

## **VD\_GERICHTE ZD09.015981 vom 10. Juni 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-06-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.015981](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.015981)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.015981 du 10 juin 2010

IT: VD\_GERICHTE ZD09.015981 del 10 giugno 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

Vu la divergence médicale et de capacité de travail décrites par les divers médecins (Drse L.\_\_\_\_\_, Dr R.\_\_\_\_\_, Dr B.\_\_\_\_\_ médecin conseil, Dr T.\_\_\_\_\_ qui ne veut pas se prononcer et Dr H.\_\_\_\_\_), quelle est l'atteinte réelle de Monsieur P.\_\_\_\_\_? Son atteinte réelle concerne la région cervicale et lombaire qui présente un état douloureux pouvant être considéré comme chronique. Le tableau clinique est dominé par un trouble somatoforme touchant l'hémicorps droit. Il y a des séquelles, sans conséquences, de traumatismes cutanés du pied gauche. On doit donc admettre que ce patient est légèrement limité pour les travaux qu'il a effectués jusqu'à maintenant.

#### **E. 6**

Comment estimez-vous l'atteinte de la capacité de travail de Monsieur P.\_\_\_\_\_ en tant que jardinier (indépendant de sa clientèle)? Sa capacité de travail est légèrement réduite (25% au maximum).

#### **E. 7**

Y a-t-il des possibilités d'améliorer la capacité de travail: a) Par un aménagement de l'activité professionnelle?

- 4 - Ce patient signale des difficultés à l'accroupissement ou en positions sur les genoux. De ce fait, certains aménagements devraient être envisagés pour son travail de jardinier. b) Par un changement d'activité (pas de CFC)? Si oui, quel travail serait-il capable d'effectuer et à quel pourcentage? Un changement d'activité serait peu recommandé du moment que le patient n'a pas de formation particulière et qu'il aurait de toute manière de la manutention et des positions debout dans un autre travail. De ce fait, il me paraît judicieux d'envisager au mieux un aménagement des activités de jardinier ou d'horticulteur. Le patient serait en revanche totalement capable d'exercer un métier dans la conciergerie par exemple.

#### **E. 8**

S'il ne peut retravailler, quel projet thérapeutique serait-il envisageable? On espère que le patient pourra retravailler. Il y aurait lieu sinon d'envisager une demande à l'A.I.

#### **E. 9**

Remarques de l'expert: Ce patient me paraît particulièrement précautionneux. Il change très lentement de position. Il y a certainement un état anxieux et peut-être dépressif sous-jacent. (Le patient a eu transitoirement un traitement anti-dépresseur dans le passé)." c) Rapport du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, à Clarens, du 27 octobre 2006, qui comporte les passages suivants: "Le patient est actuellement au bénéfice de traitement symptomatique à base d'anti-inflammatoire per os, de physiothérapie au long court qui n'améliore que très moyennement la situation, elle permet tout au plus de

la stabiliser. Il effectue actuellement un stage d'évaluation à Yverdon dans le cadre d'un atelier professionnel (travail d'usinage de petites pièces) mais le patient annonce que même ce type de travail est impossible. Sur le plan professionnel, en ce qui me concerne, compte tenu maintenant d'une incapacité de travail depuis 5 à 6 ans, les diagnostics précités sous chiffre A et les plaintes du patient, il me paraît illusoire d'imaginer une reprise d'une quelconque activité professionnelle dans le cadre de sa profession de base (jardinier) et même une activité adaptée. Je propose donc une rente AI à 100%." d) Rapport du Dr G. \_\_\_\_\_, à Fribourg, médecin-conseil du centre Oroph COPAI, du 6 novembre 2006, qui comporte les passages suivants (rapport annexé au rapport de stage): "Discussion

