

VD_GERICHTE ZD19.009591 vom 17. Oktober 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-10-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.009591

FR: VD_GERICHTE ZD19.009591 du 17 octobre 2019

IT: VD_GERICHTE ZD19.009591 del 17 ottobre 2019

Erwägungen

E. 5

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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. Au demeurant, 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

- 22 - bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables — de nature clinique ou diagnostique — qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre

2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

E. 6

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée le 15 juillet 2015 par la recourante et a repris l'instruction en requérant notamment des avis médicaux auprès

- 23 - des médecins ayant suivi celle-ci. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 16 avril 2013, par laquelle l'intimé a supprimé le quart de rente dont bénéficiait la recourante, et la décision litigieuse du 24 janvier 2019, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI. a) Dans le cadre de l'examen qui a abouti à la décision du 16 avril 2013, l'OAI s'est principalement fondé sur l'expertise médicale bidisciplinaire réalisée le 10 octobre 2012 par les Drs B._____, spécialiste en rhumatologie et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont les rapports ont été établis les 11 et 22 octobre 2012. Pour rappel, sur le plan rhumatologique, le Dr B._____ avait retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'omalgies et scapulargies droites récurrentes d'origine peu claire avec bursite sous-acromio claviculaire modeste et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), des lombopygalgies récurrentes avec sacro-iliite sur probable spondylarthropathie séronégative et périarthropathie de hanches des deux côtés, de status post-endométriose en 1997 et de status post-cautérisation du col utérin en 1994. A titre de limitations fonctionnelles, l'expert avait mentionné les mouvements de rotation et au-dessus de l'horizontal du membre supérieur droit ainsi que le port de charge de plus de 2 kg avec le membre supérieur droit. Il avait estimé que la capacité de travail de l'intéressée dans son ancienne activité était tout au plus de 30% et que dans son activité de patrouilleuse scolaire ou dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle était de 80% sans diminution de rendement (cf. rapport du 11 octobre 2012). Sur le plan psychiatrique, le Dr L._____ n'avait retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il avait évoqué une dysthymie (F34.1) et un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail.

- 24 - Le médecin précité avait ainsi estimé que la capacité de travail était de 100% dans toute activité (cf. rapport du 22 octobre 2012). En définitive, en tenant compte des volets rhumatologique et psychiatrique, la recourante disposait d'une capacité de travail de 30% dans son ancienne activité d'ouvrière de boucherie et de 80% dans une activité adaptée, étant précisé que le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social, ne présentait pas de caractère incapacitant. b) A la suite de la deuxième demande de prestations déposée le 15 juillet 2015 par la recourante pour fibromyalgie et rhumatisme spondylarthrite, le SMR a recueilli divers avis médicaux,

estimant que le caractère incapacitant et durable de ce type d'affection (spondylarthropathie) était tout à fait possible à admettre selon le degré de l'atteinte ainsi que selon la réponse au traitement (cf. avis du Dr W. _____ du 29 octobre 2015). aa) Sur le plan somatique, l'assurée souffre de différentes atteintes. aa/a) S'agissant de l'épaule droite, la situation s'était empirée, raison pour laquelle la recourante avait subi une première intervention chirurgicale le 4 juin 2013. L'évolution avait été favorable puisque quatre mois après de cette intervention, la recourante avait pu reprendre son activité de patrouilleuse scolaire à un taux de 30% (cf. rapport médical du Dr S. _____ du 4 octobre 2013). Elle présentait toutefois toujours des limitations fonctionnelles en lien avec cette épaule, dès lors qu'elle n'était pas à même d'élever le bras au-delà de l'horizontal. Le SMR avait retenu une capacité de travail dans une activité adaptée ménageant l'épaule droite de 80% (cf. rapport du 18 juillet 2014). Par la suite, la situation n'ayant fait que s'empirer, la recourante a dû subir une nouvelle intervention chirurgicale le 15 novembre 2016 à l'épaule droite (cf. rapport du Dr A.P. _____ du 25 janvier 2017). Dans un rapport du 28 juillet 2017, le Dr A.P. _____ indiquait que la récupération n'était pas

