

VD_GERICHTE ZD15.048863 vom 14. August 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-08-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.048863

FR: VD_GERICHTE ZD15.048863 du 14 août 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.048863 del 14 agosto 2017

Erwägungen

E. 4

membres ; il n'y a pas de syndrome cérébelleux. L'abdomen est proéminent, le foie ne paraît pas agrandi. Il n'y a pas de déficit neurologique en relation avec une atteinte dégénérative du rachis lombaire, nous n'avons pas de syndrome du tunnel carpien expliquant les paresthésies nocturnes ressenties par l'assurée. Au niveau ostéoarticulaire, nous n'avons pas d'élément orientant vers un rhumatisme inflammatoire. L'examen des genoux est surtout marqué par des douleurs à la palpation, avec une mobilité conservée, l'absence d'épanchement, l'absence d'amyotrophie, les tests méniscaux et les tests de stabilité sont sp ; nous avons un rabot rotulien à droite. Notre examen des genoux n'explique pas les troubles de la marche constatés en station debout. On rappellera que le dernier examen orthopédique à disposition, réalisé par le Dr O._____ le 14.02.2014, est également peu inquiétant avec une mobilité complète des genoux, seulement douloureuse en fin d'amplitude, l'absence d'épanchement, l'absence de laxité, le Dr O._____ n'avait pas de surcharge fémoro-patellaire ; il décrivait des douleurs des genoux diffuses essentiellement à la marche. Nous n'avons pas d'analyse détaillée de la marche, lors de sa consultation permettant de comparer le tableau clinique avec celui de ce jour. Au niveau des pieds, l'assurée n'a pas d'inflammation, elle a des douleurs diffuses à la palpation au niveau des avant-pieds, des deux côtés. Cet élément est discordant avec l'évolution clinique décrite par le Dr D._____ qui retenait en phase aigüe une petite tuméfaction en regard des têtes métatarsiennes 3 et 4 gauches avec une 3ème articulation électivement douloureuse.

- 7 - Ultérieurement, le 22.05.2013, le Dr D._____ décrivait une évolution favorable avec l'utilisation d'un support plantaire avec disparition des douleurs. Le diagnostic différentiel actuel est soit une récurrence d'ostéonécrose aseptique ou une amplification des symptômes. L'assurée se déplace avec une démarche très particulière, elle décharge partiellement les deux membres inférieurs avec deux cannes anglaises ; lorsqu'elle est à pieds nus et sans cannes, l'assurée talonne, elle a une légère boiterie gauche, et un élargissement du polygone de sustentation (les pieds sont écartés). L'écartement des membres inférieurs évoque une polyneuropathie sensitive, la décharge et l'importante difficulté à dérouler le pas sont liées soit à une aggravation de la situation au niveau orthopédique, soit à une amplification des symptômes. Il n'y a pas de polyinsertionite associée. Au niveau du rachis, nous avons un relâchement de la sangle abdominale, l'assurée se tient en légère flexion du tronc, elle n'a pas d'attitude antalgique. La mobilité du rachis lombaire est complète dans toutes les directions, il n'y a pas de syndrome rachidien, pas de sciatalgie irritative. L'assurée vient avec seul document radiologique son IRM des genoux du 05.09.2013, effectué en phase aigüe. Cet examen confirme la présence d'importants infarctus fémoro-tibiaux bilatéraux, encore partiellement en phase inflammatoire. Il n'y a pas d'atteinte ligamentaire pouvant expliquer l'instabilité ressentie

par l'assurée, d'ailleurs cette instabilité n'est pas reproduite à l'examen ostéoarticulaire. Les dernières radiographies réalisées par le Dr O. _____, le 10.02.2014, ne montrent pas de troubles dégénératifs secondaires. N'ayant pas de nouveaux clichés depuis bientôt un an, nous demandons un bilan standard au niveau des genoux et au niveau des pieds, le but est de voir s'il persiste des lacunes à l'endroit où siégeaient les infarctus et préciser s'il existe des troubles dégénératifs secondaires, voire d'autres infarctus osseux. Les clichés réalisés le 23.01.2015 montrent une gonarthrose débutante du compartiment interne du genou droit, un léger aplatissement des têtes des métatarsiens 2-3 gauches, comme séquelles des anciens infarctus. En regardant attentivement il existe également un léger aplatissement des têtes des métatarsiens 2-3 gauches compatibles avec des anciens infarctus. Il n'y a pas de troubles dégénératifs secondaires au niveau des pieds, pas de signe d'infarctus osseux au niveau des hanches. Nous n'avons pas d'explication aux douleurs diffuses des avant-pieds ressenties par l'assurée à la palpation. Nous n'avons pas de radiographies du rachis lombaires à disposition, les plaintes et l'examen clinique ne le justifient pas, nous concluons pour des lombalgies communes ne justifiant pas de limitations fonctionnelles durables. Les articulations sacro-iliaques sont mal définies sur la radiographie du bassin du 23.1.2015 ; au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique nous retenons un problème

