

VD_GERICHTE ZD19.027453 vom 23. März 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-03-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.027453

FR: VD_GERICHTE ZD19.027453 du 23 mars 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.027453 del 23 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

E. 2.3

; 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 7.3). Le Tribunal fédéral a également constaté que les organes de l'assurance-invalidité avaient renoncé à confier des mandats d'expertise à la Clinique F. _____ depuis 2015 (cf. réponse du Conseil fédéral à la question de Madame la Conseillère nationale Rebecca Ruiz 18.5054 "La Clinique F. _____ a-t-elle encore la confiance de l'OFAS?" ; consultable sur le lien

<<https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185054>> [consulté le 14 février 2020] ; TF 8F_8/2018 consid. 2.3.3).

b) En l'espèce, les expertises confiées à la Clinique F. _____ ont été effectuées sur mandat de l'assurance maladie perte de gain et ont été versées au dossier au même titre que le dossier de cette assurance. Compte tenu de la jurisprudence précitée, les rapports d'expertise des 29 juillet 2016 et 19 janvier 2017 ne pouvaient servir de fondement à la décision relative au droit aux prestations de l'assurance-invalidité. 7. A ce stade, il s'agit d'examiner si les pièces médicales au dossier permettent à l'intimé d'apprécier de manière circonstanciée l'état de santé du recourant ainsi que les éventuelles répercussions négatives de celui-ci sur sa capacité de travail.

- 13 - a) Sous la plume du Dr L. _____, le SMR a établi un rapport en date du 6 novembre 2017 dans lequel il a retenu comme atteinte principale invalidante une atteinte de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ainsi qu'une gonarthrose des deux côtés prédominante à droite et une aponévrosite plantaire gauche. A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a retenu un status post cure du tunnel carpien à droite, non opéré

à gauche, des épicondylalgies droites, une hypertension artérielle, un diabète de type II, une obésité, un syndrome métabolique ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil. Compte tenu des limitations fonctionnelles présentées par le recourant, il a estimé que sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment indépendant mais qu'elle était en revanche entière dans une activité adaptée à son état de santé. Le 26 octobre 2018, le SMR a rendu un nouvel avis médical, dans lequel il a déclaré que les nouveaux rapports médicaux versés au dossier ne modifiaient pas son appréciation de novembre 2017. b) Dans la mesure où le rapport du SMR du 6 novembre 2017 se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise de la Clinique F. _____ du 19 janvier 2017 et que celui-ci a été écarté, il convient de se demander si d'autres rapports médicaux au dossier permettent de confirmer les conclusions du SMR. aa) En ce qui concerne les genoux et les épaules, le Dr H. _____ a souligné, dans son rapport du 30 avril 2017, que la marche du recourant s'effectuait sans réelle boiterie. Il a en outre relevé l'absence de trouble neurovasculaire grossier des membres inférieurs. Au terme de son examen du genou droit, il a constaté que les cicatrices d'arthroscopie étaient calmes sans signe inflammatoire. Le genou était légèrement tuméfié mais sans érythème ni chaleur et il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire. La palpation de l'interligne fémoro-tibial interne était sensible mais les tests méniscaux étaient négatifs. Il y avait également une sensibilité du compartiment externe, les tests méniscaux étant également négatifs. Si le signe du rabot était légèrement positif, il n'y avait toutefois pas d'appréhension rotulienne et l'appareil extenseur était

- 14 - compétent. Quant au genou gauche, sa mobilité était symétrique et il n'y avait pas de problème cicatriciel ni d'épanchement intra-articulaire. Si une sensibilité à la palpation des interlignes interne et externe était retrouvée, les tests méniscaux étaient cependant négatifs. Le signe du rabot était légèrement positif mais l'appareil extenseur était compétent. Sur la base de son examen, il a posé le diagnostic de gonarthrose bilatérale à prédominance fémoro-tibiale interne. De son côté, le Dr N. _____ a indiqué en date du 27 octobre 2017 que si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, elle pouvait en revanche atteindre 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par les troubles présentés par le recourant aux genoux et à la main droite sans qu'il ne précise davantage en quoi elles consistent. S'agissant des documents d'imagerie, le compte-rendu de l'IRM du genou droit pratiqué le 8 octobre 2015 a conclu notamment à l'existence d'une gonarthrose du compartiment interne avec chondropathie fémoro-tibiale de stade III à IV tandis que l'échographie de l'épaule droite réalisée le 19 décembre 2016 a mis en évidence une déchirure transfixiante de la partie antérieure du tendon du supra-épineux sur tendinose chronique avec un clivage intra-tendineux du tendon du sub-scapulaire et un signe de bursite chronique. Aucun de ces deux documents ne se prononçait sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. On constate que ces avis médicaux sont peu étayés, ne posent pas de diagnostic relatif aux atteintes aux épaules, n'examinent pas de manière approfondie la capacité de travail dans une activité adaptée et ne se prononcent pas sur les limitations fonctionnelles. Les atteintes relatives aux genoux et aux épaules sont celles qui, selon l'office AI, ont une répercussion sur la capacité de travail (cf. rapport du SMR du 6 novembre 2017). Or, aucun document médical ne permet d'établir ces points. Le rapport du 6 novembre 2017 n'est pas étayé et n'est pas fondé sur un examen clinique. Il reprend simplement les conclusions du rapport d'expertise de la Clinique F. _____ du 19 janvier 2017. On observe dès lors que les atteintes aux genoux et aux épaules n'ont pas fait l'objet de réelles mesures d'instruction, lesquelles se révèlent insuffisantes après mise à l'écart des rapports d'expertise de la Clinique F. _____. Les

