

VD_GERICHTE ZD16.019982 vom 20. Juli 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-07-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.019982

FR: VD_GERICHTE ZD16.019982 du 20 juillet 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.019982 del 20 luglio 2017

Erwägungen

E. 19

novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

- 21 - b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.). 7. En l'espèce, la recourante conteste, d'une part, l'appréciation de la capacité de travail telle que retenue par l'intimé sur le plan somatique. D'autre part, elle reproche à l'OAI d'avoir mené une instruction lacunaire du volet psychique et requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. a) Sur le plan somatique tout d'abord, on rappellera que la recourante s'est blessée à l'épaule droite lors d'une chute le 14 janvier 2012. Selon les certificats médicaux produits au dossier, elle a été en incapacité de travail totale à partir du 4 février 2012. Le 26 avril 2012, elle a subi une arthroscopie de l'épaule droite, une synovectomie, une réparation transtendineuse de la coiffe des rotateurs, une acromioplastie et résection de la clavicule distale inférieure et une bursectomie partielle sous-acromiale. Malgré cette intervention, le Dr B. _____ a constaté la persistance de limitations fonctionnelles de l'épaule droite, sa patiente se plaignant en outre de douleurs et d'une perte de la mobilité de cette articulation. Cependant, lors de son examen du 20 juin 2014, le Dr A. _____ a observé que le périmètre du bras droit, entre l'épaule et le coude, au niveau du muscle du biceps, était plus élevé que celui du côté gauche. Or comme le relève ce médecin, lorsque, pendant deux ans, un

- 22 - membre supérieur n'est pas utilisé, surtout lorsqu'il est dominant, on trouve en général une atrophie musculaire sur ce côté-là, ce qui n'est pas le cas de la recourante. Cette appréciation est partagée par le Dr L. _____, qui, dans son rapport du 26 novembre 2014, indique qu'il n'y a pas d'amyotrophie des membres supérieurs avec des périmètres du bras droit de 33.5 cm à 10 cm du pli du coude contre 31.5 cm à gauche. Au niveau de l'avant-bras, il observe certes une discrète diminution du périmètre de l'avant-bras droit, mais non significative, ainsi qu'une discrète amyotrophie du deltoïde droit. Pour le Dr L. _____, ce status parle donc également contre une non-utilisation du membre supérieur. Le Dr L. _____ relève aussi que la force des membres supérieurs est

globalement bien conservée, de même que la sensibilité des quatre membres. Il note au surplus que si la mobilité de l'épaule droite est limitée, en raison en partie d'une résistance volontaire de la recourante, il existe une nette amélioration de l'antépulsion et de l'abduction actives et passives ainsi que de la rotation externe de l'épaule droite par rapport aux valeurs relevées par le Dr A. _____ lors de son expertise. Enfin, le Dr L. _____ rejoint le Dr A. _____ s'agissant de la lecture des résultats de l'IRM du mois de février 2014, examen qui s'avère pratiquement normal, ne montrant notamment pas de déchirure ligamentaire, ni d'épanchement dans la bourse acromiodeltoïdienne, d'œdème osseux ou encore de lésion dans la musculature étudiée. Dans ces conditions, le Dr L. _____ est d'avis que l'activité de femme de ménage n'est plus exigible. Il considère par contre que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans élévation supérieure de l'épaule droite à plus de 60°, sans travail nécessitant la mise de la main derrière le dos ou le lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, la capacité de travail de la recourante est de 100 % depuis l'expertise, soit dès le 24 novembre 2014. b) Il n'y a en l'espèce aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Dr L. _____, qui se fonde notamment sur une analyse complète du dossier et sur un examen clinique particulièrement bien étayé, et dont les conclusions sont claires et convaincantes. En particulier,

- 23 - il n'y a pas lieu de mettre en œuvre la mesure préconisée par le Dr A. _____, à savoir un examen de l'épaule droite sous anesthésie, puisque que comme l'explique le Dr L. _____, au vu de l'amélioration de la mobilité de l'épaule depuis l'examen du Dr A. _____, il est en mesure de se déterminer sans cet examen invasif. Quant à la problématique survenue par la suite au niveau de l'épaule gauche, elle ne permet pas de s'écarter de l'avis du Dr L. _____. Certes, la recourante présente actuellement une tendinopathie de la coiffe des rotateurs sur conflit sous- acromial de l'épaule gauche. Cependant, comme le relève le Dr B. _____, il n'y a pas de limitations fonctionnelles relatives à cette articulation, mais uniquement des arcs douloureux au-dessus de l'horizontale. Autrement dit, cette atteinte n'empêche pas l'exercice d'une activité adaptée telle que décrite par le Dr L. _____. De surcroît, s'agissant des limitations fonctionnelles de l'épaule droite mentionnées par le Dr B. _____ dans son rapport du 20 novembre 2015, force est de constater qu'elles ont déjà été prises en considération par le Dr L. _____ dans son rapport du 26 novembre 2014. Il convient dès lors d'admettre que l'état de santé de la recourante au niveau de l'épaule droite s'est effectivement amélioré à partir du mois de novembre 2014, ce qu'en réalité le Dr B. _____ ne conteste pas, puisque dans son rapport du 20 novembre 2015, il admet une capacité de travail de 50 % dans une profession adaptée, alors que dans ses précédents rapports, il considérait que cette capacité était nulle dans toute activité. Ce médecin n'explique cependant pas pour quelle raison il s'écarte de l'appréciation circonstanciée du Dr L. _____ s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, se contentant en fin de compte d'opposer sa propre appréciation à celle de son confrère, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en doute les conclusions bien étayées du Dr L. _____. Par conséquent, l'avis du Dr B. _____ ne saurait être suivi sur ce point. c) Ainsi, sur le plan somatique, force est de constater que la recourante présente bel et bien une amélioration de la mobilité de l'épaule droite, permettant une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles

- 24 - depuis la date de l'expertise, et que la problématique de l'épaule gauche survenue ultérieurement n'impacte pas ce constat. d) La recourante conteste également l'appréciation du volet psychique telle que réalisée par l'OAI. Or rien ne permet de conclure que l'état de

santé de la recourante sur le plan psychique serait invalidant. En effet, les deux attestations du Dr F. _____ et de la psychologue D. _____ sont extrêmement succinctes et font état de diagnostics qui ne ressortent pas de l'AI, à savoir de difficultés liées à certaines situations psycho-sociales et de difficultés liées au logement et aux conditions économiques. S'agissant du diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte et de trouble de la personnalité sans précision, on observera que le psychiatre ne constate aucune influence de ces atteintes sur la capacité de travail de sa patiente. Quant au Dr R. _____, qui n'est au demeurant pas psychiatre (cf. consid. 4b supra), il évoque certes la possibilité d'un état dépressif, mais sans formellement poser ce diagnostic et sans se prononcer sur une éventuelle conséquence de cette atteinte sur la capacité de travail de la recourante (cf. son rapport du 11 mars 2014). Dans ces conditions, la situation de la recourante sur le plan psychique ne saurait être considérée comme invalidante, ainsi que le relève d'ailleurs à juste titre le SMR dans son avis du 24 juillet 2015. 8. Il convient ainsi d'examiner le droit à la rente de la recourante. Dans la décision entreprise, l'OAI considère à juste titre que la recourante présente une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 4 février 2012 et que c'est à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI. A l'échéance de ce délai, soit le 4 février 2013, l'incapacité de travail est totale, dans toute activité. Toutefois, le droit à la rente ne prend naissance qu'à l'échéance du délai de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a

- 25 - fait valoir son droit aux prestations, soit en l'occurrence le 31 décembre 2012. Le droit à une rente entière est ainsi ouvert depuis le 1er juin 2013. L'OAI estime que l'état de santé de la recourante s'est par la suite amélioré, et que la reprise d'une activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles est exigible à 100 % depuis le 24 novembre 2014, appréciation qui n'est pas critiquable. Par conséquent, pour la période postérieure à cette date, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus avec (46'621 fr. 09) et sans invalidité (48'268 fr.) et a constaté que la perte de gain s'élevait à 1'646 fr. 91, soit un taux d'invalidité de 3.41 % qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. Compte tenu de ce qui précède, la recourante a effectivement droit à une rente entière d'invalidité du 1er juin 2013 au 28 février 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé (art. 88a al. 1 RAI). A partir de cette date, la recourante ne présente plus de taux d'invalidité suffisant pour lui ouvrir le droit à une rente. La décision querellée doit ainsi être confirmée sur ce point, étant précisé que les montants pris en considération par l'OAI dans son calcul, contrôlés d'office et au demeurant non contestés par la recourante, ne prêtent pas le flanc à la critique. 9. Reste à examiner la question du droit au reclassement. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. En vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Valterio, op. cit., p. 532 n° 2016 et réf. cit.). La conséquence de ce

- 26 - principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, op. cit., p. 533 n° 2018 et réf. cit.). b) S'agissant des mesures de reclassement en

particulier, un assuré a droit à de telles mesures lorsqu'en raison de la nature et de la gravité de l'atteinte à la santé, il subit une diminution durable de la capacité de gain de 20 % environ dans son activité lucrative antérieure ou dans les activités lucratives exigibles sans formation professionnelle additionnelle (TF 9C_511/2015 du 15 octobre 2015 consid. 3 et réf. cit.). c) Or en l'espèce, comme on l'a vu ci-dessus (cf. supra consid. 8), il résulte que la recourante présente un degré d'invalidité de 3.41 %, de sorte qu'elle n'atteint ainsi pas le seuil de 20 % ouvrant le droit à des mesures de reclassement. 10. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan psychique ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. supra consid. 6b supra). 11. a) En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetées, devra supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), arrêtés à 500 fr.

- 27 - Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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