

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 décembre 2014

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : MM Bonard et Gutmann, assesseurs  
Greffière : Mme Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Fortuna,  
Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Nyon,

et

**O.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7, 8 LPGA, 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**            **a)** H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1983, jardinier de profession, travaillait pour l'entreprise V. \_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Il est assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA). Le 4 mars 2010, alors qu'il était en trait de couper une branche de frêne, il a perdu l'équilibre et est tombé d'une échelle (cf. déclaration d'accident complétée par l'employeur le 5 mars 2010). Il s'est blessé au niveau de la colonne vertébrale et a été hospitalisé au Centre hospitalier T. \_\_\_\_\_ (ci-après : le T. \_\_\_\_\_) du 4 au 16 mars 2010.

Dans un rapport médical du 16 avril 2010 à l'attention du médecin-conseil de la CNA, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, chef de clinique au service d'orthopédie et de traumatologie du T. \_\_\_\_\_, a diagnostiqué une fracture stable du plateau antéro-supérieur de D7 ainsi qu'une fracture comminutive instable de la vertèbre D12. Une réduction ouverte et une spondylodèse D11-L1 ont été effectuées et le port d'un corset a été prescrit à l'assuré pour trois mois. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail à compter du 4 mars 2010 à réévaluer trois mois plus tard, puis à nouveau du 31 mai au 30 juin 2010.

Dans un nouveau rapport médical du 8 juin 2010 au médecin-conseil de la CNA, le Dr D. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'examen du 31 mai 2010 avait montré une cicatrice calme et des douleurs à la mobilisation dans tous les axes au niveau du rachis dorsal. En outre, le bilan radiologique montrait une cyphose de 37° qui n'avait pas évolué depuis deux mois. Au niveau des membres inférieurs, il n'y avait pas de troubles neurovasculaires et les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs et symétriques. Au vu de cette symptomatologie et de l'évolution radiologique, le Dr D. \_\_\_\_\_ a proposé que le patient soit vu à la consultation de l'unité du rachis.

Par certificat médical du 10 juin 2010, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, médecin-assistante au département de l'appareil locomoteur du T.\_\_\_\_\_ a attesté la poursuite de l'incapacité de travail jusqu'au 15 septembre 2010. Des séances de physiothérapie ont été prescrites à l'assuré le 10 juin 2010 à raison de deux à trois fois par semaines pendant trois mois.

En raison de la cyphose sur spondylodèse, en aggravation au vu des contrôles successifs, l'assuré a été opéré à nouveau le 13 décembre 2010, par les Drs K.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ces médecins ont réalisé une ostéotomie postérieure de soustraction D12 pour cyphose post-traumatique et spondylodèse D9-L2 expedium (protocole opératoire du 14 janvier 2011). L'incapacité de travail de l'assuré s'est poursuivie jusqu'au 16 mars 2011 (certificats médicaux du 2 septembre 2010 de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, du 5 octobre 2010 du Dr F.\_\_\_\_\_, et du 14 décembre 2010 du Dr K.\_\_\_\_\_), la réadaptation à la marche et aux activités de la vie quotidienne devant se poursuivre durant trois mois après l'opération, sous protection d'un lombostat (rapport médical du 14 janvier 2010 [recte : 2011] du Dr K.\_\_\_\_\_).

Par certificat médical du 15 mars 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de l'assuré du 15 mars au 15 mai 2011. Dans un rapport médical du 22 mars 2011 à la CNA, les Drs K.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont observé une bonne évolution à trois mois post-opératoires. Le patient présentait néanmoins toujours des douleurs au niveau de la charnière dorso-lombaire avec une péjoration de sa symptomatologie banale la nuit, raison pour laquelle il était souvent réveillé par ses douleurs. Les sciatalgies avaient disparu. Il a été proposé au patient d'enlever son corset et de commencer la physiothérapie (rapport médical des mêmes médecins du 1<sup>er</sup> avril 2011). Par courrier du 1<sup>er</sup> avril 2011 à la CNA, ces médecins ont par ailleurs requis que l'assuré puisse effectuer un séjour en réadaptation, puisqu'il présentait toujours des lombalgies basses, quelquefois des cervicalgies et qu'il avait toujours besoin d'antalgiques. Dans un rapport médical du 22 juin 2011, le Dr K.\_\_\_\_\_ a apprécié la situation de la manière suivante :

« Résultats plutôt décevants chez un patient qui présente des raccourcissements musculaires évidents. Une prise en charge active à la SUVA est planifiée, mais plutôt vers le mois d'août. Pour l'instant, j'ai prolongé l'arrêt de travail, mais la situation me paraît peu prometteuse.

(...) »

Le 8 août 2011, le Dr K. \_\_\_\_\_ a certifié que l'assuré était incapable de travailler jusqu'au 31 août 2011, la situation à venir devant être évaluée à la Clinique X. \_\_\_\_\_ (ci-après : X. \_\_\_\_\_).

La CNA a pris en charge les suites de l'accident.

**b)** Dans l'intervalle, soit le 23 juin 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI).

Par rapport du 11 juillet 2011 à l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_ a expliqué que six mois après l'ostéotomie de correction de la cyphose, l'assuré présentait toujours des douleurs très importantes et des troubles thymiques. Il lui semblait que son patient ne pourrait pas reprendre une activité lucrative dans un emploi physique. Il proposait d'attendre la fin du séjour en réadaptation qui était prévu à la X. \_\_\_\_\_ pour évaluer les capacités fonctionnelles résiduelles de son patient, tout en estimant « qu'au mieux, on pourrait arriver à une activité adaptée à 50% ».

