

VD_GERICHTE ZD20.049283 vom 10. Dezember 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.049283

FR: VD_GERICHTE ZD20.049283 du 10 décembre 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.049283 del 10 dicembre 2021

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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 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.

- 18 - b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en

exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa). c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGa). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 4

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

- 19 - 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 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 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 bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés 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

- 20 - 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 la personne assurée 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 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références cités). 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 et les références citées). 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/aa et les références citées ; TF 8C_84/2018 du 1er février 2019 consid. 5.2 ; 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 5

L'intimé fonde sa décision sur les constatations des médecins de la Clinique N._____. La recourante conteste la valeur probante de leur expertise, en s'appuyant sur les critiques émises par le Dr Z._____.

- 21 - Elle se réfère par ailleurs aux appréciations de ce médecin et de la Dre B._____ relatives à sa capacité résiduelle de travail. a) L'expertise de la Clinique N._____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence, dès lors qu'elle se fonde sur des examens complets, que les experts ont pris en considération les plaintes exprimées par la recourante, qu'ils ont eu connaissance de l'ensemble du dossier, qu'ils ont décrit le contexte médical, présenté leur appréciation de la situation médicale de manière claire et motivé leurs conclusions. Ceux-ci ont en outre été désignés conformément à l'art. 44 LPGa. b) Le Dr Z._____ critique l'expertise de la Clinique N._____ en observant que la réfutation du diagnostic de spondylarthrite par les experts reposerait « avant tout » sur l'absence de HLA B27. Cette remarque est toutefois inexacte, puisque les experts de la Clinique N._____ ont pris en considération un ensemble de critères et procédé à une analyse globale pour finalement réfuter le diagnostic de spondylarthrite. Le Dr Z._____ reproche également aux experts d'avoir négligé un rapport du Dr G._____ faisant état de constatations radiologiques compatibles avec une spondylarthrite. Or, si le Dr G._____ a bien fait état, dans un rapport du 18 mai 2015, de lésions séquellaires de sacroiliite et d'enthésopathie au niveau lombaire, il a précisé qu'il n'y avait pas d'évidence de lésion floride lors de l'examen, si ce n'est discrètement au niveau des éléments postérieurs lombaires. Le tout était compatible avec une sacroiliite, qui était toutefois « de nature actuellement quiescente étant donné l'absence de trouble dégénératif associé à ces mêmes niveaux ». Ce médecin ne s'est toutefois pas déterminé sur une spondylarthrite ankylosante dans ce rapport. En revanche, il a constaté qu'il n'y avait « pas d'évidence d'argument » pour une telle atteinte dans un rapport d'examen du 4 mai 2017. Le Dr

Z._____ fait ensuite grief aux experts d'avoir constaté qu'il n'avait jamais été fait mention d'un épisode d'arthrite, d'une dactylite

