

VD_GERICHTE ZD18.036054 vom 25. September 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-09-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.036054

FR: VD_GERICHTE ZD18.036054 du 25 septembre 2020

IT: VD_GERICHTE ZD18.036054 del 25 settembre 2020

Erwägungen

E. 5

a) En l'espèce, il est constant qu'ensuite de cet accident, l'intéressé présente désormais dans son activité habituelle de maçon une incapacité de travail totale (cf. notamment rapport final de la K. _____ du 24 juin 2016 et rapport du 29 janvier 2018 de la Dre SG. _____) ou quasiment totale (cf. rapport d'expertise du 24 septembre 2018 du Dr QZ. _____). Reste à déterminer s'il présente une capacité de travail dans une activité adaptée.

- 35 - A la faveur du second séjour du recourant à la K. _____, il a été diagnostiqué des troubles dégénératifs du carpe de la main droite, un kyste dans l'articulation radio-carpienne distale du poignet droit, une légère atteinte sensitive axonale du nerf ulnaire droit vraisemblablement localisée au coude, des otites et une hypercholestérolémie (cf. rapport final du 24 juin 2016 des Drs W. _____ et L. _____). Aucun diagnostic psychiatrique n'a cependant été retenu. Selon les médecins de la K. _____, les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour, plus exactement par les diagnostics précités. Ces médecins ont ensuite énuméré les facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles. Il s'agit soit de facteurs socioculturels ou psychosociaux, lesquels ne constituent pas une atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 in fine), soit d'atteintes relevant de la sphère psychique (état dépressif traité, catastrophisation, kinésiophobie), dont il doit également être fait abstraction de leur influence sur la capacité de travail comme on le verra ci-dessous (cf. consid. 5c infra). En relation avec ce qui précède, il est encore relevé que le Prof. V. _____ a également estimé qu'il était possible que des facteurs non-orthopédiques participent à « l'évolution actuelle » (cf. rapport du 24 avril 2017). Partant, les facteurs susmentionnés influençant négativement la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ne sont pas du ressort de l'intimé. A ce sujet, les Drs W. _____ et L. _____ ont retenu que les limitations fonctionnelles définitives étaient, au niveau de l'épaule droite, pas de port de charge ou travail en force au-dessus du plan des épaules, ports de charges en-dessous limité à 15 kg rarement, pas de restriction en-dessous de 7.5 kg, sans limitation dans les travaux fins, et, au niveau du coude et de la main, pas de ports de charges avec la main droite, pas de mouvements répétitifs du coude et de la main droits, pas travail de force avec le membre supérieur droit (cf. rapport final de la K. _____ du 24 juin 2016).

- 36 - b) Excepté les rapports de la Dre J. _____, médecin traitant du recourant, aucun rapport au dossier ne vient contredire cette appréciation. Les limitations fonctionnelles retenues par les Drs W. _____ et L. _____ l'ont été sur la base des indications de tous les intervenants, y compris celles de l'ergothérapeute G. _____ ou encore du Dr R. _____. Dans son rapport du 22 juin 2016, G. _____ a en effet relevé que le

recourant présentait des difficultés pour saisir des objets en hauteur, pour soulever des objets lourds, et n'arrivait pas à soulever

E. 10

kg. Quant au Dr R._____, il a constaté que les aspects pénalisant l'intégration socio-professionnelle liés au handicap étaient des douleurs et limitations fonctionnelles du membre supérieur droit (épaule, coude, poignet), une mobilité restreinte et un manque de force (cf. rapport de la phase initiale du 31 mai 2016). S'agissant du Prof. V._____, il a mentionné sur le plan objectif une discrète raideur résiduelle de l'épaule, plus marquée au niveau du poignet, des signes irritatifs sensitifs du nerf cubital au niveau du coude, une coiffe des rotateurs cependant en continuité et l'absence d'atrophie significative des corps musculaires (cf. rapport du 24 avril 2017). Force est de constater que ces constats sont compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues par les Drs W._____ et L._____. Il est précisé qu'en l'absence d'atteinte neurologique significative – les Drs W._____ et L._____ mentionnant uniquement une légère atteinte sensitive axonale du nerf ulnaire droit vraisemblablement localisée au coude (cf. rapport final du 24 juin 2016) –, il apparaît que l'amyotrophie de l'épaule droite du recourant est la conséquence de la limitation de la mobilisation du bras droit. Cette atteinte n'est de toute manière par déterminante et ne modifie en rien les limitations fonctionnelles retenues en relation avec le membre supérieur. A cet égard, le Dr D._____ ne retient pas de limitation fonctionnelle supplémentaire en lien avec l'amyotrophie (cf. rapport d'examen final du 31 mai 2017) et le Prof. V._____ ne la considère pas significative (cf. rapport du 24 avril 2017).