**c)** L'assuré a séjourné au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique X. \_\_\_\_\_, du 17 août au 13 septembre 2011. Dans un rapport médical du 4 octobre 2011, les Drs W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, et R. \_\_\_\_\_, médecin hospitalier, ont posé les diagnostics de fracture stable du plateau supérieur de D7 et fracture comminutive instable de D12, traitées par spondylodèse postérieure D11-L1 le 8 mars 2010, d'oséotomie postérieure de soustraction de D12 et spondylodèse D9-L2 pour cyphose le 13 décembre 2010, de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et d'obésité (BMI : 33.7 k/m<sup>2</sup>). Il ressort en outre ce qui suit de leur rapport :

« APPRECIATION ET DISCUSSION :

A l'admission, M. H. \_\_\_\_\_ déclare des douleurs localisées à la jonction dorso-lombaire, pratiquement constantes, augmentées par la marche et la flexion du rachis, et par les activités. Les douleurs sont décrites comme un coup d'intensité estimée au minimum à 5/10 sur l'EVA et à 8/10 au maximum. Le périmètre est limité à environ 45 minutes ou 1 km, par les douleurs, nécessitant des pauses répétées. Parfois il décrit des fourmillements sur le devant des cuisses ddc [des deux côtés], apparaissant à la marche ou au maintien prolongé d'une position assise. La sensibilité est légèrement moins bonne sur le flanc du côté gauche. Il n'y a pas de trouble génito sphinctérien.

A l'examen clinique, chez un patient en surpoids, la cicatrice de la jonction dorso-lombaire est calme, non inflammatoire, sensible à la palpation. Les douleurs prédominent à la palpation des épineuses de la jonction dorso-lombaire, et de la musculature para-vertébrale. La mobilité du rachis est limitée par les douleurs annoncées par le patient, avec un Schober lombaire de 10 cm à 11.5 cm, et une distance doigts-sol à 52 cm. Il y a une hypoeextensibilité des ischio jambiers et des droits antérieurs. Le moral est décrit à la baisse.

Les RX [rayons X] de la colonne lombaire et dorsale f/p [face/profil] du 04.03.2010 montrent une fracture-tassement du mur antérieur de D12, avec tassement estimé à environ 30% et cyphose de 25°. Le scanner cranio-cervico-thoraco-lombaire du 04.03.2010 retrouve une fracture du plateau supérieur de D7, ainsi qu'une fracture du mur antérieur de D12, sans atteinte du mur postérieur. Les RX de la jonction dorso-lombaire du 11.03.2010, f/p sous corset debout montrent une fixation postérieure par vis trans-pédiculaire de D11 à L1. L'angle de cyphose est estimé à 23°. Sur le contrôle radiologique du 12.04.2010, de la jonction dorso-lombaire debout, l'angle de cyphose est en augmentation à 32°, retrouvé sur le contrôle du 31.05.2010. Le scanner du 16.12.2010 montre une spondylodèse postérieure avec fixation par vis trans-pédiculaire en D9, D10, D11, L1, L2 et greffe postérieure. La vis proximale gauche en D9 dépasse légèrement la corticale antérieure du corps vertébral. Les contrôles radiologiques des 15.03.2011 et 15.06.2011 montrent la spondylodèse postérieure. Il n'y a pas de signe de descellement. Il persiste une cyphose d'environ 15°.

Le consilium psychiatrique du 19.08.2011 retient le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée chez un patient décrivant des sentiments de tristesse liés à sa situation actuelle et une irritabilité accrue liée à l'impotence fonctionnelle, il est relevé une crainte d'une paralysie et une hypervigilance. Le traitement de [...] introduit dans le cadre d'une baisse du moral est bien supporté par le patient et a été maintenu.

En physiothérapie, M. H. \_\_\_\_\_ a suivi un programme comprenant des traitements actifs (mobilisation, renforcement musculaire global, gainage du rachis, reconditionnement général, étirements, proprioception, travail de l'équilibre). Il a participé au traitement en piscine 2x/jour, à l'entraînement thérapeutique sur appareils de fitness au groupe d'entraînement en salle de gym. Les traitements passifs (massage) sont mal supportés. Au terme du séjour, le patient ne voit aucune amélioration, il décrit même une augmentation des douleurs. Objectivement, il n'y a pas de modifications significatives durant le séjour. La distance doigts-sol est entre 44 et 56 cm, la distance doigts-

orteils à 33 cm. Au test de marche de 6 mn, le patient parcourt 330 mètres. On prévoit la poursuite de la physiothérapie à la sortie avec balnéothérapie.

Le prochain rendez-vous à la consultation du Dr K. \_\_\_\_\_ est prévu le 14.12.2011 avec scanner du rachis.

EN RESUME:

19 mois après fracture comminutive instable de D12 ayant nécessité deux interventions dont la dernière en décembre 2010 (ostéotomie de soustraction de D12 et spondylodèse de D9 à L2) pour une cyphose, l'évolution est marquée par la persistance de dorso-lombalgies. Le conseilium psychiatrique retient le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Il existe des facteurs prédictifs défavorables d'un risque de chronicisation avec hypervigilance et kinésiophobie importante. Le traitement de [...] a été poursuivi durant le séjour. Un traitement de [...] a été introduit au coucher. Aucune amélioration n'est observée au terme du séjour, tant subjectivement qu'objectivement. La balnéothérapie sera poursuivie pour l'encourager à garder une activité, parallèlement à la réalisation d'un programme d'exercices à domicile.

Sur le plan socio-professionnel, chez un patient travaillant comme ouvrier paysagiste, non qualifié, une annonce AI a déjà été faite. L'incapacité dans cette activité est totale et de façon définitive. Dans une activité au port de charges léger, sans travail du tronc en porte-à-faux, ni maintien prolongé dans une position statique, sans exposition prolongée du corps entier aux vibrations ni mouvements répétés de flexion du tronc, il y aura une capacité de travail dont le taux restera à préciser une fois la situation jugée stabilisée par le chirurgien.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'OUVRIER PAYASAGISTE : 100% de façon définitive ».