- 8 - d'incidence, il n'y a pas d'éléments cliniques orientant vers une spondylarthropathie. En conclusion, l'atteinte à la santé principale présentée par l'assurée est très vraisemblablement une dépendance à l'alcool ayant entraîné des infarctus osseux et polyneuropathie. L'atteinte ostéoarticulaire justifie des limitations fonctionnelles d'ordre locomoteur mais pas de diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. L'assurée avait été vue il y a plusieurs années par un neurologue à [...], elle ne se rappelle plus de son nom. Nous avons transmis à l'assurée qu'il y avait lieu qu'elle soit revue par son neurologue afin d'avoir un deuxième avis sur ses difficultés à la marche et par rapport aux douleurs de ses membres inférieurs. Cette consultation neurologique est exigible. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, d'attaque de panique, de trouble phobique, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. Les quelques traits dépressifs et anxieux présents lorsque l'assurée est confrontée à ses difficultés actuelles sont discrets et ne nous permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble mixte de la personnalité à traits émotionnellement labiles et dépendants, non décompensé et sans incidence sur la capacité de travail. Relevons que le terme décompensation est tiré du vocabulaire de la médecine organique pour désigner des maladies ou troubles qui peuvent être pendant un certain temps compensés : c'est-à-dire qu'ils existent potentiellement mais que leurs conséquences néfastes n'apparaissent pas du fait de défenses, de ressources qui les équilibrent. Quand cet équilibre est rompu, le trouble va se manifester, il ne sera plus compensé par autre chose et la maladie sera dite décompensée. Nous avons retenu également le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25) de longue date, et sans incidence sur la capacité de travail. L'alcoolisme chronique n'est pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la

santé physique ou mentale engendrant une invalidité ni à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable. Il s'agit d'un alcoolisme primaire.

Anamnesticquement, « depuis deux mois seulement », l'assurée présente également une consommation de cannabis.

- 9 - En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Limitations fonctionnelles Atteintes ostéoarticulaires des membres inférieures : pas de marche sans s'arrêter au-delà de 500 mètres, pas montée/descente d'escaliers ; pas position debout prolongée au-delà de 10 minutes, assise au-delà d'une heure ; absence de port de charges. Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles à caractère incapacitant. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? L'assurée présente un premier épisode d'incapacité de travail totale limité dans le temps en relation avec l'ostéonécrose des têtes des métatarsiens gauches nécessitant un suivi par le Dr D._____. Incapacité totale dès le 23.11.2012 au 21.04.2013, reprise à 50% dans l'activité habituelle le 22.04.2013 (cf rapport d'entretien AI du 19.06.2013). Dans son courrier du 22.05.2013, le Dr D._____ confirme une reprise du travail à 100 % à partir du 6.05.2013. Dès lors, nous retenons une incapacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 06.05.2013 en s'appuyant sur l'évolution favorable de l'atteinte osseuse des métatarsiens gauches, décrite par l'orthopédiste traitant. Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle à partir du 05.09.2013, s'appuyant sur l'IRM des genoux mettant en évidence des infarctus osseux bilatéraux symptomatiques. L'assurée a une nette exacerbation de la symptomatologie 4 jours avant la visite aux urgences du 06.09.2013. Depuis lors, l'incapacité de travail reste totale dans l'activité d'employée d'entretien ; les infarctus étendus étant un facteur favorisant la survenue d'une gonarthrose précoce ; les clichés rx du 23.1.15 montrent une gonarthrose débutante du compartiment interne droit. Concernant la capacité de travail exigible, elle est complète dans une activité adaptée, en s'appuyant uniquement sur la problématique ostéoarticulaire. Par rapport à la date d'exigibilité, nous retenons la date de la consultation du Dr O._____ du 10.02.2014. Lors de cette consultation, le Dr O._____ ne retient pas d'indication à la pose d'une prothèse, il ne propose pas de modification de la prise en charge au niveau des genoux. La consultation attendue auprès du service de rhumatologie avait déjà été fait auprès de la Dresse V._____ en octobre et novembre 2013 ; elle avait exclu un rhumatisme inflammatoire. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'EMPLOYÉE D'ENTRETIEN : 0 % DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % DEPUIS LE : 10.02.2014. »