- 37 - Le recourant se prévaut également de douleurs au niveau du sacrum consécutives à une chute du 29 novembre 2017, se fondant à cet égard sur un certificat du 7 mars 2018 de la Dre J._____. Tout d'abord, force est de constater que la Dre J._____ n'a évoqué aucune incapacité de travail ou limitation fonctionnelle qui découleraient des atteintes lombo-sacrées qu'elle a décrites. Ensuite, la Dre LW._____ du SMR, qui a eu connaissance du dossier et en particulier dudit certificat du 7 mars 2018 de la Dre J._____, a estimé que l'affection était labile et ne devait pas constituer une limitation fonctionnelle additionnelle sur la durée (cf. rapport du 16 avril 2018). Quoi qu'il en soit, le rapport d'expertise bidisciplinaire du 24 septembre 2018 du Dr QZ._____ permet de compléter l'appréciation s'agissant du syndrome cervico-brachial et du syndrome lombo-vertébral. Au niveau somatique, ce médecin a ainsi posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome cervico-brachial récurrent, partiellement C6 irritatif D (discopathie C4-C5, C5-C6), de syndrome lombo-vertébral récurrent, sur probable arthrose facettaire postérieure L5-S1 (status post contusion sacro-coccygienne en novembre 2017), d'omalgies droites persistantes (téno-synovite et rupture quasi complète du sus-épineux et arthropathie acromio-claviculaire ; status post arthroscopie de l'épaule droite et toilette articulaire et résection du labrum antérieur et tédinodèse du long chef du biceps le 19 novembre 2013 ; status post arthrolyse endoscopique et mobilisation de l'épaule droite le 28 mars 2014) et de douleurs du poignet droit d'origine peu claire (status post suture et réinsertion dorsale du ligament triangulaire et chondrectomie par arthroscopie le 5 juillet 2013 ; status post ablation des deux broches du poignet le 6 septembre 2013 ; status post déchirure du ligament scapho-lunaire post traumatique le 30 septembre 2011). Il a également posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique (légère diminution du seuil de déclenchement à la douleur), d'hypertension artérielle stable sous traitement, de status post

cataracte bilatérale opérée, d'antrite à Helicobacter pylori en 2010, de status post résection polype sénile en 2010, de status post opération d'un

- 38 - ptérygion bilatéral en 2008 et d'hypercholestérolémie anamnesticque. Il a retenu que le recourant présentait par conséquent les limitations fonctionnelles suivantes : limitations des ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier au-dessus de l'horizontale en abduction et en antépulsion avec le membre supérieur droit de plus de 2 kg de manière répétitive, des mouvements de préhension avec la main droite de manière répétitive et, du point de vue purement rhumatologique, des mouvements en flexion-extension de la nuque. Pour l'essentiel, ces limitations fonctionnelles sont ainsi identiques, voire moins restrictives que celle retenues par les médecins de la K._____, dans la mesure où le Dr QZ._____ retient la possibilité de port de charges jusqu'à 2 kg en antépulsion alors que les médecins de la K._____ l'excluent. Seules diffèrent de l'appréciation des Drs W._____ et L._____, les limitations des mouvements en flexion-extension de la nuque, lesquelles sont en lien avec la discopathie cervicale d'origine dégénérative et n'ont dès lors pas été étudiées par les médecins de la K._____. Il y a cependant lieu de constater que même en tenant compte des syndromes cervico-brachial et lombo-vertébral, le Dr QZ._____, retient une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 10 %, précisant que cette diminution découle de la longue inactivité professionnelle, soit d'un facteur qui ne constitue pas une atteinte à la santé et ne relève dès lors pas de la responsabilité de l'intimé. Cette appréciation confirme celle de la Dre SG._____ (cf. rapport du 29 janvier 2018), qui avait considéré que, sur un plan médico-théorique, l'intéressé pourrait travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant précisé qu'il était probable que le recourant opposerait des douleurs à tout ce qui lui serait proposé. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité

- 39 - de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). En l'espèce, aucun rapport médical ne permet de confirmer, par des observations médicales concluantes, les allégations de douleurs qui iraient au-delà de celles reconnues dans le rapport final du 24 juin 2016 des Drs W._____ et L._____ et dans le rapport d'expertise bidisciplinaire du 24 septembre 2018 du Dr QZ._____. c) Le recourant invoque également une atteinte psychique. A ce sujet, la Dre J._____ a indiqué qu'ensuite de la perte de son intégrité corporelle et de sa capacité de travail, l'intéressé avait développé un état dépressif pour lequel il était traité par antidépresseur et qui entraînait également des troubles psychiques avec trouble de la concentration, fatigabilité accrue et résistance diminuée (cf. certificat du 5 décembre 2017). Par analogie avec la jurisprudence en matière d'expertise (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6), l'appréciation des effets d'une atteinte à la santé psychique devrait en principe émaner d'un psychiatre et s'appuyer *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu. En l'occurrence, le recourant n'est pas suivi par un médecin psychiatre et l'appréciation de la Dre J._____, laquelle est au bénéfice d'une spécialisation en médecine générale, ne saurait se substituer telle quelle à celle d'un confrère psychiatre. Par ailleurs, elle mentionne un état dépressif et relève quelques critères ne permettant ni de discerner l'un ou l'autre des diagnostics

constitutifs d'un trouble de l'humeur au sens de la CIM-10 (Classification internationale des Maladies – ICD-10 2014), ni d'en apprécier les effets intrinsèques sur la capacité de travail de son patient. Ainsi, jusqu'à la date du rapport d'expertise psychiatrique du 8 novembre 2018 du Dr FV. _____, il n'existait pas de diagnostic psychiatrique valablement posé. En outre, si celui-ci a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble de la symptomatologie somatique avec douleurs prédominantes léger à moyen

- 40 - chronique, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et de trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive en rémission, il n'a cependant retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a ainsi expliqué que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'intéressé était entière. En l'absence de rapports médicaux pertinents permettant de mettre en doute cette appréciation, elle doit être suivie. Ainsi, les troubles d'ordre psychique de l'intéressé ne réduisent pas sa capacité de travail. d) Partant, force est de constater qu'à l'exception des rapports de la Dre J. _____, les rapports au dossier convergent et permettent de statuer en connaissance de cause. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue au rapport du 24 juin 2016 des médecins de la K. _____, complété par le rapport d'expertise bidisciplinaire du 24 septembre 2018 du Dr QZ. _____ et le rapport d'expertise psychiatrique du 8 novembre 2018 du Dr FV. _____, ainsi qu'au rapport du 16 avril 2018 de la Dre LW. _____. Le recourant n'amène aucun élément médicalement objectivé susceptible de jeter le doute sur ces rapports. Il y a dès lors lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 6. Pour calculer le degré d'invalidité, l'intimé a retenu un revenu sans atteinte à la santé de 66'868 fr. 44 et un revenu avec atteinte à la santé de 60'467 fr. 37. a) S'agissant du revenu sans atteinte à la santé, il s'est fondé sur le salaire indiqué par l'employeur dans le questionnaire du 27 mai 2014, puis l'a indexé à 2016.

- 41 - En ce qui concerne le revenu avec atteinte à la santé, il s'est référé aux salaires de références ressortant des données statistiques ESS de l'année 2014 (ESS 2014, TA1_skill_level, niveau de compétences 1). Le salaire brut standardisé ainsi obtenu tenant compte d'un horaire de travail de quarante heures par semaine, l'intimé l'a adapté à la durée hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises de 41.7 heures (cf. La Vie économique), puis l'a également indexé à 2016, pour obtenir un revenu annuel de 67'185 fr. 97. Il a ensuite appliqué un taux d'abattement de 10 % à ce salaire annuel (cf. consid. 3b/ii supra) compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge du recourant, pour retenir en définitive le montant de 60'467 fr. 37. Cette manière de procéder n'est pas critiquable, étant relevé que l'intéressé n'émet d'ailleurs aucun grief concret à l'encontre du calcul opéré par l'intimé. Il est encore précisé que, même dans l'hypothèse où l'usage du membre supérieur droit était exclu, la jurisprudence relative au taux d'abattement en matière d'activité mono-manuelle (cf. TF 9C_649/2018 du 15 janvier 2019 consid. 4.4) permettrait de retenir au maximum un taux d'abattement de 25 %, ainsi qu'opéré par l'assureur maladie perte de gain (cf. décision du 28 novembre 2018). L'application de ce taux conduirait à retenir un revenu avec invalidité de 50'389 fr. 47 (67'185 fr. 97 – [67'185 fr. 97 x 0.25]). En découlerait alors une perte de revenu de 16'478 fr. 97 (66'868 fr. 44 - 50'389 fr. 47) et un degré d'invalidité de 24.6 %, lequel n'ouvrirait pas non plus le droit à une rente (cf. 3b supra), ni au demeurant à des mesures professionnelles, la capacité de gain du recourant ne pouvant en effet être améliorée (cf. art. 8 al. 1 let. a LAI). b) S'agissant de la critique de l'intéressé quant aux différents degrés d'invalidité calculés par les assureurs sociaux, il y a