Par certificat du 12 septembre 2011, le Dr [...], médecin à la X. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité totale de travail de l'assuré du 14 septembre au 14 décembre 2011, la situation devant être réévaluée à cette date.

**d)** Par communication du 19 décembre 2011, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'intervention précoce, sous la forme d'une orientation professionnelle (bilan de compétences auprès de [...], à [...]) du 16 décembre 2011 au 15 mars 2012. Dans une note interne, [...], spécialiste en réinsertion professionnelle, a relevé que selon le rapport de sortie de la X. \_\_\_\_\_ du 4 octobre 2011, la situation médicale n'était pas stabilisée. Cependant, il était déjà établi que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide-jardinier était nulle et ce de façon définitive. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle ne pouvait pas encore être établie, vu que la situation médicale n'était pas stabilisée.

L'OAI a dès lors mis un terme à l'intervention précoce, la mesure auprès de [...], s'étant soldée par un échec pour raisons de santé.

**e)** Par certificat médical du 5 mars 2012, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré a attesté que ce dernier était totalement incapable de travailler jusqu'au 30 juin 2012.

Le 20 mars 2012, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie. Dans un rapport médical du même jour, ce dernier a apprécié la situation de la manière suivante :

« Actuellement, le patient dit que ça ne va pas. Il a des douleurs continues, également nocturnes, plus importantes les jours où il fait de la physiothérapie. Il doit fréquemment changer de position. (...)

Objectivement, il persiste une certaine cyphose résiduelle. La percussion des apophyses épineuses est douloureuse au passage de la charnière dorso-lombaire mais de manière inconstante. La musculature para-vertébrale est moins sensible à la palpation qu'auparavant et elle n'est pas particulièrement tendue. La mobilité rachidienne reste difficilement évaluable chez un patient qui interrompt tous ses mouvements très rapidement. Les changements de position restent un peu précautionneux. En revanche, la station assise prolongée est supportée sans aucune gêne apparente. La manœuvre de Lasègue n'entraîne pas grand-chose. Les ROT [réflexes ostéo-tendineux] sont vifs et symétriques. Il n'y a pas de déficit au testing musculaire. Le patient décrit de vagues troubles de la sensibilité aux membres inférieurs, prédominant à gauche. A noter que le handicap apparent s'estompe largement lorsque le patient n'est plus en situation d'examen.

Si le patient reste plaintif, il faut quand-même relever que son comportement douloureux est moins marqué qu'auparavant et il vaut peut-être la peine de le réadresser à la Clinique X.\_\_\_\_\_ dans le cadre d'un 2<sup>ème</sup> séjour centré sur l'évaluation professionnelle qui pourrait éventuellement être suivi d'une phase I.

Le patient est d'accord de se rendre dans cet établissement ».

**f)** Dans un rapport médical du 30 mars 2012 à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 4 octobre 2011. Il a pronostiqué des algies chroniques dorsale « très fortes ». Selon ce médecin, l'incapacité de travail de l'assuré était totale pour toute activité lourde et il était exclu à vie qu'il reprenne son activité d'ouvrier

paysagiste. Il a précisé ce qui suit : « la capacité de travail de ce patient dans une activité légère avec alternance de position (peut rester assis env. 30' et debout 45') devrait rapidement être évaluée afin d'éviter enkystement délétère ». Il a encore indiqué que l'assuré pouvait exercer une activité dans différentes positions (« assis 30' max et debout 45' max ») avec une performance de 50%.

Par communication du 3 avril 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.

Dans un rapport médical du 26 avril 2012 à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit :

« L'évolution clinique depuis juillet 2011, malheureusement, est catastrophique. L'incapacité de travail dans l'activité d'aide paysagiste est malheureusement de 0%. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il n'est pas possible de vous répondre mais nous pouvons nous référer dans le rapport [de la X.\_\_\_\_\_] du 4 octobre 2011. Sur celui-ci, nos confrères pensent qu'une fois l'état du patient stabilisé, une certaine capacité résiduelle pourrait être présente.

Si j'ai bien compris, le patient va de nouveau être hospitalisé à la X.\_\_\_\_\_. Ceci serait une occasion d'évaluer de façon plus précise ses capacités fonctionnelles, d'autant qu'à mon point de vue, l'état du patient est maintenant stabilisé ».

**g)** Dans un rapport médical du 5 avril 2012 adressé au médecin-conseil de la CNA, le Dr K.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit :

« Je me suis permis de regarder de nouveau le dossier radiologique de ce patient dont la persistance des symptômes nous laisse tous quelque peu frustrés.

Sur un scanner de mars 2011, on voyait que, suite à cette fracture stable du plateau supérieur de D7, il a développé une dégénérescence discale de D6-D7 avec un signe de vide intra-discal. De plus, on retrouve un volumineux hémangiome en D6, lésion qui était déjà visible sur le scanner initial.

A première vue, cet hémangiome ne présente pas tous les critères de Laredo pour répondre à la désignation d'hémangiome agressif. Néanmoins, si on voulait en être absolument certain, on devrait éventuellement à un moment donné faire une IRM de la région dorsale.

Toujours est-il, rien que sa discopathie dégénérative D6-D7 peut expliquer un certain nombre de douleurs persistantes, alors qu'il est

vrai que sa cyphose maintenant rentre dans le cadre des valeurs presque de la population normale ».

L'assuré a fait un nouveau séjour à la X. \_\_\_\_\_ du 12 avril au 9 mai 2012. Dans leur rapport du 14 mai 2012 au Dr M. \_\_\_\_\_, les Drs W. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont écrit ce qui suit :

#### « APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'admission, M. H. \_\_\_\_\_ se plaint de la persistance de douleurs, localisées à la jonction dorso-lombaire. Les douleurs sont constantes, augmentées par les mouvements de flexion, l'extension, la physiothérapie. La marche augmente les douleurs avec un périmètre limité à 45 minutes au maximum. L'intensité des douleurs est évaluée entre 6 et 8/10 sur l'EVA. La nuit il doit parfois se relever à cause des douleurs. Au flanc ddc, il décrit une diminution de la sensibilité, non revenue depuis la dernière intervention. Il n'y a pas de trouble genito-sphinctérien. Le moral est rapporté à la baisse.

