

VD_GERICHTE ZD15.022424 vom 15. Dezember 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.022424

FR: VD_GERICHTE ZD15.022424 du 15 décembre 2016

IT: VD_GERICHTE ZD15.022424 del 15 dicembre 2016

Erwägungen

E. 5

ans plus ou moins. Il dit aimer son métier, être à l'air libre. Il a des idées pour développer cette dernière avec des produits plus naturels et avoir une clientèle qui se développe. Il ne se voit pas travailler à 100%, ne s'en dit pas capable et ne pas pouvoir rester assis pendant 5 jours entiers. Il s'attend à une aide financière de l'AI pour l'aider à survivre dans son AH [activité habituelle] qu'il veut garder. Nous lui avons proposé une nouvelle orientation professionnelle, afin de définir des pistes plus adaptée[s], en position assise. L'assuré n'a pas, à priori, voulu aller dans ce sens, et a réitéré sa demande d'aide financière. Nous avons observé que l'assuré avait de la peine à s'exprimer sur certains faits et ne se souvenait pas de dates et de noms de personne[s]. Une forte odeur de cannabis laisse supposer que l'assuré en avait consommé probablement avant l'entretien. Attente avis SMR [Service Médical Régional de l'AI] puis recontacter l'assuré par tél. Mandater une enquête indépendante pour déterminer le RS [revenu sans invalidité].

- 6 -

E. 7

Objectifs et stratégie Attente de l'assuré et motivation pour un projet professionnel : Continuer son AH à 50%. L'assuré ne se voit pas travailler dans une activité sédentaire, ni à 100%. Il évoque son état de santé et son impossibilité de rester assis durant des journées entières, ce qui n'irait pas dans le sens d'un mieux-être. Selon M. [...], l'assuré est toujours en phase de lancement de son entreprise indépendante et en bonne santé, ne [se] serait pas contenté d'un si faible revenu. Il faut donc prendre le RS d'un aide-jardinier de plus de 2 ans d'expérience à 4'217.- mensuel, soit 54'821.- annuel (13ème compris). Stratégie de réinsertion professionnelle envisagée : MIP: orientation professionnelle selon exigibilité MOP : 17 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 ; RS 831.20] si droit ouvert Aucune mesure, motifs : l'assuré veut garder son AH à 50%". Il ressort d'une communication interne du 15 janvier 2014 que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait pu renoncer à son activité d'indépendant et s'engager comme jardinier-paysagiste salarié dans l'hypothèse où son activité indépendante n'aurait pas connu un développement lui permettant de dégager des revenus suffisants. A cet égard, il est relevé que rien au dossier ne permet de penser que l'assuré se serait contenté de revenus aussi faibles que ceux inscrits sur son CI pendant de nombreuses années. Il n'est donc pas possible de fixer le revenu hypothétique sans atteinte à la santé. Il semblait ainsi plus opportun de déterminer le revenu sans invalidité sur la base de celui auquel l'assuré aurait pu prétendre en tant que salarié compte tenu de son profil professionnel et de sa formation, par exemple par référence à la convention collective de travail (CCT) en vigueur dans la branche. Dans un avis médical du 20 janvier 2014, le Dr Q. _____ du SMR (Service Médical Régional de l'AI), a suivi l'appréciation du neurologue traitant (Dr R. _____) en retenant qu'en raison d'une

polyneuropathie à prédominance motrice aux membres inférieurs, sur ancien éthyliste et d'un syndrome pyramidal avec dystonie aussi aux membres inférieurs, la capacité de travail de l'assuré s'élevait à 50% comme jardinier, mais à 100% dans l'exercice d'une activité adaptée, soit sédentaire essentiellement assise, depuis mai 2013 (date du consilium

- 7 - neurologique du Dr R._____). Les limitations fonctionnelles, présentes quant à elles depuis février 2013 (fracture ouverte de la jambe), étaient les suivantes : pas de longues marches, ni de longues stations debout. Il résulte d'une note établie le 20 janvier 2014 entre la spécialiste en réinsertion professionnelle et la gestionnaire de l'OAI faisant suite à un entretien téléphonique avec l'assuré que ce dernier ne souhaitait pas bénéficier de l'octroi d'une mesure d'intervention précoce (MIP), ni d'un éventuel reclassement professionnel dans une activité en position assise dès lors que son activité habituelle restait selon lui adaptée. Dans ce contexte, il a été décidé par la spécialiste en réinsertion professionnelle de mettre fin au mandat d'intervention précoce. Par communication du 21 janvier 2014, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dès lors qu'il avait clairement fait part de sa volonté de ne pas aborder les mesures proposées par les spécialistes de l'Office. Son attention était également attirée sur le fait que son droit éventuel à d'autres prestations allait être examiné et qu'il recevrait ensuite un projet de décision y relatif, étant précisé que si l'instruction devait aboutir à la nécessité de mesures professionnelles, un réexamen de leur mise en œuvre interviendrait sans délai. Par projet de décision du même jour, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente. L'office précité a retenu en substance que l'assuré avait présenté une incapacité de travail ininterrompue depuis février 2013 pour raisons de santé, date du début du délai d'attente. L'assuré bénéficiait toutefois, depuis mai 2013, d'une capacité résiduelle de 50% dans son activité habituelle et d'une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit pas de longues marches, ni de longues stations debout). L'intéressé ne souhaitait cependant pas bénéficier de l'octroi de mesures, car selon lui, son activité habituelle restait adaptée. Après comparaison des revenus raisonnablement exigibles en 2013, à savoir 54'821 fr. (revenu sans invalidité) et 56'178 fr. 02 (revenu d'invalidité avec

- 8 - un abattement à concurrence de 10% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles), le droit à la rente n'était finalement pas ouvert, l'assuré ne subissant pas de préjudice économique. Par écritures des 18 février et 19 mars 2014, l'intéressé a contesté le projet de décision précité, en se référant au rapport médical du 1er novembre 2013 de la Dresse S._____, laquelle a considéré que si des activités uniquement en position assise restaient exigibles à temps complet, le taux de rendement était fixé à 50%. Cette diminution de rendement n'ayant pas été retenue pour le calcul de son revenu annuel d'invalidité, l'assuré priait l'OAI de reprendre l'instruction du dossier, notamment par la mise en œuvre de mesures d'observation professionnelle visant à déterminer l'incidence concrète de la baisse de rendement précitée. Il a en outre mentionné qu'il sollicitait désormais le bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle. Le 5 mai 2014, la Dresse S._____ a adressé à l'OAI, un certificat du même jour à la teneur suivante : "La situation médicale du patient susnommé s'est nettement aggravée, avec une diminution de la force au niveau des membres inférieurs rendant tous les déplacements difficiles et très lents, même avec l'aide d'une canne. Au niveau sphinctérien, la continence s'est également péjorée, obligeant M. E._____ à se rendre aux toilettes toutes les 30 minutes. De plus, on note l'apparition d'un état dépressif significatif avec idéations suicidaires et la reprise d'une consommation

d'alcool importante tous les matins. De ce fait il présente une incapacité de travail à 100% depuis décembre 2013." Par courrier médical du 20 mai 2014, la Dresse S. _____ a répondu comme il suit aux questions posées dans l'intervalle par l'Office AI : "[1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?] Para[-]parésie et polyneuropathie des membres inférieurs. Status post-fracture ouverte du MIG [membre inférieur gauche] avec douleurs et faiblesse résiduelles. Dépression réactionnelle. Consommation d'alcool à risque.