lieu de constater que le degré d'invalidité retenu par la CNA (cf. décision sur opposition du 20 novembre 2017) est équivalent à celui de l'intimé et que le degré d'invalidité retenu par l'assureur-maladie perte de gain de 23 % (cf. décision du 28 novembre 2018) correspond à celui de 24.6 % qui serait retenu s'il était considéré que l'usage du membre supérieur droit du

- 42 - recourant était exclu. Or, comme vu ci-dessus, ce degré d'invalidité n'ouvrirait pas plus de droit à l'intéressé. Au demeurant, il est rappelé que l'assureur-invalidité n'est lié ni par l'évaluation de l'invalidité de l'assureur-accidents (cf. ATF 133 V 549 consid. 6 ; TF 9C_170/2017 du 8 août 2017 consid. 4.4), ni par celle de l'assureur-maladie perte de gain, par application par analogie de la jurisprudence fédérale précitée. Ces considérations valent par ailleurs également pour la date à partir de laquelle les assureurs sociaux ont estimé que l'état de santé du recourant était stabilisé. En outre, seul l'intimé a formellement fixé au mois de juin 2016 la stabilisation de l'état de santé de l'intéressé (cf. décision du 20 juin 2018 et rapport du 16 avril 2018 de la Dre LW. _____), mois durant lequel l'intéressé a effectué son second séjour au sein de la K. _____. Au terme de ce séjour, les Drs W. _____ et L. _____ ont considéré que « la situation [était] stabilisée du point de vue médical » (cf. rapport final du 24 juin 2016). c) Dite stabilisation étant fixée au mois de juin 2016, l'intimé était par conséquent légitimé à supprimer la rente entière, octroyée pour la période antérieure, après un délai de trois mois (cf. consid. 3c supra), soit au 1er octobre 2016. 7. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire en orthopédie et psychiatrie (cf. recours du 21 août 2018). Il convient de rejeter cette requête dès lors que les pièces au dossier permettent de statuer en connaissance de cause et que l'expertise requise n'aboutirait pas, selon toute vraisemblance, à poser d'autres constatations relatives à l'état de fait pertinent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 43 - b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) Par décision de la juge instructrice du 24 août 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 août 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Burysek. Cette dernière a produit sa liste des opérations le 18 juin 2019. Il en ressort un total 16.7 heures consacré tant à la présente cause qu'à celle sous référence AI 256/18. En particulier, la rédaction du recours a nécessité 13 heures. Cette durée est cependant disproportionnée. En effet, l'état de fait médical en procédure administrative devant l'intimé est pour l'essentiel identique au dossier de la CNA dans la cause AA 163/17 et le litige porte également sur l'appréciation de la capacité de travail du recourant en relation avec les atteints somatiques. Or, dans un arrêt rendu ce jour par la Cour de céans dans la cause concernant le dossier de la CNA (AA

163/17 – 142/2020), une pleine indemnité d'office a été accordée à Me Burysek. Dès lors, cette dernière connaissait déjà le dossier lors de la rédaction du présent recours et a pu passablement s'inspirer de celui rédigé dans la cause ouverte à l'encontre de la CNA, pour lequel elle a déjà été indemnisée. Il se justifie par conséquent de réduire le temps attribué à la rédaction du recours de

E. 13

heures à 6 heures. Le reste des opérations étant justifié, l'indemnité de Me Burysek est arrêtée à 1'955 fr. 40, débours et TVA compris. Ce montant concernant le travail effectué par Me Burysek tant dans la

- 44 - présente cause que dans celle ouverte sous référence AI 256/18, il se justifie de le répartir à raison de 1'455 fr. 40 dans le présent arrêt et de 500 fr. dans celui référencé sous AI 256/18. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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