L'examen clinique retrouve chez un patient en surpoids une cicatrice dorso-lombaire calme, douloureuse à la palpation, tout comme la musculature paravertébrale. L'examen de la mobilité est limitée par les douleurs annoncées, avec un Schober lombaire de 10 cm à 12 cm, une distance doigts-sol à 53 cm.

Le scanner du 15.12 montrait une spondylodèse postérieure avec fixation par vis transpédiculaire en D9, D10, D11, L1, L2 et greffe postérieure. La vis proximale gauche en D9 dépasse légèrement la corticale antérieure du corps vertébral. Les contrôles radiologiques des 15.02.2011, 15.06.2011 montrent la spondylodèse postérieure. Il n'y a pas de signe de descellement, l'angle de cyphose est estimé à environ 15°. Les radiographies du rachis dorso-lombaire du 12.12.2011 ne montrent pas de modification. Il n'y a pas de signe de descellement ou de bris de matériel. Le scanner dorso-lombaire du 09.12.2011 retrouve le matériel bien en place, il n'y a pas de signe de descellement. A relever sur le scanner de la colonne dorso-lombaire du 21.03.2011 la présence dans le corps vertébral de D6 d'une image compatible avec un hémangiome associé dans le disque sous-jacent à un phénomène de vide discal compatible avec une dégénérescence.

L'IRM dorsale du 24.04.2012 retrouve un hémangiome en D6, de grande taille et deux plus petits en D2 et D3. Il n'y a pas d'extension à l'arc postérieur, ni de discontinuité corticale ou d'extension dans les parties molles para-vertébrales ou intra-canalaires, en faveur d'une lésion agressive.

Un consilium psychiatrique est réalisé le 15.04.2012. Il n'est pas retenu de diagnostic psychopathologique chez un patient ayant arrêté début 2012 un traitement de [...] le jugeant inefficace. Il n'est pas proposé de médication supplémentaire. M. H. \_\_\_\_\_ a participé au groupe "douleur et changement", et a eu des entretiens individuels durant son séjour

En physiothérapie, le patient a suivi un programme (Cf. rapport), à visée de reconditionnement global, renforcement des spinaux, étirement des plans sous-pelviens. Au terme du séjour, tant subjectivement qu'objectivement, il n'y a aucune amélioration.

Subjectivement, le patient dit ressentir plus de douleurs lorsqu'il est actif. La mise en route d'un programme est limitée par les douleurs annoncées par le patient, qui a besoin d'être stimulé et ne voit pas l'intérêt à poursuivre un programme actif qui lui augmente ses douleurs. Il n'y a pas de physiothérapie prescrite à la sortie. Le patient est encouragé à poursuivre des auto-exercices et encouragé à se rendre en piscine, étant donné qu'il s'y dit soulagé.

Sur le plan socio-professionnel, on rappelle que M. H. \_\_\_\_\_ travaillait comme ouvrier-paysagiste non qualifié, dans une petite entreprise. L'incapacité dans cette profession est totale et définitive et un changement d'activité professionnelle est indiqué du point de vue médical. Une annonce AI a été faite en juin 2011, avec, dans le cadre de mesures d'intervention précoce, une évaluation de l'orientation professionnelle réalisée de décembre 2011 à mars 2012. Il n'y a pas de piste professionnelle clairement annoncée par le patient. Dans une activité adaptée, on s'attend à une capacité de travail substantielle. Les limitations sont le port de charges répété supérieur dès 7.5 kg, les activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, l'exposition du corps entier aux vibrations.

Aux ateliers professionnels, M. H. \_\_\_\_\_ a été planifié par périodes allant jusqu'à trois heures consécutives. La présence aux ateliers n'a pas dépassé 2 h 30 d'affilée, avec quelques pauses en raison des plaintes. Le patient a travaillé dans des activités très légères, le port de charges ne dépassant pas 5 kg. La qualité du travail est jugée correcte. Il est relevé que le patient exécute ses activités sans prise d'initiative. Dans l'ensemble, M. H. \_\_\_\_\_ se projette difficilement dans une activité professionnelle et a tendance à s'auto-limiter. Ses capacités d'intégration paraissent limitées au vu des observations faites durant l'évaluation et du contenu des entretiens menés avec lui. Une activité simple pourrait être envisageable. Une aide au placement, voire un accompagnement dans le ciblage de pistes professionnelles utiles pourrait aider à retrouver le monde du travail.

L'appréciation par le patient de ne pouvoir même pas réaliser les activités nécessitant le niveau d'effort le plus bas (score au PACT à 14), la perception d'un retentissement fonctionnel élevé (score d'Oswestry à 54%, inchangé par rapport à l'an dernier) et l'attente de solutions externes font penser que la reprise d'une activité professionnelle sera très difficile. La situation médicale est actuellement stabilisée. Un rendez-vous à la consultation du Dr K. \_\_\_\_\_ est prévu en décembre 2012.

**INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'OUVRIER-PAYSAGISTE : 100% de façon définitive dès le 10.05.2012 ».**

Le 19 juillet 2012, l'assuré a de nouveau été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr M. \_\_\_\_\_. Dans un rapport médical du même jour, ce dernier a apprécié la situation de la manière suivante :

« Les antécédents de ce patient sont détaillés dans mon rapport d'examen du 20.03.2012 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut.

Actuellement, le patient dit que ça ne va pas. Il a des douleurs continues, notamment nocturnes, qui l'obligent à se lever. Il a ensuite de la peine à se rendormir. La physiothérapie, qui aggravait les douleurs, a été arrêtée.