- 9 - Probable trouble de la personnalité à investiguer par spécialiste. [2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?] Aggravation de la faiblesse des MI, augmentation de la lenteur dans les déplacements, diminution de la continence urinaire et fécale. Apparition d'un état dépressif important avec reprise d'une consommation d'alcool à risque dès le matin. [3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?] Incapacité de travail totale dès décembre 2013. [4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?] Incapacité de travail totale dès décembre 2013. [5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?] Difficultés et lenteur importante[s] des déplacements, nécessitant l'usage de cannes. Diminution de la continence, doit aller aux toilettes toutes les 30 minutes. Difficultés de concentration, ralentissement psychomoteur et découragement dus à la prise d'alcool et à la dépression. [6. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?] Incapacité de travail de 50% dès février 2013, de 100% dès décembre 2013. [7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?] Vitaminothérapie (vit. B) physiothérapie. Compliance variable. [8. Autres remarques] Le diagnostic neurologique précis n'a pas pu être posé pour l'instant, les examens complémentaires (IRM médullaire, ponction lombaire) n'ayant pas pu être effectués. Après discussion, M. E. _____ est d'accord de passer ces examens et sera convoqué en neurologie au CHUV. Concernant la dépression, le patient présente une tristesse importante, avec parfois des idées suicidaires, une diminution de l'élan vital et un gros découragement face à l'aggravation de son état physique. Son attitude défiante vis[-]à[-]vis des propositions des médecins, et ses théories concernant l'étiologie de ses troubles neurologiques ont retardé la mise en route des examens et font soupçonner un trouble de la personnalité." Au terme d'un avis médical du 2 juin 2014, les Drs T. _____ et H. _____ du SMR ont conclu, compte tenu du diagnostic psychiatrique nouveau, à la nécessité de compléter l'instruction par la réalisation d'un examen psychiatrique de l'assuré. Sur le plan neurologique, il s'agissait

- 10 - également d'obtenir un nouveau rapport des médecins consultés au service de neurologie du CHUV. Le 25 septembre 2014, la Dresse S. _____ a transmis à l'Office AI, la copie des nouvelles pièces suivantes : - un courrier du 15 septembre 2014 du Dr A. _____, spécialiste en psychiatrie et médecine du sommeil, à la Dresse S. _____, par lequel il a relevé que l'assuré décrivait un sommeil fractionné, avec un réveil à raison de cinq à dix fois par nuit, ainsi qu'un sommeil « agité ». L'importance de la dyssomnie faisait suspecter la survenue de mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil, diagnostic confirmé à l'occasion d'une polysomnographie pratiquée le 14 juillet 2014 sous la forme d'un syndrome de mouvements périodiques d'intensité sévère susceptible d'être traité par prégabaline (Lyrica®). Lors de ce même examen, un discret syndrome d'apnées et d'hypopnées au cours du sommeil, d'origine centrale, a également été observé mais sans nécessiter dans l'immédiat de traitement spécifique ; - un rapport du 12 septembre 2014 des Drs V. _____ et L. _____, médecin-assistante au service de neurologie du

Département des neurosciences cliniques au CHUV, consécutif à une consultation du 11 juillet précédent. Il y figurait le diagnostic principal de para-parésie spastique sur possible origine carencielle (hypovitaminose B12) et les diagnostics secondaires, de probable état anxio-dépressif et d'éthylisme chronique et consommation de toxiques. Après avoir effectué une IRM médullaire, un bilan sanguin complet et un examen du liquide céphalo-rachidien en date du 14 juillet 2014, ces spécialistes mentionnaient en substance, la nécessité de réinstaurer une substitution de vitamine B12 afin d'éviter le risque d'une dégénérescence subaiguë combinée de la moelle épinière. L'IRM pratiquée était dans les limites de la norme sans objectiver d'atteinte médullaire. Le reste du bilan biologique ainsi que la ponction lombaire ne montraient pas non plus d'anomalies, permettant d'exclure également une possible cause inflammatoire tumorale ou infectieuse. Ils ont indiqué que leur patient devait encore être revu pour

- 11 - répétition de l'ENMG le 28 juillet 2014 et ont recommandé un suivi spécialisé au vu du contexte psychosocial difficile de l'assuré. Dans un rapport du 10 octobre 2014 à l'OAI, le Dr K. _____, médecin-assistant du service de neurologie du Département des neurosciences cliniques au CHUV, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de para-parésie spastique à prédominance droite, de polyneuropathie à prédominance motrice et myélinique et d'état anxio-dépressif (depuis 2007) ainsi que le diagnostic sans répercussion de status post fracture ouverte du membre inférieur gauche (depuis février 2013). S'agissant du pronostic, le Dr K. _____ a mentionné une possible amélioration sous traitement B12 mais avec une composante séquellaire et irréversible très probable. Compte tenu des restrictions actuelles (troubles de la marche et incontinence urinaire), ce neurologue retenait une totale incapacité de travail de son patient dans l'activité habituelle de paysagiste « au moins depuis 2013 ». A la question de savoir quels étaient les travaux encore exigibles compte tenu des limitations dues à l'état de santé, le Dr K. _____ a répondu que l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail limitée à 50% (5 heures par jour) dans une activité adaptée (exercée uniquement en position assise), compte tenu de multiples limitations, et ceci à tout le moins depuis le mois d'octobre 2013 mais probablement déjà en 2007. L'assuré devait être revu pour réévaluation après traitement par vitamine B12 dans le délai d'une année. Était annexé au rapport du 10 octobre 2014, un courrier du 11 juillet 2014 adressé à la Dresse S. _____ par lequel les Drs V. _____ et K. _____ ont notamment exposé ce qui suit : "Conclusions, traitement et évolution Nous nous orientons en premier lieu vers une atteinte médullaire, avec une possible fistule artério-veineuse, un syndrome de la moelle attachée, une syringomyélie lombaire ou une autre pathologie compressive. Cependant, au vu de la stabilité voire de la légère amélioration des troubles, une atteinte séquellaire (ischémique sur prise de cocaïne ou toxico-métabolique) est également possible. Le patient dit maintenant accepter un nouvel examen IRM que nous allons prévoir dans le cadre d'un hôpital de jour le 11 juillet. Le patient bénéficiera de protection urinaire et d'une anxiolyse. Nous effectuerons un autre dosage de la vitamine B12 et un complément du bilan avec recherche d'une hépatite B active, des tests de