- 25 - encore totale tant sur le plan antalgique que sur le plan de la mobilité articulaire, tout en précisant que la recourante avait repris son activité de patrouilleuse scolaire à son pourcentage habituel (avec toutefois une adaptation s'agissant du lever de palette). L'OAI a reconnu une aggravation temporaire de trois mois, soit de novembre 2016 à janvier 2017, en lien avec l'intervention du 15 novembre 2016. Il a par ailleurs constaté que l'atteinte à l'épaule droite n'avait pas empêché la reprise de l'activité de patrouilleuse scolaire aux taux habituel. Les médecins consultés par la suite ont retenu des limitations au niveau de la mobilité de cette épaule (cf. rapport des Dres C. _____ et H. _____ du 20 novembre 2018), lesquelles avaient déjà été prises en compte dans le rapport d'expertise de 2012, dans lequel les experts avaient préconisé d'éviter des mouvements au-dessus de l'horizontal du membre supérieur droit ainsi que le port de charge de plus de 2 kg. Le rapport de la Dre R. _____ du 5 avril 2019, produit par la recourante dans le cadre de la procédure de recours, ne permet pas davantage de conclure à une aggravation et, partant, à une modification de la capacité de travail en lien avec l'atteinte à l'épaule droite. En effet, la médecin précité se contente d'indiquer que la recourante souffre de scapulagies avec une impossibilité de lever activement en abduction le bras au-delà de 60% et une impossibilité de lever le bras droit dans le dos, retenant à titre de limitations fonctionnelles l'absence de port de charges supérieures à 5 kg. Or les limitations retenues par la Dre R. _____ rejoignent celles des experts, lesquels avaient même mentionné des limitations plus strictes s'agissant du port de charges (maximum 2 kg). En définitive, si l'on peut effectivement retenir une aggravation temporaire de l'état de santé de la recourante en lien avec l'atteinte à l'épaule droite en raison de l'intervention subie en novembre 2016, on ne peut que constater que la recourante a, par la suite, repris son activité de patrouilleuse scolaire au taux habituel, ce qui tend à démontrer une amélioration de son état de santé. De plus, les médecins consultés n'ont pas retenu de nouvelles limitations fonctionnelles en lien

- 26 - avec cette atteinte. Ainsi, il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise de 2012 sur ce point. aa/b) Des douleurs à l'épaule gauche progressivement invalidantes – pour reprendre les termes du Dr B.P. _____ (cf. rapport du 28 juillet 2017) – sont apparues en mai 2017. Un examen IRM a ainsi été effectué le 17 mai 2017, lequel a mis en évidence une déchirure partielle interstitielle du tendon supra-épineux avec enthésopathie, y compris du tendon infra-épineux ainsi qu'une très nette

bursite sous-acromio- deltoïdienne. Le Dr A.P. _____ concluait à une « quasi impotence fonctionnelle » en lien avec cette épaule. Le SMR a indiqué, en date du 4 octobre 2018, que cette nouvelle atteinte avait été traitée conservativement depuis mai 2017 et que les atteintes décrites dans le rapport de l'examen IRM ne devaient pas être durables. Les Dres R. _____ et H. _____ ont retenu des limitations dans la mobilité de l'épaule gauche (cf. rapport du 20 novembre 2018), sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport du 5 avril 2019, la Dre R. _____ mentionne que la recourante a de la peine à effectuer son activité de patrouilleuse scolaire à raison de deux heures par jour, notamment en raison de scapulalgies bilatérales avec une impossibilité de lever activement en abduction les bras au-delà de 60°. Elle ne se prononce toutefois pas plus en détail sur la capacité de travail de celle-ci. En l'occurrence, on ignore quelles sont les répercussions de l'atteinte à l'épaule gauche sur la capacité de travail de la recourante. En effet, cette atteinte est apparue bien après l'expertise réalisée en 2012, si bien que le rapport corrélatif à cette expertise n'en tient pas compte. Par ailleurs, aucun médecin intervenu par la suite ne s'est clairement prononcé quant aux effets de cette atteinte sur la capacité de travail de la recourante. Le SMR aurait ainsi dû investiguer plus avant concernant l'atteinte précitée et ne pouvait se contenter de la simple supposition que celle-ci ne devait pas durer.

- 27 - aa/c) Pour ce qui est de la spondylarthropathie, diagnostic déjà évoqué dans le rapport d'expertise de 2012 sous forme d'éventualité (« lombopyralgies récurrentes avec sacro-iliite sur probable spondylarthropathie séronégative ») et considéré comme n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail, le SMR a estimé que le caractère incapacitant et durable de ce type d'affection était tout à fait possible à admettre selon le degré de l'atteinte ainsi que selon la réponse au traitement (cf. avis des 29 octobre 2015 et 8 août 2016). Différents traitements ont été prescrits (traitement par AINS, traitement par Enbrel, traitement par Méthotrexate), lesquels se sont révélés inefficaces. Dans un rapport du 16 octobre 2017, la Dre R. _____ indiquait qu'un traitement d'Humira venait d'être débuté et que la recourante avait diminué son temps de travail dans son activité de patrouilleuse scolaire à deux heures par jour (au lieu de trois heures par jour) en raison de l'augmentation des douleurs articulaires et péri- articulaires qu'engendrait une telle activité. Le SMR a conclu, dans un avis du 27 septembre 2018, que le traitement d'Humira devait améliorer la symptomatologie au niveau du rachis et a conclu à l'absence de nouvelles limitations fonctionnelles. Il a ainsi formulé une hypothèse qui n'a pas pu être vérifiée. Au contraire, dans un rapport du 20 novembre 2018, les Dres C. _____ et H. _____ ont indiqué qu'il était impossible de se prononcer sur le taux de présence possible dans une activité adaptée, dès lors que le travail exercé par la recourante à 25% (environ deux heures par jour réparties sur cinq tranches) en fractionné était déjà extrêmement difficile pour elle et qu'il fallait s'attendre à une baisse de rendement dans une activité adaptée en raison d'une fatigabilité importante associée à une limitation de la mobilité articulaire de plus en plus sévère lors de la répétition de mouvements. Les médecins précitées ont ainsi retenu une nouvelle limitation fonctionnelle, à savoir que la recourante devait éviter la station debout pour une durée supérieure à 20 ou 30 minutes. Or le SMR a conclu que le rapport précité ne faisait que confirmer son appréciation selon laquelle des limitations objectives étaient retenues au niveau des épaules et pour la station debout limitée à 30

- 28 - minutes, tout en précisant que les douleurs du rachis ne répondaient pas au traitement, ce qui était attendu. Cette limitation fonctionnelle n'avait cependant jamais été évoquée

auparavant. Dans son rapport du 5 avril 2019 produit dans le cadre de la procédure de recours, la Dre R._____ nous apprend qu'un nouveau traitement immunosuppresseur à base de Remicade a été introduit en avril 2019, le traitement d'Humira ayant été interrompu en mai 2018 en raison de son inefficacité. Elle mentionne à nouveau que la recourante évoque des difficultés à effectuer son activité de patrouilleuse scolaire durant deux heures par jour en raison notamment d'une aggravation des dorso-lombalgies lorsqu'elle reste en position debout et retient, entre autres, comme limitations fonctionnelles, les mouvements répétitifs, le fait de rester dans une position statique et de se pencher en avant. Le SMR s'est contenté de mentionner que le status clinique paraissait toujours compatible avec l'activité de patrouilleuse scolaire à raison de deux heures par jour et a considéré qu'il n'y avait pas d'incompatibilité médicale en lien avec cette activité. Dans le même temps, il a conclu, de manière contradictoire, à une capacité de travail de la recourante de 80% dans une activité adaptée. Ce raisonnement ne saurait être suivi. En effet contrairement à ce qu'a retenu le SMR, le fait que la spondylarthropathie n'ait répondu à aucun traitement tend plutôt à démontrer le caractère incapacitant et durable de cette affection. A cet égard, les avis médicaux des Dres R._____, d'une part, et C._____ et H._____, d'autre part, évoquent certes la difficulté de la recourante à effectuer son activité de patrouilleuse scolaire ne serait-ce que deux heures par jour et retiennent de nouvelles limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte, mais ne se prononcent pas clairement sur les répercussions de dite atteinte en termes de capacité de travail. Le SMR ne pouvait donc pas conclure simplement à l'absence d'incompatibilité médicale sans examiner plus avant cette question. bb) Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic invalidant n'avait été retenu au terme du rapport d'expertise psychiatrique du 22 octobre 2012. Seuls une dysthymie et un trouble douloureux somatoforme

- 29 - persistant avaient été posés comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. En effet, l'expert avait considéré que l'intensité des troubles semblaient similaires à ceux existant dans l'expertise du COMAI de juin 1999, mais qu'en appliquant les nouveaux critères jurisprudentiels en vigueur lors de l'expertise de 2012, on ne pouvait envisager un aspect incapacitant de cette symptomatologie douloureuse. Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée le 15 juillet 2015, ni la recourante, ni les médecins consultés n'invoquent de nouveau diagnostic ou une aggravation d'un diagnostic existant qui aurait un effet sur la capacité de travail de celle-ci. Partant, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'avis de l'expert L._____, lequel avait considéré que la capacité de travail de la recourante était de 100% dans toute activité, en ce qui concerne le volet psychiatrique. c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). En l'absence d'une appréciation médicale exhaustive tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé présentées par la recourante, il se justifie de procéder à un complément d'instruction. Il convient, par conséquent, de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la

procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise rhumatologique conforme aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA, - 30 - permettant d'apprécier la gravité des atteintes, en particulier en ce qui concerne l'épaule gauche et la spondylarthropathie, ainsi que les répercussions de celles-ci sur la capacité de travail de la recourante. Il appartiendra à l'intimé de rendre ensuite une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante et, notamment, de procéder au calcul du revenu avec invalidité en tenant compte d'une activité véritablement adaptée, étant précisé que l'activité de patrouilleuse scolaire n'existe qu'à un taux très partiel, compte tenu de l'horaire scolaire, et ne peut donc que constituer une activité accessoire.

E. 7

En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

E. 8

a) 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, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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