- 10 - Sur le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 20 février 2015, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps depuis son divorce (en 2005) comme femme de ménage. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 8 mai 2015 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a proposé un statut d'active à 80% et ménagère à 20%, dans la mesure où l'intéressée n'avait pas cherché à faire des offres d'emploi ailleurs qu'à la [...], et s'était contentée d'un 80% qui, selon ses dires, lui convenait bien finalement. Sur la part ménagère, les incapacités ont été évaluées à 42,4%. Le 2 juin 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente, sur la base des constatations suivantes : « Sur la base des éléments contenus au dossier,

vous travaillez pour le compte de la [...], en tant que nettoyeuse, à un taux de 47.5 %, au collège de [...], depuis septembre 2001, et en parallèle, en qualité d'aide de maison, à un taux de 32.5 %, à l'Accueil de jour de l'enfance [...], depuis mars 2008. Selon nos observations, vous continuez à exercer vos activités ci-dessus à 80% sans problèmes de santé. Les 20 % restants correspondent à vos travaux habituels. L'évaluation des empêchements ménagers s'élève à 42.40 %. Pour des raisons de santé, vous avez présenté les incapacités de travail suivantes : 100% 23.11.2012 01.12.2012 100% 03.12.2012 05.01.2013 100% 09.01.2013 03.03.2013 100% 06.03.2013 21.04.2013 50 % 22.04.2013 05.05.2013 Selon les renseignements médicaux en notre possession, à partir du

E. 6

En réplique, l'intimé a expliqué qu'en réalité, le degré d'invalidité de l'assurée n'était pas de 30,55% comme indiqué dans la décision querellée, mais de 22%. L'intimé s'est référé à un arrêt publié aux ATF 142 V 290 relatif à l'évaluation de l'invalidité pour les assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel sans consacrer leur temps libre à l'accomplissement de travaux habituels.

- 23 - En l'occurrence, la recourante, qui vit dans un appartement de deux pièces (cf. enquête ménagère), a indiqué sur le formulaire idoine qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% pour des raisons financières. Cette dernière travaille toutefois depuis 2008 au taux de 80% pour le compte de la commune de [...]; elle a admis dans le cadre de l'enquête ménagère s'être contentée de ce 80%, qui lui convenait finalement bien. Or le fait qu'une partie non atteinte dans sa santé décide de travailler à temps partiel est sans influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité – et dès lors n'entraîne pas l'application de la méthode mixte – sauf si cette personne consacre à ses travaux habituels le temps libre supplémentaire dont elle dispose. Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir. Les activités de loisir sont ainsi exclues de la définition des travaux habituels (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2, précisé par l'ATF 142 V 290 consid. 7). Il a ainsi été jugé qu'un assuré qui avait réduit son taux d'activité « uniquement pour pouvoir pratiquer du sport et non pour vaquer à ses activités ménagères » devait se voir appliquer la méthode générale de comparaison des revenus, et non la méthode mixte (TF 9C_432/2016 du 10 février 2017). Le cas de l'assurée se distingue toutefois de l'affaire précitée. S'il est exact qu'elle a admis ne pas avoir cherché d'emploi en dehors de la ville de [...], elle n'a jamais déclaré avoir intentionnellement maintenu son taux d'activité à 80% pour se consacrer à des activités de loisir. L'utilisation de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité telle que retenue dans le cadre de la décision attaquée n'est ainsi pas critiquable et doit être confirmée. Pour le surplus, les revenus avec et sans invalidité, et le taux d'incapacité sur la part ménagère, ne prêtent pas le flanc à la critique et doivent également être confirmés. Le taux d'invalidité fixé à 30,55% doit dès lors être confirmé. Inférieur à 40%, il n'ouvre cependant pas de droit à la rente.

E. 7

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 24 - 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En

l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). La recourante, au demeurant non assistée et qui n'obtient pas gain de cause, n'a e pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

- 25 -

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