- 12 - sérologie syphilis. Le premier bilan avait montré une testostérone libre abaissée ; nous reconstrôlerons cette valeur et discuterons des résultats avec le Dr???. _____ en endocrinologie. Concernant le reste de la prise en charge, un suivi psychiatrique est nécessaire, le patient présentant des signes clairs de dépression." Dans un rapport médical du 7 novembre 2014 à l'OAI, les Drs Y. _____, médecin-associé, G. _____, médecin-assistante, et N. _____, psychologue associé, de la Consultation de [...] de la

policlinique du Département de psychiatrie du CHUV (DP-CHUV), ont indiqué qu'ils suivaient l'assuré depuis octobre 2014. Ils ont retenu le diagnostic invalidant de trouble dépressif récurrent, dernier épisode d'intensité légère à modérée en mai 2014, rémission partielle. Le pronostic était potentiellement favorable en fonction de la compliance de l'assuré à sa prise en charge psychiatrique avec un traitement neuroleptique à faible dosage envisagé. Dans la profession de paysagiste indépendant, l'incapacité de travail de l'assuré était de 100% depuis la fin 2013 avec, sur le plan psychique, des difficultés communicationnelles, de la fatigue, des troubles de la concentration et une anhédonie. L'évolution étant tributaire du suivi psychiatrique entrepris, il était impossible de déterminer en l'état son impact sur les restrictions précitées, respectivement quant à la reprise éventuelle de l'activité professionnelle du patient. Par courrier du 21 janvier 2015 à l'OAI, la Dresse S. _____ a relevé l'absence d'amélioration de la situation neurologique malgré des injections de vitamine B12, l'assuré présentant toujours une para-parésie spastique et une incontinence des urines et parfois des selles. Le médecin traitant a également remis une copie des derniers rapports médicaux en sa possession, à savoir : - un consilium psychiatrique du 23 octobre 2014 des spécialistes de la Consultation de [...] de la policlinique du DP-CHUV, dont il ressort notamment ce qui suit : "Diagnostic (DSM-IV) : ■ Trouble dépressif récurrent, dernier épisode d'intensité légère à modérée, en rémission partielle.

- 13 - ■ Trouble de personnalité non spécifié (traits paranoïaques). Discussion : Le diagnostic retenu est un trouble dépressif récurrent, dernier épisode d'intensité légère à modérée en rémission partielle étant donné la présence récente de tristesse, perte d'énergie, anhédonie pendant plus de deux semaines avec idées suicidaires qui ne sont plus présentes actuellement. Les autres symptômes cités ont diminué d'intensité. Nous retenons également un diagnostic de trouble de la personnalité, c'est-à-dire une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu chez un individu, avec présence de traits paranoïaques (rigidité de la pensée, réticence à se confier à autrui, tendance à garder rancune et tendance à percevoir des attaques contre sa personne alors que ce n'est pas apparent pour les autres). Ces traits compliquent notamment sa communication et ses capacités de demander adéquatement de l'aide. Son état global justifie actuellement une interruption de travail à 100%. Etant donné les antécédents de toxicomanie, les bizarreries du comportement pourraient relever d'une désinhibition liée à une séquelle d'atteinte neuronale, en l'absence d'autres symptômes psychotiques. Lors de [recte : du] second entretien, le discours du patient était moins agressif, moins confus et plus nuancé. Il avait contacté l'AI pour s'assurer de la réception de votre rapport, qui leur est bien parvenu. Il s'est dit ouvert à toutes propositions qui pourraient améliorer sa condition actuelle. Nous avons émis l'hypothèse que la méfiance qui s'est développée envers le système social au sens large suite aux traumatismes vécus ainsi que sa difficulté à communiquer sur ses symptômes et sur les problèmes qu'il rencontre avait probablement favorisé la réponse négative de l'AI. Le patient a adhéré avec l'idée d'avoir des difficultés communicationnelles et est ouvert à recevoir de l'aide à ce niveau. Il a également émis le souhait de pouvoir un jour reprendre son travail de paysagiste. Nous lui avons proposé de faire des tests psychologiques complémentaires afin d'éclairer davantage son mode de fonctionnement, ses points de fragilité et ses ressources. Nous lui avons également proposé une prise en charge à la Consultation spécialisée de [...], ce qui permettrait un suivi tant psychiatrique que social. Le patient a accepté toutes ces propositions. Un rendez-vous est prévu le 5 novembre prochain avec Mme [...] pour les tests psychologiques, et le patient sera reçu à la

Consultation [...] le 11 novembre prochain par la Dresse Z. _____ pour un premier contact.” ; - un rapport non daté ni signé et estampillé « PROVISoire » des médecins de la consultation spécialisée des mouvements anormaux du service de

- 14 - neurologie du Département des neurosciences cliniques au CHUV, dont il résulte les diagnostics suivants : “Diagnostics-Antécédents-Interventions Diagnostic principal • Para-parésie spastique à prédominance droite avec polyneuropathie à prédominance motrice, de probable origine carencielle (hypovitaminose B12) Diagnostics secondaires • Probable état anxiodépressif Antécédent • Status post-consommation d’alcool chronique et consommation irrégulière de cocaïne, héroïne (inhalée), ecstasy et cannabis, complètement sevré depuis 2009 • Status post-fracture ouverte Gustillo I transverse diaphysaire de la jambe gauche en février 2013”. Les neurologues du CHUV précisait en particulier que la carence en B12 s’insérait dans le contexte d’un régime pratiquement végétarien de l’assuré avec une tendance à la malnutrition chronique comportant une consommation chronique importante d’alcool entre 2007 et 2009, d’où l’apparition des symptômes décrits. Une substitution par vitamine B12 en subcutanée (Vitarubin® superconc. 1000ug 1x/semaine pendant un mois, puis 1x/mois pendant six mois) était recommandée avec une nutrition équilibrée dont en particulier, une consommation de viande. Un suivi psychologique ou psychiatrique en ambulatoire était aussi évoqué. La prochaine consultation était prévue dans six mois. A l’occasion de l’instruction du cas et suivant l’avis du 2 juin 2014 des Drs T. _____ et H. _____ du SMR, l’OAI a confié la réalisation d’une expertise au Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à [...] ([...]). Cet expert a rendu son rapport le 7 avril 2015, après s’être entretenu avec l’assuré le 23 mars 2015 et moyennant un dosage plasmatique de ce dernier. Le Dr X. _____ a posé les diagnostics suivants : “4. Diagnostic

- 15 - 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? ----- 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? - Probables troubles mentaux et troubles du comportement liés à l’utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l’utilisation d’autres substances psychoactives (F19), difficile à objectiver car l’assuré a refusé de faire une prise d’urine. - Trouble anxieux sans précision (F41.9) secondaire aux difficultés somatiques, existant depuis 2013.” L’expert X. _____ s’est également prononcé comme il suit : “5. Appréciation du cas et pronostic Il s’agit d’un assuré né en [...] et arrivé en Suisse à l’âge de 7 ans, où il a suivi ses écoles sans difficultés, selon lui. Il dit avoir arrêté le gymnase après une rupture sentimentale. Par la suite, il a pu faire une formation de paysagiste en cours d’emploi et il a travaillé dans ce métier et créé une petite entreprise jusqu’en 2013, où il dit que quelqu’un lui a cassé une jambe et que depuis lors, il ne peut plus travailler. A signaler qu’au moment de l’entretien, l’assuré était très tendu, énervé et irrité, estimant qu’il s’est fatigué en venant à pied depuis la gare. En ce qui concerne la prise de substances toxiques, l’assuré dit qu’il ne consomme plus, mais il a refusé de faire le test des urines à la recherche de stupéfiants. Si nous observons les résultats de la prise de sang, la GPT est plus élevée que la norme, la CDT (Carbohydrat Deficient Transferrin) est à 1.3%, mais signalons qu’il faut > de 2.50 pour affirmer une consommation de + 60 g d’éthanol par jour durant plus de deux semaines. En ce qui concerne le Zoloft, il est très en dessous de la dose thérapeutique, donc cet assuré ne prend vraisemblablement pas la Sertraline. Je signale également que l’assuré a été examiné à la demande de son médecin traitant à la Policlinique de psychiatrie les 9 et 17 octobre 2014. Ils ont retenu comme

facteur de stress une rupture sentimentale en août 2014. A signaler que le diagnostic est celui de trouble dépressif récurrent, dernier épisode d'intensité légère à modérée, en rémission partielle et un trouble de la personnalité non spécifié (traits paranoïaques). Au moment de l'entretien, je n'ai pas pu déceler des signes ou des symptômes d'un trouble dépressif, mais plutôt une anxiété avec une certaine méfiance et des idées de concernement qui peuvent être en lien avec la consommation de substances toxiques, l'expert n'ayant pas pu objectiver ceci vu que l'assuré a refusé de donner son urine pour que l'on puisse examiner la prise éventuelle de substances toxiques.

- 16 - Un trouble de la personnalité n'a pas pu être non plus objectivé, mais il faudra voir en fonction de l'évolution de l'assuré, car l'éventuelle dépendance aux substances toxiques pourrait amplifier les probables traits paranoïaques de l'assuré ainsi que son irritabilité. Signalons que les médecins de la Polyclinique n'ont pas retenu d'incapacité de travail. Cet assuré présente également une polyneuropathie qui est probablement d'origine toxique. Cet assuré présente un discours quelque peu projectif et revendicateur dans le sens qu'il pense que comme il ne peut pas travailler, c'est la société qui doit s'occuper de lui, notamment l'Assurance-invalidité par le biais d'une rente AI. Bien que je n'ai pas décelé au moment de l'entretien des signes ou des symptômes cliniques objectivables en faveur d'un trouble somatoforme, cet assuré pourrait évoluer de cette manière-là si ses problèmes somatiques ne se résolvaient pas. Du point de vue psychiatrique, une incapacité de travail n'est pas justifiée du point de vue psychiatrique. Le pronostic reste réservé étant donné l'éventuelle évolution vers un trouble somatoforme et le côté revendicateur de l'assuré. B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Du point de vue physique : l'assuré se déplace avec une béquille et il dit avoir des douleurs qui l'empêchent de travailler. Du point de vue psychique : aucune limitation. Du point de vue social : aucune limitation. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici Compte tenu de ce qui précède et après examen et étude du dossier, nous pouvons dire qu'il s'agit d'un assuré d'origine [...], de nationalité suisse où il est arrivé à l'âge de 7 ans, où il a fait ses études, puis un apprentissage d'horticulteur, ayant eu une petite entreprise jusqu'en 2013 où, à la faveur d'un accident, il ne peut plus travailler. Il y a la notion d'une dépendance à l'alcool et à des substances toxiques depuis l'adolescence, dépendance vraisemblablement toujours d'actualité, l'expert n'ayant pas pu l'objectiver car l'assuré a refusé de donner son urine. Au moment de l'entretien, il n'y a pas de signes ou de symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'une personnalité décompensée, il persiste un côté projectif ainsi qu'une nervosité

- 17 - et irritabilité, en probable lien avec la consommation de substances toxiques, qui ne justifient pas l'incapacité de travail de l'assuré. Du point de vue psychiatrique, cet assuré est donc capable de travailler à 100%. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Oui. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Voir dans le texte. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Voir dans le texte. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré? Voir dans le texte. Remarques et/ou autres questions :

-----". Au terme d'un nouvel avis médical du 30 avril 2015, modifiant les conclusions antérieures du SMR du 20 janvier 2014, les Drs T. _____ et H. _____ ont retenu que si l'activité de jardinier-paysagiste n'était plus possible depuis février 2013 (date de l'accident) en raison de troubles de la marche et de l'équilibre, l'assuré conservait

toutefois une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée depuis mai 2013, soit moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de longues marches, ni de station debout prolongée et poste de travail proche des toilettes. Sur le plan psychiatrique, les médecins du SMR se ralliaient aux constatations et conclusions de l'expert X. _____, soit qu'en l'absence de diagnostic invalidant, la capacité de travail demeurerait entière dans l'axe psychiatrique. Au plan neurologique, observant que la situation était stationnaire depuis 2013, les Drs T. _____ et H. _____ concédaient néanmoins une péjoration au niveau de la marche suite à la fracture de la jambe, dans le contexte de polyneuropathie. Ils retenaient par contre,

- 18 - l'absence d'élément susceptible de justifier une diminution de rendement de l'assuré dans une activité exercée essentiellement assis et à un poste de travail proche des toilettes. Par décision du 5 mai 2015, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet du 21 janvier 2014, soit le refus du droit à une rente d'invalidité, faute pour l'intéressé de subir un préjudice économique après comparaison des revenus. Les constatations de l'OAI sur le plan médical avaient la teneur suivante : "Résultat de nos constatations : Vous exercez l'activité de jardinier[-]paysagiste indépendant. Pour des raisons de santé vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès février 2013. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI. Selon les pièces médicales portées au dossier et examen de ces dernières par le Service médical régional, force est de constater que vous présentez une capacité de travail de 50% dans votre activité habituelle. Néanmoins, depuis mai 2013, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (pas de longues marches ni de longues stations debout). [...]" Dans un courrier d'accompagnement du même jour et faisant partie intégrante de sa décision, l'Office AI s'est en outre adressé en ces termes à l'assuré : "Suite à votre contestation du 18 février 2014 à l'encontre de notre projet de décision du 21 janvier 2014, nous avons complété l'instruction médicale de votre dossier. Il ressort de cette dernière que du point de vue psychiatrique, vous ne présentez aucune atteinte à la santé invalidante. Du point de vue neurologique et suite aux investigations faites au CHUV en été 2014, il s'avère que la situation est stationnaire depuis 2013, le tableau clinique est superposable à celui décrit par le Dr R. _____. Nous constatons que vous avez pu assurer votre activité de paysagiste indépendant jusqu'en 2013 malgré les troubles neurologiques que vous présentez (trouble de l'équilibre, troubles sphinctériens). Suite à la fracture de la jambe, dans un contexte de polyneuropathie, nous comprenons que votre situation s'est péjorée au niveau de la marche. Par contre, nous n'avons pas d'élément

- 19 - dans votre dossier qui justifierait une diminution de rendement dans une activité essentiellement assise, à un poste de travail proche des toilettes. Dès lors et au vu de ce qui précède, nous maintenons notre position, à savoir que vous présentez une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis mai 2013. Par contre, en ce qui concerne, la capacité de travail dans votre activité habituelle, nous estimons celle-ci comme nulle et non de 50 %. Vous trouverez donc, en annexe, la décision conforme à notre préavis susmentionné, sujette à recours." B. Par acte du 2 juin 2015, E. _____, désormais représenté par Me Flore Primault, recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée du 5 mai 2015 en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit, notamment, à une rente AI « selon un taux d'invalidité fixé à dire de justice » et, subsidiairement, à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à

l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il se plaint dans un premier temps de manque de sérieux dans le traitement de son dossier; la décision querellée fait état ainsi d'une exigibilité de 50% dans l'activité habituelle d'aide-paysagiste alors que le courrier d'accompagnement précise une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle (et non de 50%). Le recourant indique ensuite présenter des troubles physiques voire psychiques, importants, justifiant, selon lui, une évaluation distincte de sa capacité de travail dans l'exercice d'une activité exigible. Dans un complément au recours du 22 juin 2015, il soutient qu'il existe une « forte dichotomie » entre les diverses appréciations, en particulier de la Dresse S. _____ et d'autres médecins, et celles du SMR. Sur le plan somatique, l'Office AI n'aurait pas tenu compte des avis pourtant probants, des Drs S. _____, K. _____ ou encore A. _____ au dossier. En présence de pièces contradictoires, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise s'agissant de sa problématique physique. Au plan psychiatrique, l'avis de l'expert X. _____, contradictoire à celui de novembre 2014 du Dr Y. _____, ne serait pas convaincant dès lors qu'il ne retient finalement aucun diagnostic invalidant sur cet axe. Par décision du 23 juin 2015, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au même jour,

- 20 - soit l'exonération d'avances de frais et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Flore Primault. Le 20 juillet 2015, le recourant a produit un certificat médical du 16 juillet 2015 du Dr P. _____, chiropraticien à [...] consulté depuis le 27 avril 2015. Il en ressort en particulier les constatations et conclusions suivantes : “[...] L'examen initial a mis en évidence une attitude scoliotique à convexité lombaire droite. La marche est difficile même avec l'appoint de béquilles, ceci suite à la forte spasticité des membres inférieurs. Les pieds sont en inversion avec une forte rotation interne. Tous les mouvements du tronc en flexion/extension/flexion latérale ddc [des deux côtés] et rotation ddc sont diminués et douloureux. La compression axiale est indolore même en rotation ddc. La distance doigt[-]sol est d'environ 30 cm. Dans le membre supérieur, la force et la sensibilité semblent conservées. Dans le membre inférieur, les ROT [réflexes ostéo-tendineux] sont hypervifs et symétriques (achilléen et rotulien), la mobilité et la force sont diminuées. Le signe de Babinski est positif en extension ddc. Je n'ai pas pu mettre en évidence de déficit sensori-moteur central, diadococinèse normale. L'adduction des membres inférieurs a une force conservée alors que l'abduction est faible. Le tonus musculaire des fessiers est augmenté ddc. Un examen radiologique effectué par mes soins le 29 mai 2015 n'a pas permis de mettre en évidence une pathologie structurale causale de l'attitude scoliotique. La structure osseuse est conservée, la minéralisation paraît normale, les alignements, hors la scoliose sont normaux. La cause première me paraît être un trouble neurologique haut. Celui-ci doit être pris en charge par un neurologue pour investigation et traitement. Le traitement entrepris de manipulations spécifiques a pour but la conservation de la mobilité du rachis lombaire. Au vu des signes et symptômes, il n'y a pas de côté curatif envisageable. Il subsiste une forte fragilité fonctionnelle. Celle-ci a causé des chutes multiples. Monsieur E. _____ est toujours actuellement en traitement conservateur. Au vu de ce qui précède, une investigation neurologique haute est nécessaire et indispensable. Si je peux ordonner une IRM cervico- dorsale avec contraste gadolinium, je ne peux assurer le suivi ultérieur. Il serait plus rentable que le neurologue fasse effectuer cet ou ces examens par le centre d'imagerie qui lui convient.

- 21 - En résumé, la capacité de travail actuelle et future de M[.]E. _____ est nulle, une réadaptation quelle qu'elle soit n'est pas envisageable." Au terme de sa réponse du 22 septembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. S'il concède admettre la critique sur la contradiction entre sa décision et son courrier d'accompagnement du 5 mai 2015 s'agissant du passage relatif à l'exigibilité dans l'activité habituelle, erroné dans la décision, l'intimé maintient cependant que l'exigibilité dans l'activité adaptée, seule déterminante, est correcte de même que la décision dans son résultat. L'Office AI se rallie à cet égard à un nouvel avis SMR du 27 août 2015 des Drs T. _____ et H. _____, lequel confirme d'une part, les conclusions de celui antérieur du 30 avril 2015 concernant l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée et réfute d'autre part, toute valeur probante aux constatations du Dr P. _____ compte tenu de son domaine de spécialité. Par réplique du 8 octobre 2015, le recourant a persisté dans les conclusions antérieures de ses écritures des 2 et 22 juin 2015, en indiquant conclure expressément et à titre préliminaire, à la mise en œuvre d'une expertise somatique, éventuellement bidisciplinaire (soit également avec un volet psychiatrique) si nécessaire. Il précise en outre que dans l'éventualité où le taux d'invalidité finalement retenu devait être supérieur à 20%, une mesure de reclassement professionnel serait alors à envisager. Dans sa duplique du 3 novembre 2015, l'OAI a indiqué avoir entre-temps reçu la copie d'un rapport du Dr M. _____, médecin-adjoint au service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, établi à l'intention de la Dresse S. _____. Ce nouveau document – qui devait être soumis au SMR pour avis ultérieur – avait la teneur suivante : "[...] A l'examen clinique de ce jour, la marche est assez épouvantable avec deux cannes anglaises, en avant du tronc, rotation interne par spasticité des deux membres inférieurs plus à gauche qu'à droite, flexum des deux genoux et trémor du membre inférieur gauche.

- 22 - A l'examen strictement orthopédique de la jambe gauche, la position est correcte, la fonction de la cheville est présente. Radiologiquement, la fracture est consolidée. Il n'y a pas d'atteinte du genou ou de la cheville, qui sont normaux. Appréciations : je pense donc que la fracture ne joue plus aucun rôle dans la démarche actuelle, qu'il soit normal qu'il est [recte : ait] été indemnisé 12 mois pour les suites d'une fracture de jambe, qui a évolué favorablement. Je pense que le Docteur R. _____ devrait reconvoquer ce patient à sa consultation pour un examen clinique pour affiner le diagnostic, de vous informer du pronostic et de l'importance de l'[recte : du] handicap. Comme il nous lit en copie, je lui laisse le soin de convoquer le patient pour un examen détaillé.[...]" L'intimé a au surplus estimé que l'avis médical SMR du 30 avril 2015 discute les motifs pour lesquels il s'éloigne des avis contradictoires des Drs K. _____ et Y. _____. Quant à l'expert X. _____, il tient compte des prises de position du psychiatre de la Consultation de [...]. Au terme de déterminations du 30 novembre 2015 portant tant sur les aspects psychiatrique que somatique, le recourant a indiqué persister dans ses conclusions, et notamment celle de la nécessité de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Le 15 décembre 2015, l'intimé a modifié sa position. S'il maintient que sur le plan psychiatrique, l'expertise du Dr X. _____ est pleinement convaincante, l'OAI est d'accord avec le recourant sur la nécessité de procéder à une investigation complémentaire de l'aspect somatique, ceci par le biais d'une expertise à mettre en œuvre compte tenu d'un aspect neurologique potentiellement évolutif. L'intimé se rallie à cet égard à un nouvel avis médical SMR du 9 novembre 2015 des Drs H. _____ et F. _____, libellé en ces termes : "[...] Nous recevons un courrier du Dr M. _____, orthopédiste, adressé à la Dre S. _____, médecin traitant, du 13.10.2015. Au plan strictement orthopédique, le Dr M. _____

retient une évolution favorable et que l'état actuel, caractérisé par une démarche assez épouvantable, est lié à des troubles neurologiques

- 23 - connus depuis 2007 et qu'il propose d'investiguer à nouveau par le Dr R. _____, neurologue traitant. La stabilisation de l'état orthopédique est faite remonter à 1 année après la fracture des deux os de la jambe gauche, survenue en février 2013. Discussion : 1. C'est donc au plan neurologique que nous focalisons la discussion pour ce recours qui prend son origine de l'appréciation différente [de] la CT [capacité de travail] dans une activité adaptée qui est de 100% pour le Dr R. _____ (concilium de février [recte : mai] 2013) et de 50% selon la Dre S. _____ en raison de l'atteinte neurologique résiduelle en termes de troubles de l'équilibre et para-parésie spastique avec incontinence urinaire et fécale (RM du 01.11.2013). Les investigations neurologiques étendues au CHUV conduites en été 2014, mettent en évidence un status neurologique superposable à 2013, lié à un contexte carenciel. 2. Nous ne disposons pas d'éléments clarifiant le syndrome pyramidal initialement retenu dont l'origine était indéterminée. 3. Bien que le laps de temps qui sépare l'examen neurologique de l'été 2014 et la décision OAI de mai 2015 ne soit pas très important, nous retenons une situation potentiellement évolutive, dans un contexte de diagnostic neurologique à compléter, comme suggéré dans les conclusions du rapport du 10.10.2014, cet aspect est présent depuis le début de la demande. 4. Le Dr M. _____, orthopédiste chevronné, fait état d'un « status inhabituel ». Conclusions : Avec ces éléments, nous suggérons à la Cour, la mise en place d'une expertise neurologique afin d'éclaircir cette situation médicalement difficile qui peut être vraisemblablement élucidée avec des éléments apportés par le temps interours." Au terme de son écriture du 23 février 2016, observant que l'OAI estime nécessaire d'investiguer l'aspect neurologique, le recourant a confirmé sa conclusion préliminaire, tendant à la mise en œuvre, par le Tribunal, d'une expertise bidisciplinaire, à savoir tant physique (neurologique) que psychique, en invoquant à ce titre une économie de procédure. Le 4 mars 2016, Me Primault dépose sa liste des opérations en la cause jusqu'au 29 février 2016.

- 24 - Les 31 mai et 13 juin 2016, le recourant, par son conseil, produit respectivement un avis de sortie de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de la CNA à Sion, ainsi qu'un rapport du 30 mai 2016 des Drs I. _____, chef de clinique, médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, C. _____, chef de service, spécialiste en médecine interne, et B. _____, médecin assistant. Les médecins de la CRR ont conclu à la présence d'une paraparésie spastique héréditaire soit la maladie de Strümpell-Lorrain, laquelle se traduit en l'occurrence par des lombalgies sur troubles statiques rachidiens dus à la spasticité, une polyneuropathie à prédominance motrice et myélinique, des troubles neuropsychologiques (troubles de la mémoire, attentionnels et exécutifs), ainsi que des troubles sphinctériens et érectiles. L'intéressé souffre en outre d'une hypovitaminose B12. Dans ses déterminations du 30 juin 2016, l'intimé produit un avis médical du Dr H. _____ du SMR du 27 juin 2016, lequel retient que le rapport détaillé de la CRR amène des éléments nouveaux propres à modifier son point de vue, soit la maladie de Strümpell-Lorrain. A la lumière de ce rapport, il propose de renoncer à la mise en œuvre d'une expertise neurologique pour retenir une exigibilité qui s'est détériorée en palier avec, de février à fin novembre 2013, une capacité de travail de 50% dans toute activité puis, dès la détérioration de décembre 2013, une incapacité totale de travail. Dans son écriture du 16 août 2016, le recourant, par son conseil, constate que l'intimé lui reconnaît explicitement une capacité de travail de 50%, puis nulle dès novembre 2013, ce qui lui ouvre le droit à une

rente. Il y a également lieu de statuer sur les dépens auxquels il a droit. Il persiste dès lors dans toutes ses conclusions. Le 18 novembre 2016, Me Primault dépose sa liste des opérations complémentaires à celles annoncées le 4 mars 2016 en la cause.

- 25 - E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. 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). b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 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 (ATF 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c). b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente une atteinte invalidante ayant une influence sur sa capacité de travail, respectivement sur sa capacité de gain.

- 26 - 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (let. c) (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40% 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 trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente

entière (cf. art. 28 al. 2 LAI). c) Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de

- 27 - la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (al. 1); la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). 4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 5.4). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2 et les références citées). En outre, les renseignements médicaux 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_444/2014 du 17 novembre 2014 consid. 3.1 et 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). Si les rapports médicaux sont contradictoires, l'administration – en cas de recours, le juge – ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

- 28 - opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1 et 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires

pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1, 9C_748/2013 du

E. 10

février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également

- 29 - lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1, 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). 6. En l'espèce, par décision du 5 mai 2015, l'OAI a refusé au recourant le droit à une rente, en retenant que ce dernier ne présentait pas de préjudice économique. Sur le plan médical, faisant siennes les constatations des médecins du SMR (Drs T._____ et H._____), l'intimé a considéré que si l'activité habituelle de jardinier-paysagiste était compromise depuis février 2013 (date de l'accident) en raison de troubles de la marche et de l'équilibre, l'assuré disposait néanmoins d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée depuis mai 2013, soit respectant les limitations fonctionnelles suivantes : poste de travail proche des toilettes, pas de longues marches, ni de station debout prolongée. Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic invalidant retenu par l'expert X._____, la capacité de travail du recourant était entière. Retenant une situation stable au plan neurologique depuis 2013, avec toutefois une péjoration au niveau de la marche après la fracture de la jambe, dans un contexte de polyneuropathie, l'OAI a conclu à l'absence d'élément susceptible de justifier une diminution de rendement de l'assuré en lien avec l'exercice d'une activité essentiellement en position assise et à un poste de travail proche des toilettes. Il a considéré en définitive que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis mai 2013, mais nulle dans son activité habituelle à compter de février 2013.

- 30 - Le recourant estime pour sa part que l'intimé a mal instruit son dossier, en ce sens que l'incidence et l'ampleur de ses problèmes physiques n'ont pas été clairement évaluées et ce, dans le cadre d'une activité adaptée. Sur le plan psychique, l'avis du Dr Y._____ doit être pris en compte et permet de remettre en cause le rapport d'expertise du Dr X._____. Il sollicite dès lors la mise en œuvre d'une expertise, éventuellement pluridisciplinaire. a) Sur le plan somatique, à la suite des investigations effectuées au CHUV en été 2014, l'intimé a retenu que la situation médicale était stationnaire depuis 2013, le tableau clinique étant superposable à celui décrit par le Dr R._____ dans son rapport du 8 octobre 2013 en référence à un consilium neurologique du 21 mai 2013 consécutif à un ENMG (électroneuromyogramme) du 17 mai précédent. Ce faisant, l'intimé a éludé une série d'appréciations médicales divergentes au dossier, lesquelles laissaient apparaître une

situation somatique plus complexe et évolutive, pour laquelle un diagnostic précis a finalement pu être posé en cours de procédure. La Dresse S. _____ mentionnait déjà dans son premier rapport en novembre 2013, une aggravation progressive nonobstant l'arrêt des consommations toxiques du patient et une nette péjoration des difficultés à la marche post fracture ouverte de la jambe depuis février 2013. A cela le médecin traitant ajoutait une notion d'incontinence urinaire et fécale avec des spasmes musculaires. Compte tenu de l'atteinte neurologique résiduelle, la Dresse S. _____ a alors évalué l'incapacité de travail de l'assuré à 50% depuis février 2013 dans la profession d'horticulteur. Listant des limitations fonctionnelles beaucoup plus conséquentes que celles retenues par le Dr R. _____ au terme de son ENMG de la mi-mai 2013, la médecin traitante a estimé l'exercice d'une activité adaptée soit uniquement en position assise exigible à temps complet, mais avec un rendement de 50%. Interpellée le 5 mai 2014, la Dresse S. _____ a attesté une nette aggravation de la situation médicale « avec une diminution de la force au niveau des membres inférieurs

- 31 - rendant tous les déplacements difficiles et très lents, même avec l'aide d'une canne. Au niveau sphinctérien, la continence s'est également péjorée, obligeant M. E. _____ à se rendre aux toilettes toutes les 30 minutes ». Dans un questionnaire circonstancié complété le 20 mai 2014, cette praticienne a posé les diagnostics de para-parésie et polyneuropathie des membres inférieurs, de status post-fracture ouverte du MIG, de dépression réactionnelle, de consommation d'alcool à risque et de probable trouble de la personnalité. La Dresse S. _____ a évalué en conséquence l'incapacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à un taux de « 50% dès février 2013, de 100% dès décembre 2013 » (cf. courrier du 20 mai 2014 à l'OAI). Après examen du rapport de la CRR du 31 mai 2016, le Dr H. _____ du SMR, a, par avis médical du 27 juin 2016, constaté la présence d'éléments nouveaux, à savoir le diagnostic de la maladie de Strümpell-Lorrain, maladie génétique du système nerveux, touchant en particulier la moelle épinière et le cervelet, sous forme d'une dégénérescence des cellules. Alors que les troubles neurologiques avaient toujours été considérés comme ayant une origine carencielle sur consommation inappropriée d'alcool, il s'avère qu'ils ont en réalité une origine génétique. Estimant qu'il était difficile de définir la capacité de travail du recourant à la lumière de ces nouveaux éléments durant la période litigieuse, c'est-à-dire avant la décision querellée du 5 mai 2015, le Dr H. _____ a toutefois confirmé l'évaluation de la capacité de travail à laquelle avait procédé la Dresse S. _____. Pour sa part, se ralliant au SMR, l'intimé a proposé de retenir une exigibilité dans une activité adaptée par palier, soit à 50% de février à fin novembre 2013, puis une détérioration dès décembre 2013 entraînant une incapacité totale de travail. b) Au vu des éléments contenus dans le dossier, la Cour de céans constate que le recourant était jardinier-paysagiste indépendant et qu'il travaillait en fonction de ses mandats. Il a allégué que sa situation médicale s'était aggravée suite à une fracture ouverte diaphysaire de la jambe gauche en février 2013. Auparavant, selon ses dires, il était en mesure d'effectuer des travaux de taille et d'entretien, malgré ses béquilles, se faisant aider si nécessaire pour certains travaux plus lourds

- 32 - (cf. rapport initial du 15 janvier 2014 de la REA). C'est en tout état de cause à la faveur de son hospitalisation en février 2013 que son cas a été médicalement pris en charge, l'intéressé n'étant auparavant apparemment pas suivi sur ce plan, car il espérait que « cela ira[it] mieux tout seul » (cf. rapport initial du 15 janvier 2014 de la REA). Une aggravation de la situation médicale dès le mois de décembre 2013 a été attestée par la Dresse

S. _____ (cf. courriers des 5 et 20 mai 2014 à l'OAI) en raison d'une diminution de la force au niveau des membres inférieurs et d'une péjoration de la continence urinaire et fécale obligeant le patient à se rendre toutes les 30 minutes aux toilettes. Les médecins de la CRR ont en outre objectivé une atteinte neuropsychologique (dysfonctionnement de l'hémisphère gauche ou une atteinte corticale ou sous-corticale) pouvant s'inscrire dans le cadre de la maladie de Strümpell-Lorrain, soit des troubles de la mémoire antérograde verbale sévère et à moindre degré de la mémoire immédiate verbale, ainsi que des troubles attentionnels (attention sélective, fatigabilité et fluctuation). A cela s'ajoute que le recourant souffre également de troubles du sommeil en raison du diagnostic de mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil d'intensité sévère ■ affection, susceptible d'être traitée par Lyrica® ■ qui justifie, selon le Dr A. _____, que les troubles précités « pourraient, si nécessaire, appuyer une nouvelle demande » (cf. rapport du

E. 15

septembre 2014). c) Il convient dès lors de considérer que la stabilisation retenue dans un premier temps par l'OAI depuis 2013 sur le plan neurologique, respectivement l'absence d'élément susceptible de justifier une diminution de rendement du recourant dans une activité exercée essentiellement en position assise et à un poste de travail proche des toilettes, était en définitive sans fondement médical probant, en raison de l'aspect évolutif de la maladie de Strümpell-Lorrain. Il convient dès lors de retenir que sur le plan somatique, l'incapacité de travail du recourant était de 50% de février à novembre 2013, puis de 100% dès le 1er décembre 2013, conformément à l'appréciation de la Dresse S. _____, confirmée par le Dr H. _____ du SMR, avis auquel s'est rallié l'intimé. Il n'est pas nécessaire d'investiguer plus avant l'aspect psychique, respectivement

- 33 - d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du Dr X. _____ par rapport aux autres éléments contenus dans le dossier, y compris les rapports produits en cours de procédure de recours. En effet, il ressort du dossier que la Dresse S. _____ n'a mentionné aucun trouble psychique dans son rapport médical du 1er novembre 2013 à l'OAI, mais uniquement dans ses courriers des 5 et 20 mai 2014 à l'OAI, notant l'apparition chez son patient d'un état dépressif significatif avec idéations suicidaires et la reprise d'une consommation d'alcool importante tous les matins. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu d'évaluer la capacité de travail du recourant sur le plan psychique, puisqu'elle était déjà nulle dès le 1er décembre 2013 sur le plan somatique. 7. a) Reste à statuer sur le droit du recourant au versement d'une rente d'invalidité. En l'occurrence, le taux d'incapacité de travail, laquelle se confond avec l'incapacité de gain, permet de mettre à jour un degré d'invalidité de 50% du 1er février au 30 novembre 2013, puis de 100% dès le 1er décembre 2013. b) Reste à déterminer, le début du droit à la rente. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à partir de la date à laquelle l'intéressé a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. En l'occurrence, il y a lieu d'admettre qu'une incapacité de travail de 40% en moyenne a perduré sans discontinuer depuis le 7 février

- 34 - 2013, date de l'intervention chirurgicale au niveau de la jambe gauche. Cette date marque ainsi le début du délai de carence d'une année, lequel échoit par conséquent le 7 février 2014. Il s'ensuit que le droit à la rente a débuté au plus tôt le 1er mars 2014, vu la tardiveté de la demande formelle de prestations déposée le 12 septembre 2013, conformément aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI. 8. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne la réforme de la décision entreprise, en ce sens que l'assuré est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er mars 2014. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et mis à la charge de l'intimé qui succombe. c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance de la cause, ses difficultés et l'ampleur du travail effectué, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

- 35 - In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens, à la charge de l'intimé. d) Dans la mesure où ces dépens ne couvrent pas l'intégralité des frais de représentation de son défenseur d'office, il convient encore de fixer la rémunération de ce dernier. Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Flore Primault à compter du 23 juin 2015 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 4 mars 2016, Me Primault a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant, soit un total de 18h.05 de travail d'avocat pour la période du 1er juin 2015 au 29 février 2016. Ce relevé a été complété le 18 novembre 2016 par un total de 04h.30 de travail d'avocat pour la période du 23 février au 8 novembre 2016. La liste du 4 mars 2016 comporte ainsi une seule opération antérieure à la présente procédure judiciaire introduite le 2 juin 2015, le bénéfice de l'assistance judiciaire accordé au recourant ayant pris effet à compter du 23 juin 2015. A cet égard, concernant les effets temporels d'une requête d'assistance judiciaire, la doctrine précise que l'assistance judiciaire peut être demandée en tout temps, avant ou durant la procédure, que son octroi rétroagit au jour de la demande et qu'elle s'étend aux démarches urgentes entreprises peu avant; les cantons peuvent se montrer plus généreux (cf. Bernard Corboz,

- 36 - Le droit constitutionnel à l'assistance judiciaire, in SJ 2003 II p. 74). Dans le cadre de procédures cantonales de recours, la jurisprudence en matière d'assurances sociales - rendue

sous l'empire de l'art. 85 al. 2 let. f aLAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) mais qui s'applique toujours depuis l'entrée en vigueur de l'art. 61 let. f LPGA (cf. TFA H 106/2003 du 21 août 2003, in SVR 2004 AHV n°5 p. 17) - a précisé que l'octroi de l'assistance judiciaire à compter uniquement de l'introduction de la demande n'est pas conforme au droit fédéral dans l'éventualité où les conditions de l'octroi auraient été réalisées auparavant (cf. TF 9C_735/2011 du 22 juin 2012 consid. 3 et les références citées). Il y a donc lieu tout d'abord d'examiner le caractère nécessaire des opérations accomplies avant le 23 juin 2015 pour l'exercice du droit de recours contre la décision de l'OAI et, cas échéant, de les retenir dans l'indemnisation de l'avocat d'office, ces opérations comportant au moins l'étude du dossier et la préparation du mémoire de recours (cf. TF 9C_735/2011 précité consid. 5.2). Dans le cas particulier, il se justifie de tenir compte des opérations effectuées à partir du 1er juin 2015, date à laquelle Me Primault a appris que son client s'était vu notifier la décision entreprise; en tant que ces opérations comprennent essentiellement des échanges de courriers, une entrevue avec le recourant, la prise de connaissance et l'analyse de son dossier ainsi que la rédaction du mémoire de recours du 2 juin 2015, à raison de 9 heures et 40 minutes, il y a lieu de considérer qu'elles étaient nécessaires à la présente procédure. Quant aux opérations effectuées dès le 23 juin 2015, à hauteur de 8 heures et 25 minutes, il y a lieu de considérer qu'elles aussi rentrent globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Concernant la seconde liste, soit celle du 18 novembre 2016, elle mentionne trois opérations effectuées le 23 février 2016 pour un total de 40 minutes, alors que celles-ci figurent déjà dans la liste du 4 mars 2016 pour un total d'une heure et dix minutes. Après déduction de la seconde liste des opérations ainsi comptées à double, il y a lieu de considérer que les opérations effectuées depuis le 31 mai 2016, à hauteur de 3 heures et cinquante minutes, rentrent elles aussi globalement dans le cadre du bon

- 37 - accomplissement du mandat. Dans cette mesure, il y a lieu de retenir un temps total de 21 heures et 55 minutes de prestations, au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [Règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3]) – soit un montant s'élevant à 3'945 fr. –, somme à laquelle s'ajoutent les débours par 32 fr. 40 et la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 4'295 fr. 60 ($(\{3'945 \text{ fr.} + 32 \text{ fr.} 40\} \times 108) / 100$) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 1'795 fr. 60 (4'295 fr. 60 – 2'500 fr.) est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable par renvoi). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 1'795 fr. 60 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ), la subrogation étant réservée.

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