A l'examen clinique, on retrouve un patient de petite taille, en surpoids, qui a de nouveau tendance à s'autolimiter en situation d'examen.

Objectivement, il persiste une cyphose modérée. La percussion des apophyses épineuses est douloureuse au passage de la charnière dorso-lombaire avec des réactions de retrait. La musculature paravertébrale est sensible à la palpation, sans contracture vraiment objectivable. La mobilité rachidienne est apparemment très limitée chez un patient qui interrompt tout ses mouvements très rapidement. Les changements de position sont extrêmement précautionneux et lentement exécutés. La station assise prolongée reste, en revanche, supportée sans aucune gêne apparente. La manoeuvre de Lasègue entraîne de vagues douleurs lombaires prédominant à droite. Les ROT sont vifs et symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs.

Les radiographies montrent une spondylodèse postérieure s'étendant sur 5 niveaux avec une cyphose résiduelle de l'ordre de 15°.

Du point de vue thérapeutique, une AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] partielle a été évoquée mais je doute qu'elle apporte vraiment quelque chose.

Sous réserves de la consultation prévue en décembre 2012 chez le Dr K.\_\_\_\_\_, on peut donc considérer que le traitement est terminé.

Les antalgiques, assortis de consultations espacées, restent à la charge de la Suva.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées à l'issue du 2<sup>ème</sup> séjour à la Clinique X.\_\_\_\_\_.

Dans une activité respectant strictement ces limitations, une pleine capacité de travail est envisageable.

(...) ».

**h)** Dans un rapport du 5 octobre 2012, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu comme diagnostic des lombalgies chroniques non déficitaires post-fracture de D7 et D12 et spondylodèse D11-L1 avec douleurs résiduelles. Il a également posé le diagnostic d'obésité, celle-ci n'étant pas du ressort de l'AI. Selon le Dr G.\_\_\_\_\_, l'assuré était totalement incapable d'exercer son activité habituelle depuis le 4 mars 2010, l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles étant exigible à 100% à compter du 20 juillet 2012. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire ou semi-sédentaire permettant l'alternance des positions et

assis, l'usage d'une selle ergonomique, pas de port de charges lourdes supérieures à 7 kg, pas de déplacement en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion répétées du tronc, pas d'usage de machines vibrantes, activités réparties sur cinq jours ouvrables. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il convenait de s'aligner sur la position du Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 juillet 2012.

Par communication du 18 décembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge un entraînement à l'endurance (art. 14a LAI) du 7 janvier au 6 avril 2013 auprès de la Fondation [...], à [...]. La mesure a été interrompue le 13 mars 2013, l'assuré ayant fourni des certificats médicaux du Dr N.\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité totale de travail du 27 février au 11 mars 2013, puis du 11 mars au 30 avril 2013.

Dans un rapport final de réadaptation, [...] a relevé que dès le début de la mesure, l'assuré n'avait jamais travaillé plus de deux heures par jour, et se plaignait de douleurs. Il a retenu que le droit aux mesures d'orientation professionnelle n'était plus ouvert et que le dossier était clos en ce qui concernait la réadaptation.

A la demande de l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_ a expliqué, dans un rapport médical du 30 mars 2013, que l'évolution clinique était défavorable depuis son rapport du 30 mars 2012, car il y avait une péjoration des douleurs résistant à tous les traitements et qui entraînait une « invalidation majeure ». Selon le Dr N.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de son patient dans une activité respectant strictement ses limitations fonctionnelles était nulle et les limitations fonctionnelles étaient totales selon son patient.

Dans un avis médical du 7 août 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_ a jugé que le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ ne rendait pas plausible une aggravation objective des problèmes de santé de l'assuré depuis l'examen du Dr M.\_\_\_\_\_ du 19 juillet 2012, que les empêchements rapportés par le

personnel de réadaptation ne prenaient pas racine dans la sphère médicale et qu'il maintenait dès lors sa position selon laquelle l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par communication du 12 août 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement (art. 18 LAI).

**i)** Dans un rapport médical à la CNA du 4 juillet 2013, le Dr K. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status deux ans après l'ostéotomie postérieure de soustraction pédiculaire de D12 pour cyphose post-traumatique et spondylodèse D9-L2 ainsi que des douleurs chroniques. Selon lui, le pronostic était réservé et le traitement était terminé, hormis de la physiothérapie à la demande.

L'assuré a été examiné une troisième fois par le Dr M. \_\_\_\_\_ qui a apprécié la situation de la manière suivante dans son rapport d'examen final du 15 août 2013 :

« Les antécédents de ce patient sont résumés dans mon rapport d'examen du 20.03.2012 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut.

Actuellement, le patient dit que la situation reste très insatisfaisante. Il souffre de douleurs pénibles dès qu'il bouge un peu. Il a aussi un sentiment d'endormissement des membres inférieurs s'il marche trop longtemps. Seul à la maison, le patient reste désœuvré. Il ne fait ni le ménage ni les courses. Il regarde un peu la télévision. Pour soulager ses douleurs, il doit se coucher à plusieurs reprises durant la journée.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient présentant maintenant un excès pondéral important, à la thymie abaissée, qui s'autolimité fortement en situation d'examen.

Objectivement, on retrouve une cyphose modérée. La percussion des apophyses épineuses est douloureuse au passage de la charnière dorso-lombaire. La musculature para-vertébrale est souple mais toute la région lombaire serait à la fois hypoesthésique et douloureuse à la palpation aussi légère soit-elle. La mobilité rachidienne est inévaluable chez un patient qui interrompt tous ses mouvements très rapidement. Les changements de position sont extrêmement précautionneux et lentement exécutés. On a l'impression que le patient est encombré de son corps. La station assise prolongée est en revanche soutenue sans aucune gêne apparente. La manoeuvre de Lasègue entraîne des douleurs lombaires aussitôt amorcée. Les ROT sont vifs et symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs.