- 22 - ou d'un quelconque épanchement articulaire, alors qu'il avait pour sa part constaté, en page 3 de son rapport du 2 août 2018, qu'elle présentait « indiscutablement des arthrites périphériques (synovites) à l'examen clinique ». Le Dr Z._____ tire toutefois hors de son contexte le constat litigieux auquel il se réfère. C'est en effet pour répondre à l'argumentation, présentée précédemment par le Dr Z._____ ou la Dre B._____, d'après laquelle l'absence de signe inflammatoire tant au plan axial que clinique et biologique pouvait être expliquée par un traitement en cours, que les experts ont mentionné l'absence d'épisode d'arthrite, de dactylite ou d'un quelconque épanchement articulaire « avant le diagnostic ». Ils n'avaient donc pas à mentionner, à ce stade, les constatations faites par le Dr Z._____ en 2018. Au demeurant, si le Dr Z._____ conclut effectivement à la présence « indiscutable » d'arthrites périphériques en page 3 de son rapport du 2 août 2018, il décrit celle-ci, lorsqu'il présente le résultat de l'examen clinique dans la page précédente, seulement comme « des synovites discrètes des MCP [articulations métacarpiennes] 3 et 4 à droite, et 2 et 3 à gauche, ainsi qu'un petit flot et empâtement du genou D[roit] ». Cependant, les autres rapports médicaux au dossier n'en font pas état et les experts ont, pour leur part, constaté l'absence de synovite ou de dactylite, tant au niveau des membres supérieurs que des membres inférieurs (expertise, p. 16). Les experts ont effectué une échographie articulaire – examen que le Dr Z._____ n'a pas pratiqué – et constaté qu'elle ne démontrait aucun signe d'enthésite inflammatoire active au niveau de l'insertion du tendon d'Achille ni en regard de l'enthèse plantaire, des deux côtés. Le Dr Z._____ allègue enfin que les experts n'auraient pas tenu compte d'un psoriasis dont serait affecté un oncle de la recourante et qu'ils auraient apprécié la capacité résiduelle de l'intéressée en négligeant les scores « Basdai » et « Basfi ». Certes, les experts n'ont pas fait mention, dans la discussion portant sur le diagnostic, en page 18 de l'expertise, d'un psoriasis chez un oncle de l'assurée. Toutefois, au vu de l'analyse globale effectuée par les experts et de leur argumentation pondérée, l'absence de rappel de cet antécédent familial dans cette partie de l'expertise n'est pas de nature à permettre de douter de la pertinence

- 23 - de cette analyse et de la valeur probante des constatations des experts, étant au demeurant relevé qu'il a été mentionné en page 13, dans l'anamnèse familiale. Pour le surplus, contrairement à ce qu'avance le Dr Z._____, les experts ont fait état de scores de 88 et 8,275 fondés sur les réponses de l'assurée aux questionnaires « BASFI » et « BASDAI », ainsi que d'un score « BASMI » de 3/10 (expertise, p. 16). Il convient par ailleurs de relever que les questionnaires BASFI et BASMI sont des outils diagnostics parmi d'autres, qui reposent essentiellement sur une évaluation subjective de ses limitations et douleurs par la personne assurée. A nouveau, force est de constater qu'en ne privilégiant pas cette seule approche diagnostique, mais en procédant à une analyse plus globale de l'ensemble des indices au dossier, les experts ont motivé leurs constatations de manière probante. Il en va de même de leur appréciation relative à la capacité résiduelle de travail de la recourante, qui repose par ailleurs sur une approche pluridisciplinaire, la mieux à même de cerner cette capacité résiduelle de travail aussi objectivement que possible. c) Ainsi, au vu de ce qui précède, les constatations des experts de la Clinique N._____ revêtent une pleine valeur probante et les critiques émises par le Dr Z._____ ne justifient pas de s'en écarter, ni de mettre en œuvre une nouvelle expertise. L'intimé s'est donc fondé à juste titre sur les résultats de leur expertise pour déterminer la capacité de travail de l'assurée et son

évolution dans le temps.

E. 6

La recourante critique par ailleurs le calcul du degré d'invalidité, en pointant le fait qu'un abattement supplémentaire de 20 à 25 % aurait dû être opéré sur le revenu avec invalidité.

a) Conformément à l'art. 16 LPGA, le taux d'invalidité est déterminé par comparaison des revenus avec et sans invalidité (cf. consid. 3b ci-dessus). aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution

- 24 - vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). Lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail. Cela ne laisse plus de place à la prise en compte d'un éventuel abattement, lequel ne peut s'opérer que si le revenu d'invalidité est déterminé au moyen des données statistiques de l'ESS (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2). b) En l'espèce, les experts de la Clinique N._____ ont conclu que, sous réserve d'une période d'incapacité de travail totale en lien avec une problématique psychique, la recourante présente une capacité de travail résiduelle de 70 % dans son activité habituelle. A cet égard, l'intéressée fait valoir que ses importantes limitations fonctionnelles sont dissuasives pour tout employeur, indépendamment de la diminution de sa

- 25 - capacité de travail, et qu'il faut en tenir compte dans la détermination du revenu d'invalidité. Cette argumentation tombe à faux. En effet, comme déjà relevé précédemment, les experts ont déterminé la capacité de travail résiduelle de la recourante en tenant compte de l'ensemble de ses atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles qui en découlent, dont en particulier sa fatigabilité accrue. Dans ce contexte, ils ont observé que son activité habituelle était compatible avec sa capacité de travail résiduelle. Par conséquent, l'intimé a constaté à juste titre que le taux d'invalidité, identique au taux d'incapacité de travail, est de 30 %, respectivement de 100 % sur la période du 15 septembre 2017 au 21 août 2018. Le recours aux statistiques étant exclu, aucun abattement supplémentaire ne peut être appliqué.

E. 7

Dans sa réponse, l'intimé a exposé avoir commis une erreur en allouant une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2017 et a conclu à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'un quart de rente dès le 1er novembre 2017, puis d'une rente entière du 1er février

au 30 novembre 2018. Il a joint une fiche de calcul intitulée « calcul de l'invalidité moyenne ». Le raisonnement de l'intimé ne peut être suivi, dès lors qu'il se fonde sur une notion d'invalidité moyenne dépourvue de base légale (cf. AI 29/20 - 337/2020 du 5 octobre 2020 consid. 5). Certes, l'art. 28 al. 1 let. b LAI pose la notion d'incapacité de travail moyenne pour calculer le délai de carence d'une année et donc la date de l'ouverture du droit à la rente. En revanche, l'art. 28 al. 1 let. c LAI détermine l'étendue du droit à la rente en se référant au taux d'invalidité existant au moment où le délai arrive à échéance. Il n'est pas question à ce stade d'un taux moyen d'incapacité de travail, et encore moins d'un taux moyen d'invalidité, sur une année. Par ailleurs, le délai d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, qui se calcule en jours, sur une base de trois cent soixante-cinq jours, commence à courir lorsque l'assuré a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux

- 26 - habituels, ce qui est déjà le cas d'une réduction de la capacité de travail de 20 % (TF 9C_1018/2010 du 12 mai 2011 consid. 3.2). Or, dans le cas d'espèce, où le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail, il apparaît que le délai de carence d'une année a débuté le 22 novembre 2016, date à partir de laquelle une diminution de la capacité de travail de 30 % a été reconnue par les experts de la Clinique N._____. Lorsque ce délai a pris fin, le 21 novembre 2017, l'incapacité de travail moyenne s'élevait à 43 % (297 jours à 30 % et 68 jours à 100 %, sur un total de 365 jours), ouvrant donc le droit à une rente dès le 1er novembre 2017. Par ailleurs, au 21 novembre 2017, la recourante présentait une incapacité de travail de 100 %, et donc un taux d'invalidité du même ordre, qui a perduré jusqu'au 21 août 2018, date à partir de laquelle l'incapacité de travail, respectivement le taux d'invalidité, sont redescendus à 30 %. C'est donc à juste titre que le droit à une rente entière d'invalidité a été reconnu à la recourante jusqu'au 30 novembre 2018 (art. 88a al. 1 RAI), la décision litigieuse n'étant pas entachée d'erreur sur ce point. Au demeurant, même si l'on devait suivre le raisonnement de l'intimé, il devrait être renoncé à la modification requise. En effet, si l'art. 61 let. d LPGA permet, en principe, de réformer une décision au détriment du recourant, il ne s'agit en réalité que d'une simple possibilité laissée au tribunal. Le tribunal n'opte pour une *reformatio in pejus* qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (cf. Jean Métral, Commentaire romand de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales, Bâle 2018, n. 77 ad art. 61 LPGA). En l'occurrence, la période considérée porte sur trois mois seulement. Compte tenu des difficultés et incertitudes liées à la fixation, rétroactivement, d'une capacité résiduelle de travail pour une assurée présentant un tableau clinique tel que celui de la recourante, une telle *reformatio in pejus* s'avèrerait inappropriée.

E. 8

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée, sans qu'il y ait lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comme le requiert

- 27 - la recourante. En effet, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a). b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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