

## **VD\_GERICHTE ZD07.019889 vom 26. März 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-03-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD07.019889](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD07.019889)

FR: VD\_GERICHTE ZD07.019889 du 26 mars 2010

IT: VD\_GERICHTE ZD07.019889 del 26 marzo 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

a) En l'espèce, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumato-psychiatrique au SMR par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, pour le volet rhumatologique, et par le Dr A. \_\_\_\_\_ pour le volet psychiatrique (cf. lettre A.d supra). Le rapport d'examen clinique établi le 8 février 2007 par ces spécialistes décrit en détail l'anamnèse, le status – le status rhumatologique faisant l'objet d'une description particulièrement complète – et les différentes pièces du dossier radiologique. Sur la base d'examens complets, il décrit clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale, prend dûment en considération les plaintes de l'expertisé et aboutit à des conclusions bien motivées. Les diagnostics posés, de même que l'appréciation de la capacité de travail du recourant, concordent parfaitement avec les conclusions du rapport de synthèse établi le 9 juillet 2004, soit deux ans et demi plus tôt, par les spécialistes de la CRR sur la base d'une analyse également complète de la situation (cf. lettre A.b supra). Le rapport d'examen clinique du SMR du 8 février 2007, corroboré par le rapport de synthèse de la CRR du 9 juillet 2004, satisfait ainsi à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. b) Il résulte du rapport d'examen clinique du 8 février 2007 que les constatations objectives sont modestes et qu'il n'y a pas de cohérence adéquate entre l'importance des plaintes, l'importance des

- 21 - incapacités y relatives et les constatations objectives tant cliniques (qui révèlent des troubles modestes de la statique vertébrale et une limitation de mobilité du rachis surtout dorso-lombaire) que radiologiques (qui révèlent une effraction minimale du plateau supérieur de D9 et de D11, sans atteinte du mur postérieur, une spondylolyse latérale de L5 et un spondylolisthésis de L5/S1 de degré I). Vu l'absence sur le plan somatique de lésions objectives significatives, et dès lors que les plaintes douloureuses ne sont pas accompagnées d'une comorbidité psychiatrique, d'une perte d'intégration sociale ou d'une tendance à l'isolement, une activité professionnelle respectueuse de limitations fonctionnelles rachidiennes générales (à savoir: nécessité de pouvoir alterner la position assise et debout deux fois par heure, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids > 10kg, pas de port régulier de poids > 15kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc) est à considérer comme possible et exigible (cf. lettre A.d supra). Comme cela a déjà été dit, ces conclusions concordent en tous points avec celles posées par les spécialistes de la CRR dans leur rapport de synthèse du 9 juillet 2004 (cf. lettre A.b supra). Par ailleurs, les avis médicaux invoqués par le recourant ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'examen clinique rhumatologique du 7 février 2007 et dans le cadre des examens effectués à la CRR en 2004 et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des examinateurs. c) Ainsi, les diagnostics posés par le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise établi le 6 décembre 2005 (cf. lettre B.b supra)

sont superposables à ceux des médecins du SMR et de la CRR. Ce spécialiste précise que "[s]ur le plan clinique l'examen du rachis est comparable à celui effectué lors du séjour de l'assuré à la Clinique Romande de Réadaptation, avec cependant l'impression d'une augmentation de la douleur lors de la mobilisation du tronc et du passage du décubitus dorsal à la position assise où l'on a vraiment l'impression que la faiblesse musculaire objectivée est aggravée et précédée par la douleur". Il considère que "[s]ur le plan clinique les plaintes subjectives sont

- 22 - objectivées par une douleur à la mobilisation du tronc active et passive et une extrême difficulté de passer du décubitus dorsal en position assise, difficulté due avant tout aux douleurs". En d'autres termes, les plaintes douloureuses s'expliquent par les douleurs décrites par l'assuré, sans que le Dr L. \_\_\_\_\_ puisse les expliquer par des éléments médicaux objectifs, sinon par l'hypothèse que les douleurs présentées par l'assuré pourraient être consécutives à une instabilité au niveau de L5-S1. Toutefois, comme l'a relevé le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son avis médical SMR du 16 mai 2007 (cf. lettre B.c supra), il n'existe pas d'arguments objectifs en faveur d'une instabilité lombaire significative, l'hypothèse d'une instabilité lombaire formulée par le Dr L. \_\_\_\_\_ reposant uniquement sur un minime spondylolisthésis L5/S1, découvert fortuitement à la faveur de radiographies réalisées lors du traumatisme rachidien mineur du 5 août 2003. Dans ces circonstances, le rapport d'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions des examinateurs du SMR. Il en va de même de l'avis médical du 28 mars 2008 de la Dresse K. \_\_\_\_\_ (cf. lettre C.c supra), qui s'est bornée à constater que le recourant présentait une importante réduction fonctionnelle de la mobilisation de son rachis, l'examen étant extrêmement douloureux vu la réaction du patient. Se disant néanmoins frappée par l'existence d'une bonne musculature, elle a indiqué ne pas se sentir assez compétente pour dire si la présence du spondylolisthésis L5-S1 pouvait à lui seul expliquer l'importante symptomatologie douloureuse et que seul un spécialiste (rhumatologue ou chirurgien orthopédiste) pouvait répondre précisément à cette question. Dès lors que ces spécialistes se sont déjà prononcés, l'avis de la Dresse K. \_\_\_\_\_ n'apporte aucun argument de nature à invalider les conclusions des médecins du SMR. d) Quant à la lettre du 30 octobre 2009 du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, médecin-associé à l'Unité du rachis du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, qui critique l'examen clinique rhumatologique du SMR sur trois points (cf. lettre C.e supra), elle ne fait pas non plus état d'éléments

- 23 - objectifs suffisamment pertinents qui permettraient de remettre en cause les conclusions concordantes des médecins du SMR et de la CRR. En effet, s'agissant en premier lieu de l'absence de status détaillé de l'état musculaire, il n'apparaît pas que le fait que le status rhumatologique du rapport d'examen du 8 février 2007 ne contienne pas de liste des muscles testés doive conduire à considérer ce status, par ailleurs décrit par le Dr M. \_\_\_\_\_ comme étant bien conduit, comme lacunaire. En effet, le Dr C. \_\_\_\_\_ a procédé aux tests standard s'agissant du status musculaire, notamment en ce qui concerne le tonus, l'extensibilité et la force, et s'est prononcé à chaque fois sur le tonus musculaire, sur une éventuelle amyotrophie, voire une faiblesse musculaire et sur des contractures (cf. lettre C.f supra). Par ailleurs, l'assuré est à plusieurs reprises décrit dans le rapport d'examen du 8 février 2007 comme athlétique et bien musclé, ce qui n'exclut effectivement pas des dysbalances musculaires et implicitement des faiblesses, qui n'ont toutefois pas été décelées lors d'un examen conduit dans les règles de l'art. En ce qui concerne l'absence d'évaluation

dynamique, une telle évaluation de la capacité fonctionnelle, qui nécessite en partie des installations relativement complexes, ne saurait être réalisée dans tous les détails lors d'un examen clinique au SMR. L'observation clinique et quelques tests simples évaluant la force musculaire donnent déjà une idée des possibilités de l'examiné et l'absence d'évaluation dynamique complète n'entache pas la valeur probante des conclusions du rapport d'examen clinique du 8 février 2007. Il sied au surplus de relever que les médecins de la CRR avaient déjà abouti aux mêmes conclusions ensuite du séjour de quatre semaines effectué en 2004 par le recourant dans cette clinique, qui dispose de toutes les possibilités d'une évaluation exacte et étendue, et qu'il avaient évalué la capacité de travail de l'intéressé notamment sur la base du rapport de physiothérapie relatant les progressions fonctionnelles enregistrées au cours du séjour (cf. lettre A.b supra).

- 24 - Pour ce qui est enfin de l'absence de recherche active de la présence éventuelle d'un syndrome d'hyper-mobilité articulaire généralisée, l'évocation d'un tel syndrome par le Dr M. \_\_\_\_\_ n'est étayée par aucun élément objectif. Comme cela ressort de l'avis médical SMR du 4 février 2010 (cf. lettre C.f supra), la morphologie du patient ne fait pas suspecter un tel syndrome et les mesures articulaires que l'on trouve dans le status du Dr C. \_\_\_\_\_ ne font à aucun moment suspecter une telle atteinte, la mobilité du coude étant tout à fait normale, la flexion du poignet étant également dans les limites de la norme, tout comme l'extension des genoux; en outre, le type III du Ehlers-Danlos syndrome qui est suggéré par le Dr M. \_\_\_\_\_ est caractérisé par peu de modifications au niveau cutané mais par une hyper-extensibilité impressionnante dans plusieurs articulations amenant à des conséquences orthopédiques de type arthrose, et le recourant ne présente aucun de ces critères. e) Au vu de ce qui précède, une expertise judiciaire, telle que sollicitée par le recourant, n'apparaît pas nécessaire, la Cour de céans étant en mesure de statuer en l'état du dossier. Les conclusions des examinateurs du SMR, qui corroborent celles des spécialistes de la CRR, doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante pour les raisons exposées ci-dessus. Ainsi, il sied de constater que l'importance de la symptomatologie douloureuse résulte pour l'essentiel des seules plaintes subjectives exprimées par le recourant et que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport d'examen clinique du 8 février 2007, celui-ci dispose d'une capacité de travail entière. En outre, le calcul de comparaison des revenus avec et sans invalidité effectué par l'OAI dans la décision attaquée, non contesté par le recourant, aboutit correctement à un degré d'invalidité ne donnant pas droit à l'octroi d'une rente d'invalidité. La décision attaquée échappe par conséquent à la critique.

## **E. 5**

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

- 25 - b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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