Pour ma part, je n'ai pas d'explication médicale à ce handicap apparemment majeur et à cette impossibilité de réinsertion professionnelle.

Du point de vue orthopédique, rien ne s'oppose à ce que le patient travaille en plein dans une activité légère et autorisant des positions alternées comme celle qu'il avait à la Fondation [...].

(...)

Il vaudrait peut être la peine que le patient soit examiné par le Dr [...], à moins que notre Service administratif ne veuille pas examiner plus avant cet aspect des choses ».

**j)** Par projet de décision du 29 août 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 31 octobre 2012, trois mois après l'amélioration constatée le 20 juillet 2012. L'octroi de la rente reposait sur les motifs suivants :

« Depuis le 4 mars 2010 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Il ressort des pièces au dossier qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 4 mars 2011, vous présentiez une totale incapacité de gain dans toute activité professionnelle. Le degré d'invalidité s'élevait alors à 100%.

Votre état de santé s'est par la suite progressivement amélioré et à partir du 20 juillet 2012, vous présentez une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité sédentaire ou semi-sédentaire permettant l'alternance des positions assis et debout, l'usage d'une selle ergonomique, pas de port de charge supérieur à 7 kg, pas de déplacement en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, pas d'usage de machines vibrantes, activité répartie sur cinq jours ouvrables).

Si vous n'aviez pas de problèmes de santé, vous pourriez obtenir à l'heure actuelle, en exerçant votre activité d'aide-jardinier un revenu de CHF 63'050. Du point de vue médical, l'exercice d'une activité adaptée à 100% est raisonnablement exigible et vous permettrait de gagner CHF 55'598 par an selon les données statistiques ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique), par exemple : agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, ouvrier de conditionnement en matériel léger, ouvrier de production dans l'industrie de précision (alimentation de machines préréglées, assemblage de composants électroniques)

Le degré d'invalidité présenté dès le 20 juillet 2012 est calculé ainsi:

**Comparaison des revenus:**

sans invalidité                      CHF    63'050.00

avec invalidité                      CHF    55'598.50

La perte de gain s'élève à CHF 7'451.50 = un degré d'invalidité de 12%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Le droit potentiel à la rente naît le 4 mars 2011. Vous avez cependant déposé votre demande de prestations le 23 juin 2011 seulement. Dès lors, votre demande est tardive et la rente ne peut vous être allouée qu'à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011.

Vous avez bénéficié par la suite de mesure de réinsertion professionnelle auprès de la Fondation [...] à [...] du 7 janvier 2013 au 6 avril 2013. Durant la mesure, vous avez bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité ».

Dans un rapport médical du 8 novembre 2013 adressé au Dr N. \_\_\_\_\_ et à l'OAI, le Dr K \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status 3 ans post-ostéotomie postérieure de soustraction D12 pour cyphose post-traumatique et spondylodèse D9-L2, de status post-fixation postérieure et spondylodèse D11-L1 pour fracture de D12 et de syndrome douloureux chronique. Il a rappelé que la correction de la cyphose n'avait pas amélioré les douleurs de son patient, ce qui signifiait indirectement qu'elles n'étaient pas uniquement en relation avec le trouble statique. Il expliquait que les douleurs chroniques étaient un processus complexe et que l'on ne pouvait pas les traiter de façon simple et mécanique. Néanmoins, devant une cyphose avoisinant les 40°, on ne pouvait pas nier une relation de cause à effet. Le patient n'était plus en mesure d'effectuer un travail physique lourd à plein temps.

Par décision du 11 novembre 2013, l'OAI a confirmé son projet du 29 août 2013, allouant une rente entière d'invalidité à l'assuré du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 31 octobre 2012.

**k)** Dans l'intervalle, soit le 15 octobre 2013, l'assuré a été examiné par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu le diagnostic de dysthymie, lequel n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il a expliqué que les troubles thymiques étaient fluctuants au cours du temps et qu'un diagnostic de trouble dépressif ne pouvait pas être posé car les manifestations symptomatiques que présentait l'assuré étaient peu spécifiques et difficilement objectivables ; néanmoins l'ensemble de son comportement

manifestait une perturbation thymique mineure, raison pour laquelle il retenait le diagnostic de dysthymie. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a encore précisé ce qui suit :

« L'évolution a été caractérisée par une kinésiophobie et une amplification des plaintes qui n'a trouvé aucune explication alors que la situation du dos évoluait de manière très satisfaisante.

L'évolution du point de vue psychiatrique a été fluctuante avec un comportement douloureux plus ou moins marqué selon les périodes sans qu'il soit possible d'identifier des facteurs d'aggravation ou d'amélioration.

L'assuré présente actuellement des plaintes très nombreuses (troubles du sommeil, fatigue, humeur triste, idées suicidaires, rituels de contrôle) mais sans éléments objectifs. Il est évident que l'assuré présente une kinésiophobie marquée et qu'il se met en situation de dépendance. Il dit avoir fait une tentative de suicide par ingestion de médicaments. Mais aucun contrôle médical n'a été nécessaire. De même, il n'a jamais suivi de traitement psychiatrique et a arrêté le traitement de [...] qu'il a jugé inefficace.

J'exclus un diagnostic d'état de stress post-traumatique en raison de l'absence de cauchemars répétitifs, de reviviscence de la scène de l'accident et de comportements d'évitement.

J'exclus un diagnostic d'anxiété généralisée car l'anxiété n'est pas suffisamment marquée chez cet assuré. J'exclus également le diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif car les plaintes sont trop "légères" pour justifier un tel diagnostic et n'ont pas de répercussion notable sur la vie quotidienne de l'assuré ».

Par courrier du 11 novembre 2013, la CNA a informé l'assuré qu'elle considérait que les suites de l'accident étaient stabilisées, qu'elle mettait dès lors fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2013 et qu'il aurait droit à une rente d'invalidité à la date de la clôture du cas.

