avec ulcère de l'intestin grêle et d'un état de fatigue en rapport avec
le traitement et l'inflammation. Dans un courrier adressé à l'OAI le 25 octobre 2007, la
caisse-maladie de l'assuré a indiqué que celui-ci était en incapacité de travail de 50% depuis
le 1 er janvier 2007. Etais joint un rapport médical du 4 juillet 2007 du Dr C. _____,
spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, dans lequel ce praticien a
diagnostiqué des arthrites psoriasiques en poussées récidivantes, un ulcère de l'intestin grêle
ainsi qu'un état de fatigue en rapport avec le traitement et l'inflammation. Il ne relevait pas
d'atteinte psychique mais mentionnait des troubles de la concentration et une fatigue
consécutive aux poussées inflammatoires. Selon le questionnaire pour l'employeur complété
le 7 novembre 2007, l'assuré a travaillé dès le 1 er novembre 1995 en tant que pasteur au
sein de l'Eglise Evangélique Réformée du Canton de Vaud. Après avoir été en incapacité
totale de travail du 9 au 22 octobre 2006, l'intéressé a repris le travail au taux de 50% dès le
6 novembre 2006, soit 4 heures par jour, 5 jours par semaine. Son activité consistait en des

actes ecclésiastiques divers (cultes, mariage, baptêmes, services funèbres, accompagnements, visites, etc.). Le port de charges supérieures à 20 kilos était rare, la position assise étant évaluée à 20%, la position debout à 50% et la marche à 30% du temps d'activité. Parmi les charges particulières de la profession de pasteur, l'employeur mentionnait ce qui suit: "stress, horaires irréguliers, urgences, charges émotionnelles dues à l'accompagnement". Dans un rapport médical du 20 novembre 2007 destiné à l'OAI, le Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail: "Rhumatisme psoriasique à facteur rhumatoïde limite, facteurs anti-nucléaires négatifs, se traduisant par arthralgies intenses des poignets et des pieds, surtout à gauche, des articulations temporo-mandibulaires, persistantes malgré plusieurs traitements successifs (sel d'or auparavant, actuellement sous AINS, Oxycontin, Méthotrexat). Douleurs résiduelles marquées. Etat dépressif sous-estimé jusqu'à présent dans les différentes appréciations. Atteinte digestive de type maladie de Crohn, sous traitement. Asthénie secondaire aux affections somatiques inflammatoires précitées et à leurs traitements." Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une oesophagite de reflux, un status post luxation acromio-claviculaire en 1997, ajoutant que le premier traitement anti-dépresseur par Citalopram a eu lieu en 2002. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et que l'activité de pasteur était toujours exigible à 50%, sans diminution de rendement. A ses yeux, la capacité de travail au poste occupé n'était pas susceptible d'être améliorée. Quant à l'éventuel exercice d'une autre activité, le Dr K. _____ suggérait une activité de bureau nécessitant peu de déplacements. Dans un rapport médical du 29 décembre 2007, complété le 4 janvier 2008, le Dr C. _____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de rhumatisme psoriasique, colite, effets secondaires du traitement (fatigue, troubles de concentration) et rémission d'une dépression majeure secondaire à la maladie (F 32.2). Il a considéré que l'activité de pasteur était toujours exigible à 50%, sans que la capacité de travail à ce poste puisse être améliorée. L'exercice d'une autre activité n'entrait pas en ligne de compte. Dans un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) du 14 octobre 2008, la Dresse I. _____, ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie, a relevé que l'assuré n'était apparemment suivi ni par un rhumatologue, ni par un psychiatre. Même si la profession de pasteur ne lui paraissait pas trop lourde physiquement, elle proposait néanmoins d'éclaircir la situation par la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été réalisé au SMR le 10 novembre 2008 par les Drs T. _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, et O. _____, ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie. Dans leur rapport du 12 novembre 2008, ces praticiens ont posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail: · Rhumatisme psoriasique (M 07) · Discopathie L5-S1 (M 51.3) Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu un psoriasis et une arthrose temporo-mandibulaire gauche. Ils se sont exprimés comme suit sous l'intitulé "appréciation du cas": " Au plan somatique , M. L. _____ présente depuis son jeune âge adulte une problématique rhumatologique inflammatoire considérée comme une vraisemblable arthrite psoriasique. Ce diagnostic ne semble pas pouvoir être contesté vu la description qu'en donne l'assuré et le fait que l'intéressé a été suivi par des rhumatologues compétents qui ont considéré le diagnostic comme suffisamment attesté pour prescrire tout d'abord une cure de sels d'or jusqu'à la dose maximale considérée comme admissible puis en poursuivant avec un traitement par le Méthotrexate chez un homme qui était alors encore en âge de procréer. Subjectivement, M. L. _____ annonce

la persistance de douleurs musculo-squelettiques périphériques, d'intensité variable, survenant de manière aléatoire, mais il signale également des douleurs lombaires avec parfois des irradiations de type sciatique. Cliniquement, alors qu'il est sous un traitement de fond efficace et sous un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien permanent, l'assuré présente un status normal. Il n'y a actuellement aucune synovite, aucune déformation articulaire, aucune limitation significative de mobilité articulaire. Il n'y a non plus aucun signe en faveur d'une inflammation des articulations sacro-iliaques. Les documents radiologiques à disposition sont sans grande particularité. Il n'y a notamment aucune image articulaire érosive en ce qui concerne les articulations périphériques, et il n'y a aucune atteinte des articulations sacro-iliaques typiques d'une sacro-iliite. En revanche, on peut noter au fil du temps l'apparition d'un net pincement du disque L5-S1 d'allure dégénérative banale. Au plan somatique, donc, M. L. _____ présente une atteinte à la santé dûment documentée, mais traitée de manière efficace. Il n'y a ainsi donc pas de corrélation adéquate entre l'importance des plaintes alléguées et la modicité des constatations objectives cliniques et/ou radiologiques. Pour valider équitablement les atteintes à la santé dûment recensées, des limitations fonctionnelles méritent d'être retenues, qui seront définies plus bas. Celles-ci sont toutefois largement respectées dans l'activité de pasteur qu'effectue l'assuré. Celles-ci seraient d'ailleurs également respectées dans l'activité initiale de mécanicien-électronicien certifié qu'exerçait initialement l'assuré. Au plan psychiatrique, il s'agit d'un assuré âgé de 47 ans, pasteur de l'Eglise évangélique vaudoise depuis 1995, en incapacité de travail à 50% depuis le 06.11.2006 pour une arthrite psoriasique, des ulcères du grêle et une fatigue dans le contexte des traitements correspondants. Dans le rapport médical du 26.11.2007, le médecin traitant, le Dr K. _____, médecin généraliste, pose les diagnostics de rhumatisme psoriasique, status post fixation acromio-claviculaire en 1997, reflux gastro-oesophagien, maladie de Crohn et anémie suite à l'affection somatique et les traitements et il atteste une capacité de travail exigible de 50%. Selon le Dr C. _____, médecine générale FMH, médecine psychosomatique et psychosociale APPM, dans le rapport médical du 04.01.2008, l'assuré souffre également d'effets secondaires du traitement, fatigue, troubles de la concentration et rémission d'une dépression majeure secondaire à la maladie, et la capacité de travail est évaluée à 50% du 06.11.2006. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante. Dans un contexte de douleurs chroniques et de surcharge professionnelle, il est possible que l'assuré ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive, qui actuellement est en rémission complète. Sur la base d'un examen clinique dans les limites de la norme, notre assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: pas de travail impliquant un déploiement répété et significatif de force avec les MS et les MI, nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids > 7 kg, pas de port régulier de charges d'un poids > 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Les limitations fonctionnelles psychiatriques: il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Dans son rapport du 29.12.2007, le Dr C. _____, de Lausanne, retient une incapacité de travail de 100% du 09 au 22.10.2006

puis de 50% depuis le 06.11.2006 jusqu'à actuellement. L'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Depuis lors, l'assuré reste au bénéfice d'un certificat d'incapacité de travail de 50%. Au plan purement somatique, toutefois, une capacité de travail complète est possible dans son activité de pasteur. Concernant la capacité de travail exigible, elle est complète, et complètement exigible. En effet, l'activité qu'exerce l'assuré est indiscutablement compatible avec son atteinte à la santé physique. L'examen psychiatrique détaillé n'a pas mis en évidence d'atteinte à la santé considérée comme incapacitante par la jurisprudence. La capacité de travail exigible est donc complète et elle l'a toujours été.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 100%.
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100%. DEPUIS: TOUJOURS." Dans un rapport du 24 novembre 2008 faisant suite à l'examen du 10 novembre précédent, la Dresse I. _____ a notamment constaté ce qui suit: "(...) Sur le plan médical, il présente depuis son jeune âge adulte une problématique rhumatologique inflammatoire dans le contexte d'un psoriasis. L'assuré est traité en conséquence, mais il décrit la persistance de douleurs musculo-squelettiques périphériques mais également lombaires avec parfois des irradiations de type sciatique. Selon ses médecins traitants généralistes, l'assuré reste en incapacité de travail à 50%. Lors de l'examen clinique, on est face à un homme en bon état général présentant quelques lésions unguéales évoquant un psoriasis essentiellement à la main D. L'assuré se bouge avec des mouvements amples et souples. Au niveau rachidien, on trouve une discrète déviation scoliotique de la nuque vers la D, de la région dorsale vers la G et de la région lombaire vers la D compensée. La mobilité cervicale est complète mais douloureuse, la mobilité dorso-lombaire satisfaisante et indolore dans le plan frontal, la rétroflexion est limitée à 20° environ et douloureuse. On mesure une distance doigts-sol de 28 cm et un Schober lombaire de 10/15 cm avec un déroulement incomplet de la lordose lombaire. La mobilité des grandes articulations périphériques est complète, il n'y a pas de synovite, pas d'épanchement articulaire, pas d'amyotrophie. Le status neurologique est dans les limites de la norme, la manœuvre de Lasègue est limitée à 60° ddc par le raccourcissement des ischio-jambiers. Le dossier radiologique montre une importante arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire G. Les clichés des sacro-iliaques selon Barsony du 10.09.2007 laissent suspecter un très discret élargissement du tiers moyen sans image érosive évidente. Aux mains et pieds, on ne trouve pas d'érosion non plus. Les clichés de la colonne lombaire montrent une discopathie L5-S1 avec de discrets signes de surcharge postérieure. Status psychiatrique: l'assuré est euthymique. Il ne montre pas de signe de dépression majeure. Il décrit une angoisse fluctuante mais pas persistante ni d'attaque de panique. Il n'y a pas non plus de symptôme de la lignée psychotique. On note cependant que l'assuré n'a jamais accepté la maladie somatique qui l'empêche de vivre et de travailler normalement. Il n'y a aucune atteinte à la santé psychiatrique qui peut être considérée comme incapacitante. Les examinateurs concluent par conséquent à une capacité de travail entière dans son activité habituelle qui est tout à fait compatible avec l'atteinte à la santé physique." Par projet de décision du 27 novembre 2008, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à toutes prestations de cette assurance. Sur la base de l'examen clinique effectué au SMR le 10 novembre précédent, il a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans son activité habituelle de pasteur, laquelle était au demeurant compatible avec son atteinte à la santé, si bien que sa capacité de travail et de gain n'était pas entamée. Le droit à des prestations de l'AI n'était en conséquence pas ouvert. Dans une correspondance du 5 décembre 2008 à l'OAI, cosignée par le Dr F. _____, médecin assistant, la Dresse

N. _____, médecin cantonal adjoint, a fait part de son étonnement à la suite du refus d'octroyer toute prestation à l'assuré. Elle a indiqué être en désaccord avec les conclusions du SMR, ajoutant que l'activité de pasteur ne pouvait actuellement plus être assumée qu'à un taux partiel et au prix d'aménagements de poste offerts par l'employeur. Elle priait dès lors l'OAI de bien vouloir réexaminer le dossier. Le 8 décembre 2008, l'assuré a contesté le préavis de l'OAI. A l'appui de ses observations complémentaires du 16 février 2009, l'assuré a produit un rapport du 29 janvier 2009 du Dr C. _____ adressé au conseil de l'assuré. Ce praticien s'y exprimait de la manière suivante: "(...) Etat de santé depuis septembre 2007. Monsieur L. _____ est suivi sur le plan de la médecine générale par le Dr K. _____ de Vallorbe qui coordonne les divers spécialistes. C'est au titre de psychosomaticien que j'interviens sur la demande du Dr K. _____. Je ne puis que reprendre les termes de mon rapport AI. C'est par l'acceptation par le patient de sa maladie que nous avons pu travailler à une certaine amélioration de l'état de fatigue. En l'absence de véritable syndrome dépressif majeur lors de la rechute de 2006 nous avons plutôt opté pour une diminution des activités. Il est vrai que c'est grâce à l'aménagement du temps de travail que le patient va certainement mieux et peut continuer de travailler malgré une affection chronique et une médication lourde. Les experts n'ont pas tenu compte de cela. Il m'est difficile de parler d'aggravation de l'état de santé sur le plan psychique depuis 2007 puisque le patient a pu faire ce travail d'acceptation de la maladie et a pu diminuer son temps de travail. Par contre, il est certain que la maladie inflammatoire ne va pas mieux et que les divers confrères en témoigneront mieux que moi. Le rapport que je puis établir va donc plutôt dans le sens d'une amélioration de l'état psychique du patient. Je reste persuadé que la capacité réelle compte tenu de l'ensemble des problèmes est de 50% pour le métier de pasteur de village. Si un recyclage est entrepris par l'employeur vers une activité régulière avec des heures de bureau et des possibilités de repos, il peut être envisagé d'augmenter le taux de capacité en direction d'un 70% peut-être, mais aucune tentative n'a été faite dans ce sens. Le pronostic est celui de toute maladie inflammatoire chronique, c'est-à-dire qu'il va dans le sens d'un handicap croissant. Je déplore la décision de l'AI et leurs nouvelles méthodes de décisions qui ne tiennent pas compte de l'avis des médecins traitants. Les bons usages confraternels de confrères qui autrefois s'estimaient, auraient voulu que l'expert se soucie plus du point de vue d'un pair." S'appuyant sur ce rapport, l'assuré invitait l'OAI à revoir sa décision du 27 novembre 2008, en ce sens qu'il présentait une incapacité de travail de 50%, ouvrant le droit à une demi-rente; il ajoutait qu'au besoin, l'OAI pouvait procéder à un complément d'instruction afin de déterminer de façon précise sa capacité résiduelle de travail actuelle. Dans un avis médical du 9 mars 2009, la Dresse I. _____ a écrit ce qui suit: "Ce pasteur de l'Eglise évangélique réformée du canton de Vaud travaille actuellement à 50%, selon les médecins traitants à cause d'un rhumatisme psoriasique et d'une dépression majeure réactionnelle. Le 10.11.2008 il est vu en examen rhumato-psychiatrique SMR où l'on ne constate aucune synovite, pas de déformation articulaire et aucune limitation significative de la mobilité si ce n'est un déroulement incomplet de la lordose lombaire; l'index de Schober est cependant mesuré à 10/15 cm. Il n'y a pas non plus de signe en faveur d'une inflammation des articulations sacro-iliaques, notamment pas d'érosions radiologiquement démontrées. L'importance des plaintes alléguées ne correspond pas aux constatations objectives cliniques et radiologiques plutôt modérées. On retient donc les diagnostics d'un rhumatisme psoriasique et de discopathie L5-S1, d'une arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire G. Il est souligné que «l'atteinte à la santé est dûment documentée mais traitée d'une manière efficace». Sur le plan psychiatrique, la symptomatologie

dépressive réactionnelle décrite est actuellement en rémission complète. Il n'y a donc que des limitations fonctionnelles somatiques découlant de l'atteinte rachidienne, qui sont respectées dans l'activité professionnelle exercée. Dans sa lettre à Procap, le Dr C. _____ confirme l'amélioration de l'état psychique de son patient, mais l'explique par «l'aménagement du temps de travail»; il reproche aux experts de ne pas avoir tenu compte de cela. Il admet qu'une capacité de travail de 70% est peut-être imaginable dans une activité régulière mais aucune tentative n'aurait été faite dans ce sens. Il n'apporte aucun nouvel élément. La Dresse N. _____ n'apporte pas non plus d'élément nouveau, elle se réfère à ses observations. L'examen clinique bidisciplinaire SMR du 10.11.2008 est complet, précis, l'argumentation est logique et les conclusions convaincantes. Après discussion avec le médecin examinateur rhumatologue, il n'y a pas lieu de modifier son appréciation." Par décision du 24 juin 2009, l'OAI a confirmé son préavis du 27 novembre 2008, dont la motivation, au demeurant identique, était intégralement reprise. Une lettre du même jour prenant position sur les objections de l'assuré était jointe. B. Agissant par l'intermédiaire de Procap, L. _____ a recouru contre cette décision par acte du 25 août 2009, en concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que son droit aux prestations soit constaté et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Pour l'essentiel, le recourant critique le taux de capacité de travail de 100% retenu par l'OAI dans l'activité habituelle de pasteur, alors que les troubles dont il souffre expliqueraient aisément selon lui la diminution de la capacité de travail constatée par ses médecins traitants. Il reproche aussi à l'OAI d'avoir occulté les réelles exigences de l'activité de pasteur pourtant brièvement répertoriées dans le questionnaire adressé à l'employeur où il est fait état des charges particulières qu'implique l'exercice de cette profession (stress, horaires irréguliers, urgence, charge émotionnelle due à l'accompagnement). De plus, celle-ci s'effectue à raison de 30% de déplacement à pied, 50% en position debout et 20% en position assise. Le recourant met par ailleurs en doute les conclusions du rapport d'examen clinique du SMR à propos des limitations fonctionnelles à respecter dans le cadre d'une activité adaptée dans la mesure où une partie des limitations fonctionnelles a selon lui purement et simplement été ignorées. A cet égard, l'OAI aurait fait abstraction de la fatigue chronique et des troubles de concentration secondaires à ses différents traitements. Enfin, un traitement cortisoné ne saurait être mis en doute en présence d'une affection gastro-entérologique même s'il n'a pas été possible jusqu'ici d'opter pour un diagnostic plutôt que pour un autre. Au surplus, afin de préciser les exigences du poste de pasteur de village et de vérifier son adéquation avec son état de santé et de déterminer d'éventuelles possibilités de reclassement professionnel, il a requis la mise en œuvre de preuves testimoniales. A l'appui de ses allégations, le recourant a produit deux rapports médicaux du Dr C. _____, ainsi qu'un rapport médical du Dr K. _____. Dans son rapport du 6 juillet 2009, le Dr C. _____ s'est exprimé en ces termes: "Par la présente je conteste la décision de l'AI du 24 juin 2009. Je ne conteste pas le status rhumatologique normal sous traitement ni que le traitement soit efficace. Néanmoins les limitations fonctionnelles existent même pour le métier de pasteur. Le patient présente une fatigue extrême sous traitement, qui s'amende si l'on arrête les médicaments, mais alors ce sont les douleurs qui viennent. Il présente également des troubles de concentration sous traitement qui le handicapent dans son activité intellectuelle. Grâce au 50% il a pu continuer son travail de pasteur en milieu rural, tant bien que mal. Une telle activité nécessite des déplacements à pied, des horaires irréguliers, du travail le soir et une concentration constante pour être à l'écoute des paroissiens. Il faut tenir compte aussi de la maladie de

Crohn provoquant des douleurs nocturnes et des insomnies. Là aussi il y a un équilibre difficile de la médication, puisque en raison de cette pathologie digestive, le patient doit limiter les anti-inflammatoires et privilégier des médicaments de type Zaldiar ou Oxycontin qui ont un effet non négligeable sur sa concentration et sa fatigue. Par ailleurs aucune réadaptation n'a été tentée, par exemple dans une activité moins exigeante physiquement et intellectuellement, comme dans une aumônerie avec des horaires plus réguliers et moins de déplacements. Un tel essai permettrait de savoir si la capacité peut être augmentée. Ne serait-ce pas le rôle de l'Al d'accompagner une telle démarche?" Le 17 juillet 2009, le Dr C. _____ a répondu ce qui suit au questionnaire du recourant: "J'ai bien reçu votre lettre du 16.7.09 et puis répondre ainsi à vos questions complémentaires. 1. La normalité radiologique n'est pas déterminante à mes yeux. Cela signifie simplement que l'inflammation n'a pas encore provoqué d'atteinte cartilagineuse des articulations et c'est bien le but du traitement de fond. Il n'en reste pas moins que les poussées arthritiques sont une réalité observable mais ce n'était pas le cas lors de l'examen par l'Al. Une arthrite n'a par ailleurs pas forcément de traduction radiologique (tuméfaction des parties molles) et à plus forte raison hors des crises. Ce n'est qu'à un stade terminal de la maladie que des altérations radiologiques sont observables. Sur ce plan le médecin traitant, le Dr K. _____, pourra aussi vous renseigner. 2. L'importance des plaintes alléguées est surtout liée à la fatigue et aux troubles de concentration dus aux médicaments et cela est fluctuant. Le patient avait veillé à être bien vigilant lors de l'examen et en possession de tous ses moyens psychiques, ce qui me semble parfaitement légitime. D'autre part les poussées arthritiques existent bel et bien malgré le traitement mais n'étaient pas observables lors de l'examen. Il me semble abusif de prendre des décisions sur un examen normal au temps t, alors qu'il sera pathologique au temps t + 1. Seul le médecin traitant peut juger d'une maladie qui évolue sur la continuité et il serait souhaitable que sa parole ne soit pas mise en doute par les experts. 3. Il y a de la part des experts une profonde méconnaissance de la profession de pasteur en milieu rural qui exige des déplacements à pied et des horaires irréguliers notamment du soir. Je l'ai décrit dans mon rapport du 6.7.09. 4. Pour les investigations gastroentérologiques je vous prie de vous adresser au médecin traitant le Dr K. _____ qui a reçu les rapports. Je vous rappelle que le patient m'a été adressé par le Dr K. _____ en raison de ma spécialité en médecine psychosomatique et que dans un premier temps j'ai traité l'état dépressif du patient. Ce dernier était dû à un épuisement chez quelqu'un de volontaire qui faisait son travail malgré ses limites. Tout mon travail a consisté à lui faire accepter les limites d'une maladie inflammatoire chronique et le 50% a permis de maintenir une activité. Ce travail thérapeutique d'acceptation est donc disqualifié par l'Al. Quant à mon appréciation du rapport psychiatrique, je m'étonne de la mention de la psychorigidité chez une personnalité narcissique. Il y a contradiction avec l'absence de troubles de la personnalité notée juste après. Sans doute l'expert fait-il référence à des traits de personnalité. Je connais bien Monsieur L. _____ et je ne lui connais pas de traits narcissiques. Il est par ailleurs capable d'insight (regard sur lui-même), ce qui ne correspond pas à une psychorigidité, terme d'ailleurs non vraiment médical. Je rappellerai que dans mon rapport de déc. 07 à l'Al j'avais parlé de traits de personnalité anankastiques. Il est vrai que la thérapie psychosomatique a permis au patient de prendre en compte ces traits de personnalité." Le Dr K. _____ a répondu le 27 juillet 2009 en ces termes au questionnaire du recourant: "C'est bien volontiers que je réponds à votre lettre du 16 juillet concernant le patient ci-dessus décrit, fort également de la lettre qui me délève du secret professionnel, à votre égard, signée par le mandant. Je réponds à vos questions dans liste

selon laquelle vous me les avez posées. Question 1 - Influence du traitement de fond de ses affections somatiques (rhumatologie et système digestif) : L'influence de ces traitements sur les domaines de la concentration, de la fatigabilité est certaine et acceptée déjà uniquement par le fait que c'est précisément ce traitement qui permet la stabilisation des problèmes précités. Le renoncement à ces traitements entraînerait une dégradation de cet équilibre et donc une nouvelle péjoration de l'état du patient. Ces effets secondaires documentés sont, en quelque sorte, le prix à payer (effets secondaires médicamenteux) pour la stabilisation des problèmes. Question 2 - Apparente absence de particularités à la lecture des documents radiologiques : Aucun rhumatologue n'oserait, je pense, exclure une affection inflammatoire telle celle connue chez ce patient sur la base d'une seule normalité radiologique. Les règles de l'art et les directives en ce domaine précisent d'ailleurs que tout doit être mis en oeuvre pour que, le diagnostic étant posé cliniquement par ailleurs, ces atteintes radiologiques, parfois tardives, n'apparaissent pas ou le plus tard possible. Il serait paradoxal de devoir attendre ces détériorations pour initier un traitement. Question 3 - Corrélation entre les plaintes alléguées et les constatations radiologiques : Aucune étude, à ma connaissance, n'a à ce jour pu mettre en relation un degré d'atteinte radiologique obligatoire qui correspondrait à un niveau objectif de détérioration clinique particulier. Les deux évolutions peuvent parfaitement rester longtemps dissociées sans qu'elles ne s'excluent mutuellement et les plaintes alléguées être réelles et suffisantes à la pose du diagnostic. Question 4 - Compatibilité de la charge de pasteur et limitations fonctionnelles : Si même le SMR retient les limitations somatiques, de manière explicite (en contradiction donc avec d'autres passages de son rapport où ces limitations sont minimisées !) il est troublant de constater que ces limitations ne sont plus reconnues lors de la discussion des conséquences qu'elles impliquent même dans le travail de pasteur (selon une logique inversée où "pas de conséquence" impliquerait "pas de limitation" !). Question 5 - Discussion du rapport d'examen clinique du SMR : Je me pose de manière plus générale la question de savoir, dans le cadre de ce type d'expertise, en quelle qualité et sur la base de quels examens (par rapport à une prise en charge au long cours et les appréciations répétées), ces décisions sont prises, entendu qu'alors les décisions qui contestent mes propres appréciations, pour être "solidement motivées" (pour reprendre les termes du rapport) devraient être celles d'experts spécialisés (dont il n'est pas ici question de mettre en doute autant les capacités professionnelles que la probité) au moins aussi impartiaux que je le suis. Je rappellerai ici que le titre de spécialiste FMH (il s'agit donc bien d'une spécialisation !) est à parité avec celui d'autres spécialistes, avec la particularité supplémentaire de permettre une vision d'ensemble du patient et donc d'inclure dans l'appréciation générale des éléments qu'une autre spécialité, à vision plus restreinte, ne peut prendre en considération (ce qui ne lui est pas reproché, c'est juste une constatation). Un exemple de cette limitation est cette appréciation de "psychorigidité" (notion floue et non réellement fondamentalement médicale) et "traits" narcissiques. Une telle affirmation, qui relève plus d'un jugement de valeurs, pêche par manque de confrontation avec d'autres éléments de l'anamnèse et de l'observation du patient, que seule une connaissance approfondie du patient, basée sur une prise en charge lors de consultations répétées, permet. D'où l'utilité de la prise en considération réelle des avis des médecins traitants là où l'expert dans sa vision ponctuelle limitée manque, lui, de recul. Si je me permets cette digression c'est que je connais l'usage fait par l'assurance invalidité d'une jurisprudence du tribunal fédéral des assurances (qui n'est cependant jamais citée in extenso !) selon laquelle "les constatations" émanant des médecins consultés doivent être admises avec réserve et

qu'il faut tenir compte du fait que par la position de confident privilégié que leur confère leur mandat "les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leur patient". Je ne commenterai pas le reproche ainsi fait au médecin traitant d'avoir le souci de son patient (!) ni la suspicion de complaisance (pour laquelle, le cas échéant, des normes pénales à l'encontre du médecin existent !). Je précise simplement que le médecin traitant a, de par sa position, la possibilité d'inclure des éléments que chaque spécialiste, dans son domaine, ne peut associer à sa décision. Question 6 - Maladie digestive : Les phénomènes digestifs ont été investigués lors de plusieurs investigations menées par des gastro-entérologues qui ont tous conclu à la nécessité d'un traitement cortisoné. Mettre en doute ces diagnostics reviendrait à disqualifier gravement ces collègues. Le fait qu'un diagnostic tranché entre maladie de Crohn et d'autres affections inflammatoires digestives soit difficile à poser n'est de loin pas rare. Même les meilleurs gastro-entérologues parfois peinent à y réussir. Ambiguïté que les médecins du SMR consultants connaissent certainement. Pour le reste je vous prie de vous référer à l'avis de mon collègue le Dr C. _____ (à qui j'adresse copie de la présente), notamment en ce qui concerne les limitations relevées dans son propre champ d'examen." Le recourant a aussi produit une correspondance du 21 juillet 2009, cosignée par le Dr F. _____, dans laquelle la Dresse N. _____ a réitéré son désaccord avec les conclusions du SMR, selon lequel le recourant présente une capacité de travail entière comme pasteur. Elle considère au contraire que cette activité ne peut actuellement être exercée à plein temps, mais seulement à un taux partiel et ce, au prix d'un aménagement du poste offert par l'employeur. Elle rappelle que la fonction de pasteur requiert des facultés optimales sur les plans cognitif et relationnel et qu'elle est soumise aux risques psycho-sociaux que connaissent les professions à caractère social. Compte tenu des problèmes de santé évoqués par les médecins traitants, il lui paraît ainsi difficile de considérer le recourant comme apte à exercer son activité de pasteur à plein temps. Dans sa réponse du 24 novembre 2009, l'OAI a indiqué que les arguments développés n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. S'agissant des différentes pièces médicales produites à l'appui du recours, il se référerait à l'avis médical du SMR du 28 octobre 2009 joint en annexe et auquel il déclarait se rallier. Après avoir résumé lesdites pièces, la Dresse I. _____ écrivait ce qui suit: "En résumé, il n'y a pas de nouvel élément médical. Il ne s'agit pas de discordance concernant le diagnostic, mais les médecins traitants mettent beaucoup plus de poids sur des éléments difficilement objectivables comme la fatigabilité et le manque de concentration. Dans l'anamnèse par système, on trouve la description de trouble de la mémoire de fixation et d'évocation ainsi que d'une fatigue s'il ne dort pas bien et est correctement reposé si la nuit est normale. Il n'a été observé ni de trouble de la mémoire, ni de concentration ou d'attention dans le contexte d'un examen de 3 heures. Nos conclusions restent donc les mêmes, il n'y a aucune raison pour modifier l'appréciation." Dans sa réplique du 27 janvier 2010, le recourant a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à faire toute la lumière sur la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, compte tenu de l'ensemble des problèmes de santé qu'il présente. Il a indiqué que le seul fait que des limitations invalidantes telles que la fatigue et le manque de concentration n'aient pas été observées lors de l'examen clinique ne signifiait pas qu'elles n'existaient pas. Il a rappelé souffrir d'une affection évoluant par poussées, si bien qu'une fluctuation de l'asthénie selon les jours ne pouvait en aucun cas être exclue. Par ailleurs, l'activité de pasteur nécessite de supporter des horaires irréguliers, des urgences, des déplacements et une charge émotionnelle considérable, ce qui est

incompatible avec des problèmes d'asthénie et de concentration. Il a ainsi intégralement maintenu ses conclusions et réquisitions de preuves. Dupliquant le 22 février 2010, l'OAI a indiqué que les arguments développés n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. 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 en principe à l'AI (art. 1 al. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). 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, formé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière. 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 cantonale vaudoise 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 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) 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 131 V 164; ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur le taux d'invalidité du recourant, l'office intimé soutenant qu'il est nul dès lors que sa capacité de travail et de gain est entière, alors que ce dernier prétend ne pas pouvoir accomplir son activité habituelle de pasteur à temps complet. 3. 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 al. 1 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. Dans sa teneur en vigueur du 1 er janvier 2004

au 31 décembre 2007, l'art. 28 al. 1 LAI prévoyait qu'un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007). Dès le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement, le seuil minimum ouvrant le droit à une rente présupposant toujours une invalidité de 40% au moins. b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que les médecins, 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. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les arrêts cités; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 c. 6.1). c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant 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. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et la référence; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1). Le Tribunal fédéral relève en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Par ailleurs, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se

prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2). 4. a) Dans le cadre de la présente cause, l'OAI a retenu – sur la base de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 10 novembre 2008 effectué par les Drs T._____ et O._____ ainsi que sur la base de l'avis de la Dresse I._____ du 24 novembre 2008 lui faisant suite – que le recourant présente une capacité de travail complète depuis toujours dans son activité habituelle de pasteur, cette profession étant compatible avec ses atteintes à la santé. Le recourant conteste ce point de vue. Il reproche à l'OAI de s'être fondé uniquement sur les conclusions du SMR, alors qu'elles seraient contredites par les pièces médicales, à savoir les avis médicaux des Drs K._____ (20 novembre 2007 et 27 juillet 2009) et C._____ (29 décembre 2007, 29 janvier 2009, 6 et 17 juillet 2009), ainsi que par les prises de position de la Dresse N._____, médecin cantonal adjoint (5 décembre 2008 et 21 juillet 2009). Le recourant déplore en outre qu'aucune expertise n'ait été mise en œuvre pour évaluer l'impact de la fatigue et des problèmes de concentration ainsi que de l'affection gastro-entérologique sur sa capacité résiduelle de travail ce, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Il argue enfin d'une méconnaissance des réelles exigences de l'activité de pasteur. b) Sur le plan somatique, le Dr K._____ constate dans son rapport du 20 novembre 2007 une évolution sur de nombreuses années d'un rhumatisme psoriasique, d'atteinte pluri-articulaire sous traitements successifs, se traduisant par des douleurs intenses de localisation essentiellement à la main et au pied gauche, ainsi que de l'articulation temporo-mandibulaire gauche et des sacro-iliaques. Ces problèmes de santé rendent la démarche douloureuse et l'exercice de la profession de pasteur plus difficile. Il estime ainsi que l'absence de particularités à la lecture des documents radiologiques ne suffit pas à elle seule à exclure une affection inflammatoire ce d'autant plus que le SMR retient un certain nombre de limitations somatiques. Quant au trouble digestif, il fait l'objet d'un traitement par corticothérapie. Peu importe à cet égard qu'un diagnostic tranché entre la maladie de Crohn et d'autres affections inflammatoires digestives soit difficile à poser, dès lors que les gastro-entérologues ayant examiné le recourant ont tous conclu à la nécessité d'un traitement cortisoné. Son pronostic est réservé au vu de la longue évolution sans grande amélioration au fil des années. De son côté, le Dr C._____ souligne que le traitement par opiacées prescrit par le Dr K._____ n'a pas contribué à faire baisser le niveau des douleurs, mais a bien plutôt contribué à accroître l'état de fatigue et les troubles de la concentration, l'intéressé se plaignant d'un démarrage matinal difficile. Le Dr C._____ relève que l'assuré se plaint de douleurs musculaires et articulaires et constate également des lombalgies ainsi que des gonalgies. Il signale aussi qu'un épisode arthritique peut se présenter même après un traumatisme mineur comme un simple choc. D'autre part, les poussées arthritiques existent bel et bien mais n'étaient selon lui pas observables lors de l'examen au SMR. Le pronostic est d'après lui celui de toute maladie inflammatoire chronique, c'est-à-dire qu'il va dans le sens d'un handicap croissant. S'agissant de l'affection inflammatoire, le Dr K._____ précise que tout doit être entrepris pour que, le diagnostic ayant été posé cliniquement, les atteintes radiologiques n'apparaissent pas ou le plus tard possible seulement. Le Dr C._____ ne dit pas autre chose dans son avis médical du 17 juillet 2009. Sur le plan psychique, le Dr C._____ note le 29 janvier 2009 une amélioration de l'état psychique du patient. Même si ce praticien a notamment évoqué des traits de personnalité anankastique et un traitement psychosomatique dans son rapport du 29 décembre 2007, il n'en demeure pas moins que, selon un test (MADRS) effectué le 26

novembre 2007, le diagnostic de dépression légère a pu être écarté. Quoi qu'il en soit, il n'y a plus de traitement psychiatrique à part un soutien, sans médication. A ses yeux, le taux d'activité à 50% doit être maintenu, faute de quoi le risque de récurrence d'épuisement pourrait réapparaître en cas de reprise du travail à 100%, compte tenu de l'affection rhumatismale et des douleurs qu'elle entraîne. Le Dr K. _____ souligne aussi la stabilisation atteinte par le traitement de fond et n'envisage pas l'exercice de l'activité de pasteur à un taux supérieur à 50%. Le renoncement à ces traitements entraînerait selon lui une dégradation de cet équilibre. Dans ses rapports des 6 et 17 juillet 2009, le Dr C. _____ relève que l'importance des plaintes de l'assuré est surtout liée à la fatigue et aux troubles de la concentration dus aux médicaments. Ainsi, le recourant présente une fatigue extrême sous traitement, qui s'amende si l'on arrête les médicaments; mais ce sont alors les douleurs qui reprennent. Il présente également des troubles de concentration sous traitement qui le handicapent dans son activité intellectuelle de pasteur. D'après le Dr C. _____, le recourant n'a pu continuer son activité de pasteur que grâce à la réduction de son taux d'activité. De son côté, le Dr K. _____ indique, le 27 juillet 2009, que l'influence du traitement de fond sur les domaines de la concentration et de la fatigabilité est certaine et acceptée uniquement par le fait que c'est précisément ce traitement qui permet la stabilisation des problèmes précités. Ces effets secondaires documentés sont, en quelque sorte, le prix à payer (effets secondaires médicamenteux) pour la stabilisation des problèmes. Le Dr C. _____ ajoute qu'il doit également être tenu compte de la maladie de Crohn, laquelle provoque des douleurs nocturnes et des insomnies. L'équilibre de la médication se révèle donc difficile puisque, en raison de la pathologie digestive, l'assuré doit limiter les anti-inflammatoires et privilégier des médicaments de type Zalidar ou Oxycontin, qui ont un effet non négligeable sur sa concentration et sa fatigue (avis du 6 juillet 2009). Il ressort de l'examen bidisciplinaire du SMR du 10 novembre 2008 que le recourant se plaint d'une fatigue secondaire aux traitements médicamenteux et de douleurs persistantes. Ce point est relevé par les médecins traitants du recourant, qui ont souligné l'influence du traitement médicamenteux sur sa fatigue et ses troubles de la concentration. Le Dr K. _____ qualifie cette influence de certaine (rapport du 27 juillet 2009). Il en découle qu'une appréciation circonstanciée de l'état de santé du recourant ne saurait éluder cet aspect. Or, les médecins du SMR ne se sont pas prononcés sur cette question. Par ailleurs, les Drs K. _____ et C. _____ sont d'avis que le recourant présente une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de pasteur en raison de l'atteinte inflammatoire et des effets secondaires du traitement médicamenteux. De son côté, la Dresse N. _____, médecin cantonal adjoint, considère que la profession de pasteur ne peut être assumée qu'au prix d'un aménagement du poste offert par l'employeur. Elle souligne que la fonction de pasteur nécessite des facultés optimales sur le plan relationnel, et qu'elle est soumise aux risques psycho-sociaux auxquelles sont exposées les professions à caractère social, de sorte qu'il n'est selon elle pas envisageable d'admettre que l'assuré puisse exercer son activité de pasteur à 100%. Pour autant, on cherche en vain dans le dossier de l'OAI des précisions quant au déroulement de l'activité de pasteur et aux contraintes qu'elle implique. En dépit des observations réitérées des médecins traitants et de la Dresse N. _____ à cet égard, l'OAI a fait fi des exigences de cette profession, lesquelles ont conduit le recourant à devoir diminuer son taux d'activité. Il résulte aussi du dossier que ce n'est nullement par choix, pour des motifs de convenance personnelle, mais bien pour des raisons médicales que son taux d'activité a dû être diminué, permettant ainsi une stabilisation de son état de santé (rapports du Dr C. _____ du 29 décembre 2007 et

du 29 janvier 2009). Alors que le recourant se plaint essentiellement de fatigue et de trouble de la concentration, l'OAI – par l'intermédiaire de son SMR – ne pouvait se limiter à énumérer des limitations de nature exclusivement rhumatologique. La réduction du taux d'activité et la médication prescrite, dont l'efficacité n'est nullement remise en cause, pas plus que le status rhumatologique, procèdent à la fois des douleurs chroniques et de la surcharge professionnelle. Au demeurant, le seul fait que la fatigue et le manque de concentration n'aient pas été observés durant l'examen clinique au SMR ne signifient pas qu'ils n'existent pas ce d'autant moins que tous les médecins traitants du recourant en ont fait état. Il doit aussi être tenu compte du fait que les poussées arthritiques sont une réalité observable même s'il n'y a pas nécessairement de traduction radiologique. On relève enfin que tant le Dr K. _____ (rapport médical du 20 novembre 2007) que le Dr C. _____ (avis du 29 janvier 2009) réservent leur pronostic compte tenu de la nature de l'affection inflammatoire et de sa longue évolution sans grande amélioration au fil des années. c) En résumé, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la gravité des troubles présentés par le recourant et leurs répercussions sur sa capacité de travail. Les éléments médicaux avancés par le recourant sont en effet de nature à mettre en doute les observations et conclusions du SMR, si bien qu'ils ne permettent pas d'accorder en l'état un caractère probant à l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 10 novembre 2008, sur lequel l'OAI s'est fondé. Il n'est dès lors pas possible de statuer en pleine connaissance de cause sur la capacité de travail du recourant. En pareil cas, la jurisprudence impose la mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA, à savoir une expertise réalisée par un médecin qui ne dépend pas de l'assurance ou de son service médical (cf. ATF 135 V 465). d) Il ne se justifie pas d'ordonner la mise en œuvre de l'expertise indépendante dans le cadre de la présente procédure judiciaire. Il est en effet plus expédient de renvoyer l'affaire à l'OAI, qui ordonnera à tout le moins une expertise somatique portant notamment sur les affections dont est atteint le recourant, leur évolution, ainsi que sa capacité de travail, respectivement toute mesure d'instruction utile au regard des affections en présence, puis rendra une nouvelle décision sur la demande de prestations. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs du recourant. Il découle de ce qui précède que le recours, fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, le dossier étant renvoyé à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. 5. a) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure. b) Le recourant obtient gain de cause dans la mesure où la décision attaquée est annulée. Assisté par un mandataire autorisé, il a donc droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 1'800 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 24 juin 2009 est annulée et le dossier renvoyé à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des

considérants. III. Le recourant a droit à une indemnité de dépens de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. Il n'est pas perçu de frais de justice. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Procap (pour L. _____), ■ 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 :

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