

# BGer 8C\_316/2023 vom 6. März 2024

Bundesgericht, 2024-03-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_316\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_316_2023)

FR: TF 8C\_316/2023 du 6 mars 2024

IT: TF 8C\_316/2023 del 6 marzo 2024

## Erwägungen

### E. 1

Le recours en matière de droit public (au sens des art. 82 ss LTF ) peut être formé pour violation du droit (circonscrit par les art. 95 et 96 LTF ). Le Tribunal fédéral applique le droit d'office ( art. 106 al. 1 LTF ). Il n'est limité ni par l'argumentation de la partie recourante ni par la motivation de l'autorité précédente. Il statue sur la base des faits établis par cette dernière ( art. 105 al. 1 LTF ). Cependant, il peut rectifier les faits ou les compléter d'office s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l' art. 95 LTF ( art. 105 al. 2 LTF ). Le recourant ne peut critiquer les faits que s'ils ont été constatés de façon manifestement inexacte ou contraire au droit et si la correction d'un tel vice peut influencer sur le sort de la cause ( art. 97 al. 1 LTF ).

### E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. L'arrêt attaqué expose de manière complète les dispositions légales et les principes jurisprudentiels relatifs à la notion d'invalidité ( art. 7 et 8 al. 1 LPGA en relation avec l' art. 4 al. 1 LAI ) et à son évaluation ( art. 16 LPGA et art. 28a LAI ), ainsi qu'à la valeur probante des rapports médicaux ( ATF 134 V 231 consid. 5.1). Il suffit d'y renvoyer.

### E. 3.1

La juridiction cantonale a considéré qu'il ne se justifiait pas de s'écarter de l'expertise réalisée par le docteur E.\_\_\_\_\_, laquelle remplissait les critères posés par la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En outre, l'expert avait décrit clairement les plaintes formulées par le recourant, ce que reconnaissent le docteur G.\_\_\_\_\_ et le docteur C.\_\_\_\_\_, ainsi que l'historique médical du recourant et l'anamnèse du dossier. Le docteur E.\_\_\_\_\_ soulignait toutefois les incohérences de ces plaintes, dès lors que le recourant marchait sans boiterie lorsqu'il ignorait être observé. Les premiers juges ont également considéré que le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) ou "complex regional pain syndrom" (CRPS) n'avait jamais été formellement posé par un médecin. En effet, si le docteur G.\_\_\_\_\_ avait constaté dans le rapport d'IRM du 3 février 2020 des signes qui pouvaient correspondre à un début de CRPS, constatation partagée par la radiologue ayant réalisé l'IRM, ces deux derniers praticiens ne posaient ni l'un ni l'autre un diagnostic formel, se contentant d'émettre des hypothèses et de mentionner une "suspicion". En outre, le diagnostic de CRPS avait été écarté par le docteur D.\_\_\_\_\_ dans ses rapports de juillet et décembre 2020. Par ailleurs, la cour cantonale a constaté que tous les médecins s'accordaient à reconnaître que le recourant ne souffrait d'aucune atteinte à la santé psychique, ce que lui-même ne contestait pas. Dans ces conditions, force était de constater que le recourant disposait d'une capacité de travail pleine et entière et que celle-ci n'avait jamais été limitée de manière durable. Au surplus, la cour

cantonale a retenu que le docteur G.\_\_\_\_\_ rejoignait le docteur E.\_\_\_\_\_ dans son affirmation selon laquelle la scintigraphie réalisée en novembre 2020 ne faisait état d'aucune anomalie et que les critères permettant de retenir un CRPS avaient dès lors disparu à cette date. Or le docteur G.\_\_\_\_\_ affirmait également que les premiers signes d'un début de CRPS ressortaient de l'IRM réalisée en février 2020. Partant, il devait être constaté que les signes cliniques d'un CRPS, si tant est qu'un tel diagnostic ait pu être posé, avaient duré moins d'une année, de sorte qu'un droit à la rente en découlant devait également être nié sous cet angle, si le trouble diagnostiqué devait être assimilé à une atteinte invalidante au sens de la loi. Cette dernière question n'avait au demeurant pas à être examinée, dans la mesure où l'existence même du CRPS n'était pas établie, les médecins traitants semblant au demeurant partir du principe, non vérifiable en l'espèce, qu'un tel trouble serait nécessairement invalidant et ce, dans tous les cas de figure.

### **E. 3.2**

En premier lieu, le recourant reproche à la juridiction cantonale d'avoir procédé à une constatation manifestement inexacte des faits pertinents reposant sur une mauvaise interprétation du rapport d'expertise du docteur G.\_\_\_\_\_ et, partant, d'avoir violé le droit fédéral. En substance, il lui fait grief de n'avoir pas compris la problématique médicale, confondant les symptômes ou critères cliniques d'un CRPS avec les constats radiologiques (IRM ou scintigraphie). Il fait valoir que le fait qu'il n'y avait plus d'anomalie (absence d'inflammation et d'assymétrie osseuse) à la scintigraphie du 25 novembre 2020 signifiait uniquement que le stade aigu (phase I) du CRPS était dépassé, mais non qu'il n'y avait jamais eu de maladie de Sudeck, bien au contraire. Le recourant souligne que dans tous ses rapports (des 23 février 2021, 6 septembre 2022 et 21 novembre 2022), le docteur G.\_\_\_\_\_ n'avait eu de cesse de répéter que les symptômes de la maladie de CRPS étaient réalisés et qu'au moment de ses examens cliniques (les 10 février 2021 et 1er septembre 2022), le recourant avait toujours des symptômes de la maladie qui évoluaient cependant favorablement au fur et à mesure du temps. Il ressortait ainsi de son rapport du 23 février 2021, sous symptômes actuels, des douleurs en continu jour et nuit, une boiterie antalgique, une sensation de compression comme un étai, des craquements. Selon le recourant, la cour cantonale avait donc interprété de manière arbitraire les rapports du docteur G.\_\_\_\_\_ et l'état de fait médical en niant les critères du CRPS, respectivement le diagnostic posé. Il fait valoir que le fait que le docteur D.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu les critères de Budapest deux ans après le traumatisme ne serait pas déterminant puisque le docteur G.\_\_\_\_\_ a constaté la présence des quatre critères de base hormis un seul symptôme (pas de température asymétrique ni oedème) trois mois après que le docteur D.\_\_\_\_\_ s'est prononcé.

Par ailleurs, le recourant relève que le fait que des signes du CRPS aient été constatés sur l'arthro-IRM du 3 février 2020 ne signifiait pas que la maladie n'aurait débuté qu'à cette date, comme l'avait retenu arbitrairement le tribunal cantonal, si tant est qu'un tel diagnostic eût pu être posé. Il ressortait en effet des rapports médicaux au dossier, en particulier du rapport du docteur G.\_\_\_\_\_ du 23 février 2021, que les symptômes du CRPS étaient déjà apparus dans le courant 2019 déjà.

S'agissant enfin des conséquences tirées par la cour cantonale sur le début et la fin de son incapacité de travail, elles étaient également arbitraires selon le recourant. Même si le docteur G.\_\_\_\_\_ ne pouvait pas affirmer à quelle date exacte le CRPS était apparu, l'état de santé du recourant n'avait fait que se dégrader depuis l'accident du 20 novembre 2018

avec des incapacités de travail dûment attestées par divers médecins, de sorte qu'il était également arbitraire de la part de la cour cantonale de retenir qu'un CRPS, si tant est qu'un tel diagnostic eût pu être posé, serait apparu en février 2020 pour cesser en novembre 2020. Le recourant estime qu'indépendamment du caractère arbitraire de la dénégation du trouble de CRPS par la cour cantonale, celle-ci aurait constaté de manière arbitraire que c'étaient ses médecins traitants qui avaient attesté du caractère invalidant du CRPS. Outre le fait que ce n'était pas d'emblée en raison du diagnostic de CRPS, mais en raison de l'évolution défavorable ayant entraîné des arthroscopies qu'il avait été mis au bénéfice d'une incapacité de travail, le recourant souligne que le docteur G. \_\_\_\_\_ n'était pas son médecin traitant, comme constaté à tort par la cour cantonale, mais un expert mandaté par la Caisse de prévoyance du personnel de F. \_\_\_\_\_. En outre, le fait que plusieurs autres médecins (les docteurs H. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ ainsi que son médecin généraliste le docteur I. \_\_\_\_\_) étaient d'avis que son atteinte était invalidante, à tout le moins tant que l'état n'était pas stabilisé, relevait d'un consensus que le tribunal cantonal aurait dû relever en lieu et place de le rejeter en bloc et de suivre l'avis isolé du docteur E. \_\_\_\_\_ en matière d'assurance-accidents. Ce médecin avait été mandaté dans la procédure et ses constatations avaient été conditionnées par la problématique de la causalité. Le docteur E. \_\_\_\_\_ n'avait du reste pas exclu un CRPS et ne s'était pas prononcé sur le caractère invalidant ou non d'une telle maladie. Par conséquent, la cour cantonale ne pouvait pas, sans arbitraire, mettre en doute le caractère invalidant d'une telle maladie.

#### **E. 4.1**

Le syndrome douloureux régional complexe (ou complex regional pain syndrome [CRPS]), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L. TURLAN/DR M. KONZELMANN, Syndrome douloureux régional complexe, in Revue médicale suisse 2019, p. 495). L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir:

- 1) Douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial
- 2) Au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes:
  - a) Sensoriel: le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie
  - b) Vasomoteur: le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur
  - c) Sudomoteur/oedème: le patient décrit un oedème et/ou une asymétrie de sudation
  - d) Moteur/trophique: le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau)
- 3) Au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) :
  - a) Sensoriel: confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie
  - b) Vasomoteur: confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur

c) Sudomoteur/oedème: confirmation d'un oedème et/ou asymétrie de sudation

d) Moteur/trophique: confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau)

4) Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques.

S'il est vrai que la doctrine médicale précise que les critères de Budapest sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM), elle indique également que sur le plan diagnostique, l'imagerie devrait être réservée aux formes douteuses (celles qui ne remplissent pas les critères de Budapest) et aux localisations pour lesquelles les signes cliniques sont souvent discrets et incomplets (par exemple, le genou) notamment. L'imagerie devrait de plus être réalisée précocement, moins de six mois après le début des symptômes (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN, Syndrome douloureux régional complexe: rôle du système nerveux central et implications pour la prise en charge, in *Revue médicale suisse* 2020, p. 886; F. LUTHI/M. KONZELMANN, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in *Revue médicale suisse* 2014, p. 271).

#### **E. 4.2**

Force est tout d'abord de constater, en l'espèce, que les motifs retenus par la juridiction cantonale pour écarter les conclusions du docteur G. \_\_\_\_\_ sont succincts et ressortissent plus d'une analyse formelle que matérielle de la situation. Même si une motivation plus circonstanciée aurait été souhaitable dans le cas d'espèce, il ne se justifie pas de renvoyer la cause à la juridiction cantonale à seule fin d'améliorer la rédaction des motifs de sa décision qui, comme on le verra, n'apparaît pas arbitraire dans son résultat.

#### **E. 5.1**

En ce qui concerne tout d'abord le diagnostic de SDRC ou CRPS, on relèvera que le 8 juillet 2020, le docteur D. \_\_\_\_\_ a constaté, au terme de son examen clinique, un patient en bon état général, très démonstratif, collaborant. La marche s'effectuait avec une boiterie de décharge mais restait néanmoins possible sans canne. L'examen statique montrait une amyotrophie quadricipitale à droite. Le docteur D. \_\_\_\_\_ a en outre noté l'absence de trouble trophique, de modification des phanères, d'érythème et de gradient thermique. L'examen sensitif montrait une allodynie à tous les modes au niveau de la face antérieure du genou. Ce praticien a conclu que l'assuré présentait des gonalgies d'allure mixte, nociceptive et neuropathique à la suite du traumatisme; il ne remplissait pas les critères de Budapest pour un CRPS.

Dans son rapport d'expertise du 1

er décembre 2020, le docteur E. \_\_\_\_\_ a constaté que le recourant ne présentait aucun trouble de la sensibilité, celle-ci étant décrite comme tout à fait symétrique sur tout le pourtour des deux genoux. Sur le plan vasculaire, il a également constaté l'absence de rougeur, chaleur ou tuméfaction ainsi que l'absence d'oedème ou de status variqueux. Il a posé les diagnostics de status après contusion antérieure du genou droit sur choc direct contre un adversaire au hockey le 20 novembre 2018, de status après deux arthroscopies du genou droit le 15 mai et le 16 octobre 2019 ayant entraîné une probable régularisation de quelques franges méniscales internes et externes, associées à une synovectomie antérieure +/- résection d'une plica synovialis, d'allodynie secondaire antérieure actuellement guérie

sans aucune séquelle au niveau du genou droit et de légère amyotrophie quadricipitale droite liée à une sous-utilisation, dans le cadre d'une appréhension manifeste à la charge, d'origine probablement psychosociale.

Le 23 février 2021, le docteur G. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'allodynie pré- et péri-rotulienne droite associée à une ostéoporose régionale mouchetée touchant la rotule et le condyle fémoral latéral droit (CT scan du 25 novembre 2020), de haute suspicion de status post CRPS type mixte avec status post traumatique par choc direct le 20 novembre 2018, status post arthroscopies les 15 mai et 16 octobre 2019 pour déchirure du ménisque externe et poursuite du traitement chez le docteur D. \_\_\_\_\_. Sous la rubrique "Symptômes actuels" de son rapport d'expertise, le docteur G. \_\_\_\_\_ a fait état de douleurs en continu surtout en position statique avec nette augmentation lors de la flexion du genou. Les douleurs pouvaient être variables mais jamais absentes. La nuit, l'assuré ne pouvait pas dormir à plat ventre car le genou appuyait sur le matelas. Au niveau fonctionnel, il n'y avait pas de lâchage, pas de faiblesse constatée, pas d'enflure. En revanche, il a noté une boiterie antalgique à gauche, une sensation comme une compression et le fait que le patient entendait parfois des craquements.

## **E. 5.2**

Quoi qu'en dise le recourant, il ne ressort d'aucun de ces rapports médicaux que les "critères de Budapest" (cf. consid. 4.1 supra) étaient tous remplis en l'espèce. Si l'on peut admettre l'existence du critère 1, il en va différemment des critères 2 et 3. Le recourant ne décrivait des symptômes que dans deux catégories (allodynie et dysfonction motrice dans le membre inférieur droit) alors qu'il en fallait un dans au moins trois catégories pour retenir le critère 2. Par ailleurs, si tous les médecins ont attesté une légère amyotrophie quadricipitale dans la catégorie moteur/trophique, seuls les docteurs D. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ - mais pas le docteur E. \_\_\_\_\_ - ont attesté une allodynie dans la catégorie sensorielle alors qu'il fallait un signe dans deux des catégories pour retenir le critère 3. Le docteur G. \_\_\_\_\_ admet lui-même n'avoir pas constaté que tous les critères de Budapest étaient remplis (mais presque tous uniquement), en précisant que cela était dû au caractère évolutif de la maladie (cf. rapport complémentaire du 6 septembre 2022, p. 2). Il n'a toutefois pas démontré que l'analyse des rapports des médecins précédemment consultés aurait permis de compléter cette lacune, ce qui n'est manifestement pas le cas.

Le recourant soutient que l'arthro-IRM du genou droit, réalisée en février 2020, révélait une légère hétérogénéité de la moelle osseuse prédominant au niveau sous-cortical du côté latéral, qui serait, selon le docteur G. \_\_\_\_\_, "assez typique pour la maladie de Sudeck". Dans ce sens, la radiologue qui avait réalisé cet examen s'était interrogée sur un éventuel début de maladie de Sudeck. Toutefois, comme on l'a vu, cinq mois plus tard, le docteur D. \_\_\_\_\_ expliquait, de manière probante, après les avoir expressément vérifiés, que les critères de Budapest permettant de constater une telle atteinte n'étaient pas remplis. Le docteur E. \_\_\_\_\_ posait le même constat que le docteur D. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 1

er décembre 2020. Enfin, une scintigraphie osseuse réalisée en novembre 2020 ne révélait pas de signe de CRPS. Dans ces circonstances, on ne peut certes pas totalement exclure que l'arthro-IRM de février 2020 traduise effectivement un CRPS débutant, qui n'aurait plus été actif lors de la scintigraphie réalisée en novembre 2020, comme le soutient le recourant. Les premiers juges pouvaient, néanmoins, sans arbitraire, considérer que cet examen et les

autres éléments mis en évidence par le docteur G.\_\_\_\_\_ étaient insuffisants pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une telle atteinte à la santé, entraînant une incapacité de travail durable, compte tenu des autres rapports médicaux au dossier.

### **E. 5.3**

S'agissant des conséquences de l'état de santé du recourant sur sa capacité de travail, les premiers juges ont suivi l'avis du docteur E.\_\_\_\_\_, lequel a considéré qu'en dehors d'une très légère amyotrophie de la cuisse droite, il n'existait aucun autre signe pouvant justifier, sur le plan orthopédique, un arrêt partiel ou total de l'activité habituelle de transporteur de malades. Tous les autres médecins consultés, antérieurement ou postérieurement à l'établissement de l'expertise du docteur E.\_\_\_\_\_, ont abouti à des diagnostics quasi-identiques si l'on exclut celui de "haute suspicion de status post CRPS" posé par le docteur G.\_\_\_\_\_. Seules divergent leurs conclusions se rapportant à l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Cependant, dans la mesure où certains médecins, bien que ne faisant pas état d'atteintes objectives à la santé, ont attesté une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée sans motiver plus avant leurs conclusions autrement que par la présence de douleurs au genou droit (cf. l'avis des docteurs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, ainsi que l'avis du docteur I.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré), il n'était pas arbitraire de ne pas prendre en considération leur opinion à ce sujet.

### **E. 6**

Dans un ultime grief, le recourant critique la réduction par la juridiction cantonale de la liste de frais produite par son avocate d'office pour la procédure cantonale. Si la partie à qui l'on a refusé l'octroi de l'assistance juridique pour la procédure cantonale dispose d'un intérêt digne de protection pour contester ce refus, elle n'est en revanche pas légitimée à contester le montant de l'indemnité allouée à son avocat d'office, qui seul a qualité pour recourir contre cette décision, non pas comme représentant de la partie assistée, mais en son propre nom ( ATF 131 V 153 consid. 1; arrêts 8C\_760/2016 du 3 mars 2017 consid. 5, 9C\_81/2016 du 2 mai 2016 consid. 6, 9C\_854/2015 du 14 janvier 2016 consid. 1, 5D\_205/2011 du 24 janvier 2012 consid. 2.3.3; JEAN MÉTRAL, in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 24 ad art. 59 LPGA ).

Par conséquent, dans la mesure où le recourant conteste le calcul de l'assistance juridique accordée dans la procédure cantonale, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur le recours.

### **E. 7**

Mal fondé, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable.

### **E. 8**

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires sont mis à la charge du recourant ( art. 66 al. 1 LTF ) qui ne peut prétendre des dépens ( art. 68 al. 1 LTF ). L'assistance judiciaire lui est toutefois accordée puisqu'il en remplit les conditions ( art. 64 al. 1 et 2 LTF ). Il est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser la caisse du Tribunal fédéral s'il devient ultérieurement en mesure de le faire ( art. 64 al. 4 LTF ).