Par décision du 4 décembre 2013, la CNA a alloué à l'assuré une rente mensuelle d'invalidité de 812 fr. 20 à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2013, basée sur un taux d'invalidité de 19%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 31'500 francs.

**B.** Par acte du 12 décembre 2013, H.\_\_\_\_\_, par son mandataire, recourt contre la décision de l'OAI du 11 novembre 2013, concluant à son annulation, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision, sous suite de frais et

dépens. Il requiert en outre un délai au 31 janvier 2014 pour compléter son recours, après avoir pu prendre connaissance des avis des médecins traitants. Le recourant se réfère en particulier à un certificat médical établi par le Dr N. \_\_\_\_\_ le 2 décembre 2013, dans lequel il rappelle que son patient présente, depuis l'accident et les opérations qui ont suivi, la persistance d'une symptomatologie douloureuse invalidante localisée au rachis dorsal et lombaire, résistante à tous les traitements conservateurs. Le Dr N. \_\_\_\_\_ renvoyait en outre à son rapport du 30 mars 2013 à l'OAI, tout en précisant ce qui suit :

« A ce jour le patient peut demeurer « debout entre 30 les mauvais jours et 120 minutes les bons jours, le reste du temps [il est] couché ou assis tellement [il a] mal.

La rigidité de son dos opéré l'empêche de se pencher en avant, il ne peut rien ramasser au sol et est incapable de se laver les pieds ou se couper les ongles des pieds.

Il ne peut porter aucune charge car le moindre poids exacerbe ses douleurs.

Son sommeil est fortement perturbé par ses douleurs.

Un stage effectué en janvier 2013 dans le cadre de l'AI montrera clairement les profondes limitations fonctionnelles du patient.

Relevons enfin que je connais M. H. \_\_\_\_\_ depuis le 4.10.2011 et qu'il ne m'a jamais paru augmenter ses plaintes qui seront toujours identiques et malheureusement stationnaires.

Dans ce contexte difficile, la décision AI de refus de prestations ne m'apparaît pas compréhensible et devra faire l'objet d'un recours ».

Le 31 janvier 2014, l'assuré a maintenu ses conclusions et a produit un avis médical du 28 janvier 2014 du Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur du Département de l'appareil locomoteur du T. \_\_\_\_\_, adressé à son mandataire. Le Dr P. \_\_\_\_\_ explique que le recourant ne peut plus effectuer un travail lourd à plein temps, et qu'en particulier l'exercice de son travail de paysagiste n'est plus possible. A la question posée par le mandataire de savoir s'il était d'accord avec les conclusions des médecins des assurances selon lesquels la capacité de travail est entière dans une activité adaptée, le Dr P. \_\_\_\_\_ a répondu qu'il ne pouvait pas répondre à cette question sans évaluation des capacités fonctionnelles du recourant.

Dans sa réponse du 27 février 2014, l'OAI conclut au rejet du recours, précisant qu'il se rallie à l'avis médical SMR du Dr G.\_\_\_\_\_ du 10 février 2014 qu'il produit, tout en soulignant que ni le Dr P.\_\_\_\_\_, ni le Dr K.\_\_\_\_\_ n'affirment qu'une activité légère et adaptée ne pourrait pas être exercée, ce dernier indiquant pour sa part que seule une activité physique lourde ne peut pas l'être, ce qui n'est pas incompatible avec la décision. Il ressort ce qui suit de l'avis SMR :

« (...)

Le Dr N.\_\_\_\_\_ n'annonce dans son certificat du 2 décembre 2013 aucun fait nouveau les douleurs chroniques secondaires aux fractures vertébrales et à leurs traitements étant connu depuis décembre 2011 SMR (in K\_\_\_ courrier 15 décembre 2011) et prises en compte tant par la SUVA que le SMR.

Le Dr [...], psychiatre, avait examiné l'assuré le 16 avril 2012. A la fin de son consilium il ne retenait aucun diagnostic psychiatrique. Aucun problème de la sphère psychique n'a été retenu ou même évoqué depuis. Depuis les examens du Dr M.\_\_\_\_\_, de juillet 2012 et d'août 2013, examens précis, fouillées avec soucis du détail, il n'y a aucun élément médical objectif nouveau ou à même d'établir une aggravation qui ne nous ait été soumis. La différence d'avis entre le médecin de la SUVA et le médecin de famille ne constitue donc que l'appréciation différente d'une situation similaire.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a répondu à Fortuna par un rapport daté du 28 janvier 2013 et dans lequel il écrit au point 12 : « Je n'ai moi-même jamais vu ce patient. J'ai répondu à ces données sur dossier ». Ce rapport ne contredit pas l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_.

Nous maintenons donc notre position ».

Par courrier du 28 mars 2014, le recourant a déclaré n'avoir pas d'observations complémentaires à formuler.

### **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 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 13 novembre 2012 par l'OAI.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si l'intimé était fondé à supprimer la rente allouée au recourant dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012. L'intimé a reconnu à juste titre le droit du recourant à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 octobre 2012. Il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur ce point qui n'est pas contesté entre les parties.

**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 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à l'art. 6 LPGGA 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.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable. 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 un 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).

**b)** En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**c)** 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. 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\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1).

**d)** L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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 se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 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. 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 ; ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 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 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée

par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Toutefois, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6) (voir également TF 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; TF 9C\_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3).

**e)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

**f)** Selon la jurisprudence (cf. ATF 125 V 413 consid. 2b ; cf. TF 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPG.

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPG, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou

réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; cf. TF 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4).