- 15 - constatations de l'intimé sur ces atteintes ne trouvent donc pas de fondement médical dans le dossier. L'évaluation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail ne peut par conséquent être faite sur la base du dossier tel que constitué qui ne comporte pas d'élément probant à ce sujet. bb) En ce qui concerne le tunnel carpien, il convient de rappeler que le recourant a fait l'objet, en date du 1er avril 2016, d'une intervention chirurgicale en raison d'un syndrome du tunnel carpien droit. Dans son rapport du 11 août 2016, le Dr Q. _____ a constaté la persistance d'une atteinte moyennement importante du nerf médian droit au niveau du canal carpien, sans changement significatif par rapport à la situation ayant donné lieu à son rapport du 3 février 2016 et l'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf ulnaire droit au poignet. Il a ajouté que, dès lors que le patient se plaignait de douleurs et de troubles sensitifs situés plutôt dans le territoire du nerf ulnaire, il avait encore pratiqué une étude du nerf ulnaire droit, laquelle avait révélé une bonne préservation de la latence et de l'amplitude des potentiels moteurs et sensitifs distaux, une bonne préservation également de la vitesse de conduction sensitive cinquième doigt/poignet et l'absence de dénervation dans le premier interosseux dorsal, le tout n'apportant pas d'arguments en direction d'une atteinte du nerf ulnaire au passage du Guyon et plus distalement au niveau de la main. Il a conclu que, compte tenu du caractère des plaintes ainsi que des constatations cliniques et électrophysiologiques, il restait difficile de dire quelle était la cause exacte des troubles présentés par le recourant. Le 2 juillet 2016, le Dr A. _____ a constaté notamment que les suites opératoires étaient simples et apyrétiques. A l'ablation de l'attelle rigide et des fils ainsi qu'au remplacement par une attelle amovible le 18 avril 2016, le recourant n'avait eu aucune plainte. Au contrôle du 17 mai 2016, il s'était toutefois plaint de rougeur et de douleurs à la paume de la main droite ; l'examen clinique retrouvait une cicatrice calme, une main légèrement tuméfiée sans signes d'infection ni

- 16 - signes neurologiques ; le recourant lui avait signalé qu'il s'était servi de sa main droite pour quelques travaux ménagers. En date du 7 novembre 2016, la Dre K. _____ a relevé les plaintes du recourant et indiqué qu'elle ne remettait pas en cause ses dires mais qu'elle pensait qu'il y avait plusieurs problèmes différents ; outre le fait qu'il se disait très gêné par son épaule droite, il se trouvait dans une situation socio-économique extrêmement précaire. Pour ce qui concerne la main, elle a souligné qu'il était possible qu'il y ait eu une libération incomplète du nerf médian, tout en faisant remarquer que ces douleurs diffuses pouvaient être mises en évidence avec une atteinte de type sudeckoïde ; les paresthésies décrites sur le dos de la main ne correspondaient pas au territoire du nerf médian, ni du nerf cubital. Le 9 février 2017, ce médecin a observé à l'examen clinique que le poing était complet, que l'opposition du pouce était complète et qu'il existait un très discret déclic à la fermeture du médius et de l'annulaire à droite ; il n'y avait pas de Tinel à la percussion du nerf médian. Elle a confirmé que les électromyogrammes du Dr Q. _____ ne mentionnaient à aucun moment d'atteinte au nerf cubital, ajoutant qu'elle ne pensait donc pas qu'il s'agissait d'une récurrence du tunnel carpien. Elle n'a trouvé aucune explication pour les paresthésies qui touchaient le dos de la main et qui étaient avancées comme le symptôme le plus désagréable. Elle a proposé une infiltration et conseillé la reprise du travail à temps partiel, ce qui lui paraissait réalisable au vu du statut d'indépendant. Le 22 mai 2017, la Dre D. _____ n'a constaté aucun trouble au niveau moteur sur la main droite, l'enroulement des doigts étant sans particularité et complet ; la distance pulpe-paume était nulle et l'opposition du pouce selon Kapandji à 10 des deux côtés. Le Tinel était positif sur la cicatrice à droite avec une sensibilité diminuée sur la pulpe du troisième doigt et une

sensation bizarre sur le quatrième et le premier doigt de la main droite. La cicatrice était calme et souple hormis ce signe de Tinel en regard. La force de préhension mesurée au dynamomètre de Jamar était de 19 kg à droite par rapport à 37 kg à gauche.

- 17 - Dans son rapport du 2 juin 2017, le Dr Q. _____ a relevé que, pour le nerf médian droit, les valeurs neurographiques étaient pratiquement superposables à celles constatées préalablement. Quant au nerf médian gauche, la comparaison du bilan électrophysiologique pratiqué le 2 juin 2017 ne révélait pas de modification significative des paramètres électrophysiologiques par rapport au bilan effectué au mois de février 2016. Il n'a au surplus observé aucune anomalie significative sur le nerf médian gauche. Il a également constaté qu'il n'y avait pas de menace fonctionnelle, ni pour le nerf médian droit, ni pour le gauche. Le 28 mai 2018, la Dre D. _____ a notamment indiqué qu'elle pensait qu'avec ses troubles sensitifs et de la force, le recourant pouvait être « embêté » dans sa profession qu'il avait par ailleurs abandonnée depuis plusieurs mois. L'intimé n'a pas retenu d'atteinte invalidante au niveau du tunnel carpien. Les rapports médicaux au dossier examinent la possibilité d'éventuelles atteintes fonctionnelles au niveau du tunnel carpien et aucun ne constate de limitation fonctionnelle post cure du tunnel. Les conclusions du SMR sur ce point pourraient être confirmées, les constatations dans les différents rapports médicaux étant convergentes. La vague déclaration non étayée de la Dre D. _____, selon laquelle le recourant pourrait être « embêté » dans sa profession, ne suffit pas à considérer que l'atteinte pourrait avoir une incidence sur la capacité de travail, même dans l'activité habituelle. Les conclusions des médecins, y compris de la Dre D. _____, vont dans le sens de l'absence de trouble moteur à la main. 8. a) A la lecture de l'ensemble des rapports médicaux au dossier, on constate que le recourant présente une situation relativement complexe avec plusieurs atteintes dont certaines ont été reconnues comme ayant une incidence sur la capacité de travail. L'intimé retient comme principale atteinte à la santé une atteinte à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et a fixé des limitations fonctionnelles en lien avec ce trouble. Cependant, les rapports médicaux au dossier ne permettent pas

- 18 - de confirmer ces conclusions, qui ne sont fondées que sur le rapport d'expertise de la Clinique F. _____ du 19 janvier 2017. Une gonarthrose bilatérale est également considérée comme invalidante et les limitations fonctionnelles ont été établies sur la base du rapport d'expertise précité ; or les avis médicaux recueillis ne permettent pas de les confirmer. En réalité, aucun rapport médical ne se prononce sur la capacité de travail du recourant ni sur ses limitations fonctionnelles, alors qu'il soutient que l'étendue de ces dernières a été sous-estimée. b) Les rapports médicaux versés au dossier permettent de confirmer que certaines atteintes invoquées, notamment celles liées aux mains, ne sont pas significatives et n'induisent pas de limitations fonctionnelles. Cependant, ils ne se prononcent pas sur les atteintes principales retenues par le SMR qui a fondé ses propres conclusions sans véritable examen en reprenant uniquement celles du rapport d'expertise de la Clinique F. _____, déclaré invalide. Il subsiste donc de sérieux doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations effectuées par le service précité. c) Sur le vu de ce qui précède, on ne voit pas quels éléments probants ont pu amener l'office AI à retenir que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont été établies de manière probante. Il apparaît plus particulièrement que l'instruction doit être complétée afin que les diagnostics à poser et l'étendue de leur caractère invalidant éventuel puissent être examinés. Partant, il

convient de constater que l'instruction s'avère lacunaire dans la mesure où les faits pertinents n'ont pas été établis de manière convaincante. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'office AI – à qui il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) – afin qu'il procède à un complément d'instruction sur le plan médical en vue de déterminer la capacité de

- 19 - travail et les limitations fonctionnelles compte tenu des atteintes à la santé rendues vraisemblables. d) Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs soulevés par le recourant qui deviennent sans objet.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

- 10 - longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) 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).

E. 4

a) Selon le principe de libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un

- 11 - rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux déterminants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

E. 5

Dans le cas d'espèce, l'intimé s'est fondé tant sur le rapport d'expertise de la Clinique F._____ du 19 janvier 2017 que sur les rapports des Drs D._____ et Q._____ pour retenir que, en dépit des limitations fonctionnelles décrites, le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé à compter du

E. 9

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

E. 10

Ayant procédé par l'intermédiaire d'un conseiller juridique, qui peut se voir accorder des dépens (cf. TF 8C_546/2018 du 9 octobre 2018 consid. 5), le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD, 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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