- 5 - Monsieur P. \_\_\_\_\_ est un Portugais de 42 ans, sans formation professionnelle, qui a travaillé en Suisse depuis 1985 comme aide horticulteur puis comme jardinier à son compte entre 1993 et 2005. De fait, il ne travaille que partiellement entre 2003 et fin 2005. Maintenant, il a arrêté son entreprise. Monsieur P. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs multiples touchant la nuque, les épaules, la main droite, les lombes, les jambes, les genoux, les pieds. Il a aussi un asthme de découverte récente. Toutes ces douleurs sont exacerbées par les efforts, les positions statiques prolongées et sont météosensibles. L'examen physique (aussi bien les trois que nous avons effectués nous-mêmes que ceux des confrères qui ont examiné cet homme avant nous, notamment le Prof. K. \_\_\_\_\_ pour son expertise) est globalement rassurant et objectivement, ne parvient pas à expliquer les plaintes subjectives. Notamment, l'examen ne permet pas de comprendre pour quelle raison cet assuré ne se sert pas de sa main droite à l'atelier, d'autant moins qu'on y trouve des callosités. Aux diagnostics retenus par nos confrères, particulièrement au syndrome somatoforme douloureux diagnostiqué par le Prof. K. \_\_\_\_\_, nous ajoutons un syndrome d'amplification de symptômes selon Matheson, sur la base de la démonstrativité, de l'extension progressive des plaintes au fil du temps, de la présentation catastrophée des plaintes et de la présence de signes de non-organicité. Nous notons aussi une anxiété de la part du patient, mais il sort de notre domaine d'évaluer si cette anxiété a une valeur pathologique. En tout état de cause, nous n'avons pas de raison de nous écarter de la conclusion du Prof. K. \_\_\_\_\_ et même de la CEP concernant la capacité résiduelle de travail. Nous doutons par contre fortement que Monsieur P. \_\_\_\_\_ la mettra en valeur dans la pratique. A l'atelier, Monsieur P. \_\_\_\_\_ se plaint beaucoup, de ses douleurs, de la poussière, du bruit, des positions, de la fumée de soudure. Il est démonstratif, se meut lentement et précautionneusement, observe passablement de pauses et s'absente de son poste de travail. Ses rendements sont misérables, mais cette faiblesse de performance est due à son manque d'assiduité et de motivation pour une large part. Ce qu'il nous a donné à voir pendant cette observation ne nous permet ni de confirmer ni d'infirmer la capacité de travail médicale et théorique retenue par l'Office AI, ni de définir le type d'activité adaptée: la collaboration de l'assuré à son observation était insuffisante pour cela. Sur le plan théorique, toute activité légère, permettant les changements de position et ménageant le dos et évitant les mouvements en amplitude de l'épaule droite est possible. Le travail doit se faire en position alterne. En théorie, la surveillance de chaînes de production, du travail à l'établi, du montage ou démontage de petits appareils, de l'emballage, de petites livraisons légères de médicaments par exemple sont autant d'activités à la portée de cet homme." e) Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, du service d'orthopédie de l'Hôpital D. \_\_\_\_\_, du 29 septembre 2006, qui comporte les passages suivants (rapport destiné au Dr H. \_\_\_\_\_, établi après une seule consultation):

- 6 - "Comme vous l'avez signalé dans votre lettre, le patient présente plusieurs facteurs expliquant les déformations et les douleurs de ses avant-pieds. Actuellement, les plaintes principales concernent les douleurs aux extrémités des orteils, sur hyperappui dans le cadre d'orteils en marteau. Cliniquement, on est frappé par des orteils volumineux pouvant difficilement prendre place dans une chaussure normale. Dans un 1er temps, je propose au patient un traitement conservateur avec des supports plantaires contenant une pelote rétrocapitale ainsi qu'un léger effet varisant de l'arrière-pied afin de compenser la tendance au pied plat, mais surtout de décharger les orteils. Une prise en charge chirurgicale apparaît délicate, en raison du risque de conflit entre les orteils lors du chaussage si on les redresse tous. Un tel geste serait cependant à envisager si les supports n'amènent pas d'amélioration nette. Sur le plan professionnel, une reconversion apparaît tout à fait indiquée, la poursuite d'un travail en position debout ou nécessitant des déplacements fréquents devenant de plus en plus difficile. Je pense qu'il faut sérieusement envisager le passage à une profession plus sédentaire. J'ai conseillé au patient d'attendre 2-3 mois d'utilisation des supports plantaires avant de reprendre contact avec nous en cas de persistance de la symptomatologie." f)

Rapport d'examen du service médical régional AI (SMR), des 4/16 avril 2007, rédigé par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui comporte les passages suivants: "Atteinte principale à la santé: cervicobrachialgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C6-C7 droite. Périarthrite scapulo-humérale droite avec tendinopathie et impingement syndrom. Troubles statiques des pieds avec arthrose tibiotarsienne antérieure gauche. [...] Capacité de travail exigible: Activité habituelle: 0 % comme jardinier-paysagiste. Activité adaptée: 100%. Limitations fonctionnelles: nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'élévation ou d'abduction du membre supérieur droit à plus de 80°. Pas de lever de charges avec le membre supérieur droit de plus de 8 kg. Pas de marche supérieure à 1 heure, pas de position debout prolongée de plus de 1 heure. Début de l'aptitude à la réadaptation: Janvier 2004. [...] Cet assuré, jardinier-paysagiste, a fait une chute particulièrement sévère le 28.08.2002, le long d'un talus. Il s'est réceptionné sur les

- 7 - fessiers et la région cervicale. Suite à cet accident, l'assuré a été à l'arrêt de travail par intermittence entre 50 et 100% d'août 2002 à novembre 2004. En novembre 2004, il a été vu en expertise par le Pr K. \_\_\_\_\_ qui pose les diagnostics de trouble somatoforme douloureux atteignant l'hémicorps droit, de troubles statiques rachidiens modérés, de séquelles de dystrophie rachidienne de croissance et de discrètes discopathies cervicales. Sur la base de ces diagnostics, le Pr K. \_\_\_\_\_ atteste une capacité de travail de 75% dans l'activité habituelle. Le Pr K. \_\_\_\_\_ espère que le patient pourra retravailler, mais, sinon, il dit qu'il y aurait lieu d'envisager une demande AI que dépose l'assuré le 08.02.2005. Suite à cette demande AI, l'assuré bénéficie d'un stage au COPAI de 1 mois en octobre-novembre 2006. Dans le cadre de ce stage, les rendements sont misérables, mais la faiblesse de performance est due à un manque d'assiduité et de motivation pour une large part. Ainsi, le médecin-conseil de l'ORIPH, le Dr G. \_\_\_\_\_, confirme les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux diagnostiqué par le Pr K. \_\_\_\_\_ et de syndrome d'amplification des symptômes. Ainsi, il précise que, sur un plan théorique, toute activité légère permettant les changements de positions, ménageant le dos et évitant les mouvements en amplitude de l'épaule droite, est possible pour autant que le travail se fasse en position alternée. Il faut encore relever que des examens radiologiques spécialisés ont

mis en évidence, par ailleurs, une hernie discale C6-C7 droite et que l'assuré souffre de troubles statiques des pieds avec arthrose tibiotalienne antérieure gauche, les diagnostics podologiques ayant été posés dans le cadre de l'hôpital [...] par le Dr V.\_\_\_\_\_. Ce dernier indique qu'une reconversion apparaît tout à fait indiquée, la poursuite d'un travail en position debout et nécessitant des déplacements fréquents devenant de plus en plus difficiles. Ainsi, dans cette situation, on peut conclure que la capacité de travail est actuellement nulle dans l'activité de jardinier-paysagiste. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail est complète, même si les rendements à l'ORIPH ont été mauvais et ceci en raison surtout d'un manque d'assiduité et de motivation. Par ailleurs, il faut remarquer que le syndrome sornatofornne douloureux n'est pas accompagné d'une pathologie psychiatrique invalidante, puisque l'assuré ne fait pas l'objet actuellement d'un traitement antidépresseur ou d'un suivi psychiatrique. D'ailleurs, aucun diagnostic psychiatrique n'est retenu par le médecin-traitant de l'assuré, le Dr H.\_\_\_\_\_." E. L'Office AI a adressé à l'assuré, le 21 janvier 2008, un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Ce projet retient notamment, sur la base des avis médicaux, que l'intéressé présente une capacité de travail exigible à 100 % dès janvier 2004, dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles (activités industrielles légères). La capacité de travail est en revanche nulle dans l'activité habituelle de jardinier-paysagiste. Le projet estime le revenu

- 8 - annuel d'invalidé à 51'532 fr., et se fonde sur un salaire annuel brut de 66'000 fr. dans l'ancienne activité. Le préjudice économique subi est donc de l'ordre de 21 %, inférieur au seuil de 40 % déterminant pour l'octroi d'une rente. Le préavis expose enfin qu'en raison de l'attitude de l'assuré, qui ne s'estime plus en mesure de travailler à plein temps, des mesures professionnelles sont vouées à l'échec. F. L'assuré (désormais représenté par Me Mattenberger) a présenté ses objections à l'encontre du projet de décision, en faisant en substance valoir qu'il avait droit à une rente, et que le préavis était fondé sur des rapports médicaux lacunaires ou dépassés, tout en écartant les avis des Drs C.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a ensuite été effectué par deux médecins du SMR, les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et M.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Les conclusions de leur rapport du 10 février 2009 sont les suivantes: "Diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail • Cervico-lombalgies chroniques persistantes (M 54.9): o Discopathies cervicales étagées o Hernie discale médiane-para-médiane D C6-C7 non déficitaire o Discrètes séquelles de maladie de Scheuermann au niveau dorsal bas et lombaire haut o Discopathies lombaires étagées • Conflit sous-acromial des deux épaules (M 75.4) • Arthrose post-traumatique de la cheville G (M 19.1) • Pied bilatéral (du 1er degré à D, du 2ème degré à G) (M 21.5) • Hallux valgus bilatéral (M 20.1) • Troubles statiques des orteils (M 20.6) - sans répercussion sur la capacité de travail • Excès pondéral • Asthme et rhinite allergiques • Dysthymie (F 34.1). Appréciation du cas: [...] En novembre 2004, l'assuré avait été expertisé par le Prof. K.\_\_\_\_\_, à la demande de l'assurance S.\_\_\_\_\_. Le Prof. K.\_\_\_\_\_ avait pratiqué un examen détaillé, et il avait conclu certes à la présence de troubles dégénératifs rachidiens et du pied G et à des séquelles de traumatisme à la cheville G mais il avait admis que

- 9 - la capacité de travail en tant que jardinier n'était diminuée que de 25% au maximum. Par la suite, l'assuré a été évalué dans le cadre du COPAL d'Yverdon- les-Bains, et il y a été examiné médicalement de manière minutieuse, à trois reprises par le médecin-conseil, le Dr

G.\_\_\_\_\_, le 05.09.2006, le 03.10.2006 et le 31.10.2006. Le Dr G.\_\_\_\_\_ avait admis qu'il y a une discordance entre les plaintes absolument incapacitantes de l'assuré et les constatations objectives modestes, compatibles avec une activité professionnelle adaptée, respectueuse de nombreuses limitations fonctionnelles. Le Dr G.\_\_\_\_\_ relevait entre autres, que malgré l'allégation de douleurs insupportables, il n'y avait pas eu de modification de la médication antalgique, laquelle reste d'ailleurs à ce jour encore, inchangée. Dans un rapport manuscrit non daté, la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, rapporte que l'assuré présente des troubles dégénératifs rachidiens, ainsi qu'une hernie discale C6- C7 D et qu'un bloc facettaire C6-C7 bilatéral pratiqué le 02.02.2006 avait amené un soulagement transitoire des douleurs. La Dresse A.\_\_\_\_\_ estimait une reprise du travail comme jardinier illusoire. Le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a vu l'assuré à diverses reprises, estime dans un rapport du 27.10.2006, que l'assuré présente des troubles dégénératifs cervicaux étagés, une tendinopathie de l'épaule D, des polyarthralgies dans le cadre de troubles dégénératifs et il admet qu'il est « illusoire d'imaginer une reprise d'une quelconque activité professionnelle dans le cadre de sa profession de base et même dans une activité adaptée ». A l'examen du 04.02.2009, on est en présence d'un homme en état général correct, en discret excès pondéral, manifestant une certaine résignation par rapport à ses maux multiples. L'examen général est sp. L'examen neurologique ne met pas en évidence de déficit à caractère radiculaire ni aux MS ni aux MI. Certes, la force de préhension mesurée aux deux mains est pratiquement nulle. Ceci avait déjà été noté par le Dr G.\_\_\_\_\_. Ce manque de force au niveau des mains n'est pas plausible: il n'y a aucune amyotrophie, notamment au niveau de la musculature intrinsèque des mains qui attesterait un tel manque de force, il n'y a aucune amyotrophie plus en amont dans les deux MS, l'assuré est capable de donner une poignée de main tout à fait correcte à son interlocuteur, avec une force de préhension bien supérieur à 20 mmHg, il y a des callosités palmaires ddc, déjà relevées par le Dr G.\_\_\_\_\_, incompatibles avec une force de préhension pratiquement nulle. L'examen neurologique peut donc être considéré comme normal, hormis un évident manque de collaboration de la part de l'assuré. Au plan rachidien, l'examen met en évidence des troubles de la statique vertébrale, modestes, ainsi qu'une discrète limitation de mobilité dans tous les plans. Aux MS, l'examen met en évidence un très discret méplat de la loge sus-épineuse ddc, qui va aisément de pair avec une sous-utilisation des deux épaules. L'examen des épaules met effectivement en évidence une limitation des mouvements actifs ainsi que des signes de conflit sous-acromial. Sinon, le reste de l'examen des articulations des MS est normal, hormis l'allégation de douleurs à la palpation de la région de la base du pouce D, mais sans limitation de mobilité de l'articulation trapézo-métacarpienne. L'examen des MI est normal, hormis en ce qui concerne la cheville G et les avant-pieds.

- 10 - Au plan locomoteur. M. P.\_\_\_\_\_ présente à l'évidence des atteintes d'ordre dégénératif au niveau du rachis cervical et lombaire, au niveau des épaules, au niveau de la cheville G et de l'avant-pied G ainsi que des troubles de la statique des orteils ddc. Les documents radiologiques à disposition ont été commentés ci-dessus. Ils confirment la nature dégénérative des troubles en présence. Si rien, bien évidemment, ne conduit à ignorer la réalité des atteintes à la santé dûment documentées, rien non plus ne permet d'expliquer biomécaniquement l'incapacité de l'assuré à effectuer des tâches même légères comme celles qui lui ont été proposées lors du stage au COPAL d'Yverdon-les-Bains. Lors de l'examen de ce jour au SMR Suisse romande, l'assuré n'a pas manifesté de démonstrativité particulière et il n'a pas été mis en évidence des signes patents de non organicité, hormis la

nette discordance entre la distance doigt-orteil et la distance doigt-sol. En revanche, l'absence grotesque de participation lors du contrôle de la force de préhension, illustre un défaut significatif de volonté de l'assuré à participer à ce qui lui est proposé. Les atteintes à la santé somatique déterminent des limitations fonctionnelles qui vont être énumérées ci-dessous. Le respect de ces limitations fonctionnelles n'est pas possible dans l'activité de jardinier-paysagiste. En revanche, il n'y a pas d'argument médical qui permettrait de justifier une incapacité de travail significative dans une activité adaptée, malgré ce qu'affirme le Dr C. \_\_\_\_\_, sans examen clinique à l'appui de cette affirmation. Dans un fax qu'il a adressé au SMR Suisse romande le 03.02.2009, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, signale qu'il a « quelques doutes quant à l'intégrité du fonctionnement neuro-psychologique de l'assuré », comme l'avait suggéré le Dr J. \_\_\_\_\_, dans son rapport de 2004. Le Dr H. \_\_\_\_\_ signale qu'il va effectuer des contrôles vitaminiques. Le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_, mentionné par le Dr H. \_\_\_\_\_, fait état d'un bilan vitaminique normal de même qu'un taux de TSH normal; il n'y a en outre aucun argument clinique qui permette de suspecter un important dysfonctionnement neuropsychologique. Il est d'autant plus étonnant que ce problème acquière soudainement une urgence significative précisément le jour où l'assuré doit être évalué dans le cadre du SMR Suisse romande. En conclusion, au plan somatique, l'assuré présente à l'évidence une atteinte dégénérative au niveau cervical, au niveau lombaire, au niveau des épaules, au niveau de la cheville G et dans une moindre mesure au niveau des avant-pieds. Cette problématique est clairement et définitivement incompatible avec l'activité de paysagiste. Rétrospectivement, on se doit d'admettre qu'il était probablement injustifié de considérer l'assuré apte à travailler à 100% dans son métier en 2004, à l'issue du séjour au CTR de [...]; en effet, compte tenu des troubles statiques et dégénératifs rachidiens préexistants et de l'atteinte au niveau de la cheville G, le travail de jardinier-paysagiste pouvait déjà à l'époque être considéré comme inadapté et excessif. Au plan psychiatrique, assuré de 45 ans, d'origine portugaise, en Suisse depuis 1984, jardinier-paysagiste indépendant, au bénéfice d'une incapacité de travail à taux et durées variables, entre août 2002 et novembre 2004. Au bénéfice d'une incapacité de travail à 100% depuis le 20.01.2004, continue jusqu'à aujourd'hui. Dépose une demande AI en date du 08.02.2005.

- 11 - L'examen clinique SMR met en évidence une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec une thymie bonne, sans tristesse ni irritabilité, ruminations existentielles sans idée noire, sans anhédonie, sans repli sur lui-même, avec troubles de concentration et fatigabilité anamnétique, sans perte d'estime de lui-même. Ce tableau est particulier de par sa fluctuation, avec à raison de 50% du temps des moments où il se sent moins bien, reste chez lui, tourne en rond et à raison de 50% du temps se sent mieux, sort, se promène, va à la piscine. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés. Tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal, et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré. L'assuré se plaignant d'un tableau algique et un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ayant été posé, nous devons d'envisager les critères de sévérité afin d'apprécier l'aspect incapacitant de ce tableau algique, à savoir: - une comorbidité psychiatrique manifeste qui n'est pas retrouvée dans la mesure où

l'intensité d'une dysthymie ne peut participer d'une comorbidité, - une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable: l'assuré présente une incapacité de travail à 100% depuis 2004 - une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas retrouvée - un état psychique cristallisé n'est pas retrouvé - l'échec au traitement ne peut être envisagé puisqu'aucun suivi psychiatrique n'a été mis en place. Par ailleurs, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous pouvons donc considérer que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: A) Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids > 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids > 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail se faisant sur des engins vibrants; pas de travail impliquant le maintien prolongé de la nuque dans une position immobile extrême, en rétroflexion ou en flexion; B) Epaules: pas de travail se faisant de manière répétitive contre résistance à plus d'environ 45° d'abduction des épaules; C) Cheville G: pas de travail impliquant des genuflexions ou des accroupissements, ni de travail imposant des déplacements en terrain accidenté; nécessité de pouvoir porter des chaussures suffisamment vastes en raison des troubles statiques des avant-pieds.

- 12 - Aucune sur le plan psychiatrique. [...] Concernant la capacité de travail exigible, elle est à l'évidence nulle en tant que jardinier-paysagiste, depuis l'été 2004. A ce titre, nous ne pouvons pas suivre les conclusions tant du Dr R. \_\_\_\_\_, de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ ni du Prof. K. \_\_\_\_\_ qui jugeaient, à cette époque-là, l'assuré apte à travailler pratiquement sans restriction, dans son activité d'origine. En revanche, malgré les allégations du Dr C. \_\_\_\_\_ qui fonde des propos sur la juxtaposition de diverses pathologies, et malgré les allégations du Dr H. \_\_\_\_\_, qui se réfère précisément au Dr C. \_\_\_\_\_, l'objectivité médicale, notamment biomécanique, conduit à admettre que cet assuré est apte à travailler dans une activité adaptée car l'allégation de douleurs incapacitantes relève d'un problème d'amplification des plaintes, judicieusement mis en évidence par le Dr G. \_\_\_\_\_ et non d'une gravité majeure de l'atteinte à la santé. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée est de 100%, depuis toujours." G. Par une décision formelle du 10 mars 2009, l'Office AI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité. La motivation de cette décision correspond à celle du préavis du 21 janvier 2008. Dans une lettre d'accompagnement datée également du 10 mars 2009, l'Office AI a donné les explications complémentaires suivantes, à propos des atteintes à la santé, en se référant au dernier rapport du SMR: "Il n'y a en revanche, d'un point de vue somatique, pas d'argument médical permettant de justifier une incapacité de travail significative dans une activité adaptée, malgré ce qu'affirme le Dr C. \_\_\_\_\_, par ailleurs sans examen clinique à l'appui de cette affirmation. Cela étant, vos différentes atteintes somatiques engendrent toutefois les limitations fonctionnelles suivantes: nécessité de pouvoir alterner 2 fois/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail se faisant sur des engins vibrants, pas de travail impliquant le maintien prolongé de la nuque

dans une position immobile extrême en rétroflexion ou en flexion, pas de travail se faisant de manière répétitive contre résistance à plus de 45 degrés d'abduction des épaules, pas de travail impliquant des genuflexions ou des accroupissements, ni de travail imposant des déplacements en terrain accidenté, nécessité de pouvoir porter des chaussures suffisamment vastes en raison des troubles statiques des avants-pieds. En ce qui concerne la partie psychiatrique de l'examen, le SMR retient le diagnostic de dysthymie. Ce diagnostic ne rend pas incapables les assurés de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est d'ailleurs votre cas. Vous plaignant d'un tableau algique et le diagnostic de trouble somatoforme

- 13 - douloureux persistant ayant été évoqué par d'autres médecins, les critères de sévérité développés par le Tribunal fédéral des assurances (TFA) doivent être appréciés. A ce propos, les médecins du SMR ont constaté qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique manifeste dans la mesure où l'intensité d'une dysthymie ne peut participer d'une comorbidité. Vous n'avez pas de perte d'intégration sociale ni d'état psychique cristallisé. De plus, l'échec au traitement ne peut pas être envisagé, puisqu'aucun suivi psychiatrique n'a été mis en place. Par conséquent, d'un point de vue psychiatrique, vous disposez d'une pleine capacité de travail depuis toujours et ceci, tant dans votre activité habituelle que dans une activité adaptée. En conclusion, votre capacité de travail exigible est à l'évidence nulle en tant que jardinier-paysagiste depuis l'été 2004. En revanche, malgré les allégations du Dr C. \_\_\_\_\_ qui fonde ses propos sur la juxtaposition de diverses pathologies et malgré les allégations du Docteur H. \_\_\_\_\_ qui se réfère précisément au Dr C. \_\_\_\_\_, l'objectivité médicale, notamment biomécanique, conduit à admettre que vous êtes apte à travailler à 100% dans une activité adaptée qui tienne compte de vos limitations fonctionnelles précitées." Cette lettre précise en outre ce qu'il faut entendre par activité industrielle légère adaptée: activité de petit montage-assemblage, de surveillance d'un processus de production ou encore de conditionnement léger. H. Le 29 avril 2009, P. \_\_\_\_\_ a formé devant le Tribunal cantonal un recours contre la décision de l'Office AI du 10 mars 2009. Il conclut à la réforme de cette décision dans ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui est allouée. A titre de mesure d'instruction, il requiert une expertise pluridisciplinaire. Dans sa réponse du 5 octobre 2009, l'Office AI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Le recourant a été invité à se déterminer sur la réponse. Dans une écriture du 29 octobre 2009, il confirme ses conclusions. I. Le 26 mars 2010, le recourant a informé la Cour qu'il avait chuté après avoir glissé sur une plaque de glace, au mois de janvier 2010. Cela a entraîné une atteinte à son dos (selon sa lettre: "protrusions

- 14 - discales médio-latérale gauche de C3 à C6 et bilatérale, surtout droite en C6-C7"). L'Office AI s'est déterminé à ce sujet. E n d r o i t : 1. 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 auprès du 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 pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), devant le tribunal

compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. Le recourant critique à plusieurs égards le résultat de l'appréciation, par l'Office AI, des éléments médicaux du dossier. Dans son recours, il reproduit des extraits de divers avis médicaux et fait valoir qu'il est indispensable, pour déterminer sa réelle et actuelle capacité de travail, de mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire ayant pour objet une investigation complète de son état de santé. Il se prévaut des opinions de ses médecins traitants, les Drs C.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Il invoque notamment le diagnostic de troubles somatoformes douloureux; il reproche à l'Office AI de s'être fondé sur le rapport du SMR dont les auteurs "balayaient d'un revers de la main le caractère potentiellement invalidant des troubles somatoformes douloureux et du syndrome d'amplification".

- 15 - a) Pour déterminer le taux d'invalidité, l'autorité doit en vertu de l'art. 7 LPGA évaluer une incapacité de gain, et donc procéder à une comparaison des revenus, avec et sans invalidité. L'art. 16 LPGA dispose ainsi que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide doit être 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. S'agissant de l'examen de la mesure dans laquelle un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, la jurisprudence (cf. notamment TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et les références) retient qu'on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle. En l'espèce cependant, le recourant ne prétend qu'en raison de son âge, de sa formation ou de ses connaissances, il ne pourrait pas être engagé par un employeur pour effectuer une activité industrielle légère. Il fait en revanche valoir que l'instruction, sur le plan médical, a été insuffisante, et relève que ses médecins traitants, en particulier son médecin généraliste, s'étaient prononcés dans ce sens qu'aucune activité

- 16 - professionnelle, même adaptée, ne serait possible pour lui à cause de son état de santé. Le recourant se plaint donc (implicitement) d'une violation des règles du droit fédéral sur l'appréciation des preuves dans ce domaine (cf. ATF 125 V 351; 122 V 157 et TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En

outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 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).

- 17 - En ce qui concerne les rapports établis par le ou les médecins traitant de l'assuré (médecin généraliste, psychiatre ou autre spécialiste), le juge prendra en considération le fait que ceux-ci peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur 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; TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4). Par ailleurs, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C\_191/2008 du 24 novembre 2008 consid. 5.2.2; TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3). Un rapport du SMR peut avoir valeur d'expertise à moins qu'il n'existe des indices concrets qui plaident en défaveur de sa fiabilité (ATF 135 V 465). c) Au préalable, il faut rappeler que seuls les faits antérieurs à la décision attaquée doivent être pris en considération. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b; 117 V 287 consid. 4 et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer

- 18 - l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 et les arrêts cités; TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.2). Les conséquences de la chute survenue en hiver 2010, près d'une année après cette décision, sont à l'évidence sans pertinence pour évaluer l'invalidité du recourant au moment où l'Office AI s'est prononcé.

d) Le recourant n'est pas fondé à affirmer que l'Office AI s'est prononcé sans avoir au préalable ordonné une expertise pluridisciplinaire. Le rapport du SMR du 10 février 2009, sur la base d'un examen clinique de deux spécialistes, peut avoir la force probante d'une expertise. Les critiques du recourant au sujet de ce rapport sont imprécises voire peu concluantes. aa) Sur le plan somatique, les diagnostics retenus (à la date de la décision) ne sont pas contestés. A propos des limitations fonctionnelles en découlant, le spécialiste du SMR n'a pas simplement repris l'avis du Prof. K. \_\_\_\_\_, premier expert ayant examiné le recourant après son accident (cet expert estimait à l'époque qu'une reprise de l'activité de jardinier-paysagiste était possible). Quant aux appréciations des deux médecins traitants – appréciations plutôt catégoriques, sans motivation développée –, elles ont été discutées dans le rapport du SMR; les motifs pour lesquels elles ont été écartées sont exposés (s'agissant de l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_, il est relevé qu'il a été donné nonobstant l'absence d'examen clinique; les causes neurologiques évoquées par le Dr H. \_\_\_\_\_ ont également été discutées). Les médecins du SMR se prononcent par ailleurs sur l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_, qui a vu le recourant à plusieurs reprises dans le cadre du stage d'observation professionnelle. A ce propos aussi, l'analyse est argumentée. bb) Sur le plan psychiatrique, les atteintes relevant de la définition du trouble somatoforme douloureux ne sont invalidantes, au

- 19 - sens de la LPGA ou de la LAI, que si certains critères énoncés par la jurisprudence sont réunis (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et les références). Il faut notamment une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité. Cette composante fait manifestement défaut dans le cas particulier: les médecins traitants ne l'ont jamais évoquée et il n'y a aucun signe d'une atteinte psychiatrique préexistante (avant que le recourant ne cesse son activité de jardinier-paysagiste). L'évaluation par le psychiatre du SMR est à l'évidence suffisante. e) En définitive, la décision attaquée repose sur une analyse soignée de la situation médicale. Dans ces conditions, on ne voit pas la nécessité de compléter l'instruction à ce stade; la requête tendant à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire doit être écartée (vu les règles sur l'appréciation anticipée des preuves). Il s'ensuit que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 3. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 500 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.