**4.** Aux termes de sa décision du 11 novembre 2013, fondée essentiellement sur le rapport médical du 19 juillet 2012 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA (voir également son rapport du 15 août 2013), et le rapport du 5 octobre 2012 du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, l'intimé a alloué une rente entière d'invalidité au recourant, avec effet limité du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 31 octobre 2012. L'OAI a considéré que son incapacité de travail et de gain était totale à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par la loi (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), soit au mois de mars 2011, ce qui justifiait l'ouverture du droit à la rente, dès le sixième mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI). L'OAI a toutefois estimé que si l'exercice de l'activité habituelle d'aide-jardinier n'était plus possible, celui d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible de l'assuré à 100% dès le 20 juillet 2012, avec un préjudice économique de 12% conduisant à la suppression du droit à la rente le 31 octobre 2012, soit trois mois après l'amélioration survenue en juillet 2012 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

Le recourant, pour sa part, conteste l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à partir du mois de juillet 2012, se référant aux rapports médicaux de son médecin traitant, le Dr N.\_\_\_\_\_ des 30 mars et 2 décembre 2013. Il est d'avis qu'une instruction complémentaire sur ce point est nécessaire.

En l'occurrence, les opinions du médecin d'arrondissement de la CNA et du Dr N.\_\_\_\_\_ divergent fortement au sujet de la capacité de travail du recourant dès le 20 juillet 2012. En effet, le Dr M\_\_\_\_\_ considère, tant dans son rapport médical du 19 juillet 2012, postérieur au deuxième séjour de l'assuré à la Clinique X.\_\_\_\_\_, que dans son rapport du 15 août 2013, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité légère permettant l'alternance des positions. Le Dr M.\_\_\_\_\_ motive en substance cette évaluation par le fait que bien qu'il persiste objectivement une cyphose modérée, sans déficit neurologique aux membres inférieurs, l'ampleur des plaintes du recourant (lequel se plaint de douleurs continues, ainsi que d'un sentiment d'endormissement des membres inférieurs s'il marche trop longtemps [voir rapport du 15 août 2013]) ne s'explique pas par les atteintes constatées objectivement. Quant au Dr N.\_\_\_\_\_, il a estimé dans un premier temps (rapport du 30 mars 2012 à l'OAI) que l'assuré serait en mesure d'exercer une activité adaptée (activité légère avec alternance de positions) avec une performance de 50%, pronostiquant des algies chroniques dorsales importantes. Cependant, une année plus tard, ce médecin a attesté d'une totale incapacité de travail ainsi que de « limitations fonctionnelles totales » (rapport à l'OAI du 30 mars 2013), en raison d'une péjoration des douleurs résistants à tous les traitements.

Bien que les rapports du Dr N.\_\_\_\_\_ soient plutôt succincts et que la péjoration qu'il atteste en mars 2013 - le conduisant à retenir une incapacité de travail totale du recourant - n'apparaisse pas clairement objectivée (par nouvelle imagerie notamment), l'évaluation de la capacité de travail à laquelle le Dr M.\_\_\_\_\_ a procédé n'emporte pas conviction.

En effet, l'appréciation de ce dernier médecin n'est pas seulement contredite par le Dr N.\_\_\_\_\_, mais aussi par le Dr K.\_\_\_\_\_, lequel a estimé, dans son rapport du 11 juillet 2011, qu'après un séjour en clinique de réadaptation, l'assuré parviendrait au mieux à exercer une activité adaptée à un taux de 50%. Certes, le Dr K.\_\_\_\_\_ ne s'est plus prononcé sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré après ses deux séjours à la Clinique X.\_\_\_\_\_ (du 17 août au 13 septembre 2011, puis du 12 avril au 9 mai 2012) ; cependant, il a tout de même relevé, dans son rapport du 5 avril 2012, que la discopathie dégénérative D6-D7 présentée par le recourant pouvait expliquer un certain nombre de douleurs persistantes, alors qu'il était vrai que sa cyphose rentrait actuellement pratiquement dans le cadre des valeurs normales de la population. Enfin, si les médecins de la Clinique X.\_\_\_\_\_ ne se sont pas clairement prononcés sur la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, se limitant à considérer que l'on pouvait s'attendre à une capacité de travail « substantielle » dans une telle activité (soit une activité sans port de charges répété de plus de 7.5 kg, sans maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, sans exposition du corps aux vibrations, cf. le rapport médical des Drs W.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ du 14 mai 2012), ils n'ont pas pour autant exclu une diminution de rendement ou de durée du travail admissible. En précisant que l'ampleur des plaintes de l'assuré ne s'explique pas par l'atteinte constatée, le Dr M.\_\_\_\_\_ n'établit pas de manière suffisamment convaincante pourquoi il ne retient pas - si ce n'est une incapacité de travail totale - du moins une limitation du rendement ou de la durée du travail admissible.

Vu ce qui précède, la Cour de céans considère qu'à compter du 20 juillet 2012, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, des doutes subsistant quant à l'évaluation du Dr M.\_\_\_\_\_. Dans ces conditions, la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire - ce qui correspond aux conclusions du recourant - pour que cet office mette en œuvre, selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA, une expertise pluridisciplinaire. Celle-ci comprendra, d'une part, un volet orthopédique ou rhumatologique et, d'autre part, un

volet psychiatrique. En effet, il ressort des rapports médicaux au dossier (notamment du rapport médical du Dr K. \_\_\_\_\_ du 8 novembre 2013 au Dr N. \_\_\_\_\_ et à l'OAI) qu'une partie des plaintes du recourant est liée à un contexte psychiatrique défavorable qu'il conviendra d'intégrer dans l'analyse.

**5. a)** Il s'ensuit que le recours est admis. La décision attaquée est annulée s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant dès le 20 juillet 2012 et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens de ce qui précède.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et devant se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, par 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 2'500 fr., TVA comprise, vu le double échange d'écriture (voir également art. 7 TFJAS [tarif vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 ; RSV 173.36.5.2]) et de mettre à la charge de l'OAI qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 11 novembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée en tant qu'elle porte sur le droit aux prestations postérieurement au 31 octobre 2012, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Fortuna, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour H.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :