

VD_GERICHTE ZD22.008644 vom 14. August 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-08-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.008644

FR: VD_GERICHTE ZD22.008644 du 14 août 2024

IT: VD_GERICHTE ZD22.008644 del 14 agosto 2024

Erwägungen

E. 4

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. 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). 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) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RA). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement

- 17 - intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

E. 5

a) Pour 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 LPG), 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

- 18 - 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) 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 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 convient 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). 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 ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014

- 19 - consid. 3.1 ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

E. 6

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

E. 7

a) En l'espèce, aux termes de la décision attaquée, l'office intimé a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès lors que son état de santé ne s'était pas aggravé au point d'avoir une incidence significative sur son droit à la rente tel que retenu dans la décision du 6 avril 2020. b) La recourante conteste cette appréciation en faisant valoir que ses problèmes de santé somatiques et psychiques excluent toute capacité de travail en quelque activité que ce soit. c) Il est constant que l'assurée s'est vu allouer une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2015 au 30 avril 2015 puis une demi-rente d'invalidité du 1er mai 2015 au 30 juin 2015, eu égard aux atteintes aux épaules résultant des accidents dont elle avait été victime les 22 juin 2008 et 15 janvier 2014. Au regard de l'objet du présent litige, il n'y a pas lieu de revenir sur l'octroi de ces prestations, mais il convient d'examiner si, comme elle le prétend, son état de santé s'est aggravé entre la dernière décision de refus de prestations – entrée en force – du 6 avril 2020 et la décision querellée rendue le 1er février 2022. Le magistrat

- 20 - instructeur a ainsi diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès de l'Unité d'expertises U._____, à S._____.

E. 8

Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire pluridisciplinaire réalisée par l'Unité d'expertises U._____. a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 29 août 2023, tel que complété le 12 décembre 2023, et ses annexes répondent en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. Dans toutes les spécialités médicales, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, professionnelle et psychosociale), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical mis à disposition. Les experts se sont en particulier exprimés sur les rapports des autres médecins ayant examiné la recourante, exposant le cas échéant pour quelles raisons ils s'écartaient de leur point de vue. En outre, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et l'authenticité de même qu'ils ont examiné la personnalité, les ressources et les difficultés de la recourante, y compris dans le cadre de l'accomplissement des tâches ménagères. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées. aa) Sur le plan rhumatologique, l'examen clinique est marqué par des limitations algiques de la mobilisation des membres supérieurs des deux côtés. Cependant, le Dr B._____ n'a pas constaté d'amyotrophie focale visible ni de fasciculation musculaire. Il n'a pas non plus relevé d'inflammation des différentes articulations ni de rougeur, pas plus qu'il n'a observé

un épaississement ou des crépitations au niveau des tendons d'Achille annoncés comme douloureux. Considérant l'infiltration graisseuse des muscles supra- et infra-épineux objectivée à l'IRM de l'épaule droite réalisée en juillet 2020, l'expert a jugé qu'elle pouvait témoigner d'une perte de fonction de ces muscles et d'une partie de la

- 21 - mobilisation de l'épaule, notamment pour les mouvements de rotation externe, le maintien de l'humérus dans l'articulation gléno-humérale, et l'abduction du bras. Il a ainsi retenu des omalgies bilatérales chroniques dans le cadre d'une arthrose acromio-claviculaire, d'une tendinopathie et d'une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs, avec à droite une acromioplastie et une tendinoplastie du sous-épineux effectuées à deux reprises en 2008 et 2009, et une acromioplastie à l'épaule gauche réalisée en 2014. Tout en ne remettant pas en cause l'authenticité des douleurs diffuses de l'appareil locomoteur, l'expert a déclaré que le passage à la chronicité était difficile à expliquer d'un point de vue biomédical. Ainsi, les limitations fonctionnelles sévères rapportées par l'assurée contrastaient avec l'absence de raideur importante, de même qu'il existait une grande disparité entre les plaintes majeures et l'examen clinique relativement pauvre, hormis l'annonce de multiples douleurs. Dans la mesure où la douleur n'était pas mesurable et ne pouvait être ni prouvée ni réfutée médicalement, le Dr B. _____ a jugé que les conditions psychosociales prenaient le pas sur la situation médicale. Il existait dès lors, selon lui, des interactions entre cognition, émotions, comportements, réactions corporelles et facteurs sociaux. Certes, la recourante présentait une ostéoporose, mais l'absence de fracture n'expliquait pas les douleurs diffuses alléguées, l'existence d'une tumeur ou d'un cancer ayant par ailleurs été écartée. Dans ce contexte, à l'instar du Dr C. _____, le Dr B. _____ a retenu le diagnostic de syndrome polyalgique idiopathique diffus ou fibromyalgie. bb) Sous l'angle psychiatrique, le Dr M. _____ n'a pas observé, durant l'entretien, de ralentissement, ni de fatigue ou de fatigabilité, pas plus qu'il n'a mis en évidence un trouble de l'attention ou de la vigilance. Il n'y avait pas non plus de trouble grossier de la mémoire ou de la concentration, ni de trouble du langage. L'assurée était orientée aux quatre modes (quant au temps, à l'espace, à elle-même et à la situation). Le discours était structuré, cohérent, contributif et participatif. Le focus était conservé et partagé, l'interlocuteur se sentant pris en compte. Les éléments factuels étaient rapportés de manière un peu désordonnée mais pouvaient facilement être clarifiés par des questions

- 22 - ciblées. Si les éléments affectifs étaient relatés de manière sommaire, ils étaient néanmoins présents. L'expert n'a pas non plus constaté de signes ou de symptômes de la lignée psychotique, en particulier pas de trouble du Moi, pas de trouble formel de la pensée ni d'éléments délirants. La thymie était par moments abaissée mais elle restait néanmoins modulable avec une bonne adéquation idéo-affective. Les plaintes d'ordre somatique étaient énoncées avec authenticité, tandis qu'il n'y avait pas de plainte de nature psychologique, hormis une tristesse liée à l'état de santé et aux limitations entraînées par celui-ci. L'examen psychiatrique et l'anamnèse ont permis au Dr M. _____ d'exclure un trouble de la personnalité, de même qu'un état anxio-dépressif réactionnel et un trouble dépressif récurrent, tels qu'évoqués par les Drs P. _____ et Z. _____. L'expert a également écarté l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant en l'absence de détresse et de stressors psychosociaux majeurs. En revanche, il a retenu le diagnostic de dysthymie en présence d'une altération légère de l'humeur et d'une fluctuation de celle-ci. Il a encore relevé qu'il n'y avait pas de traitement psychiatrique, ni de médication psychotrope en cours et qu'il n'y en avait jamais eu. cc) Du point de vue de la médecine

interne générale, la Dre X. _____ a relevé le bon état général de l'assurée, celle-ci étant afebrile, anictérique et sans adénopathie. L'auscultation cardiaque était physiologique, sans signe d'insuffisance cardiaque, le pouls étant régulier à 65 battements par minute. Au status pulmonaire, l'auscultation et la percussion étaient physiologiques, l'intéressée étant eupnéique. S'agissant du status digestif, l'abdomen était plat, souple et indolore, sans hépato-splénomégalie. Au status neurologique, l'assurée était bien orientée dans le temps et l'espace ; les nerfs crâniens étaient sans particularité ; les réflexes ostéotendineux étaient très vifs et symétriques ; la force et la sensibilité étaient conservées aux quatre membres ; la coordination était correcte mais difficile à réaliser avec le membre supérieur droit ; le Romberg et le Mingazzini étaient bien tenus mais le membre supérieur droit ne pouvait être maintenu à l'horizontale en raison des douleurs. Quant au status locomoteur, la Dre X. _____ a constaté une diminution de l'amplitude des mouvements des épaules, surtout à

- 23 - droite. A la demande, l'assurée parvenait à peine à lever le membre supérieur droit à 30°. La distance pouce-C7 à gauche était de 5/40 cm, alors qu'à droite ce mouvement était impossible à effectuer. L'abduction à gauche était possible jusqu'à 90°, tandis que l'abduction du membre supérieur droit était d'environ 45°. La palpation du rachis était très légèrement douloureuse au niveau cervical, mais indolore aux niveaux dorsal et lombaire. Les mouvements de rotation de la nuque étaient sans particularité. La distance menton-sternum était de 0/25 cm. Il n'y avait pas d'inflammation des articulations périphériques. La palpation des tendons d'Achille était douloureuse des deux côtés, mais sans signe inflammatoire visible. De même, la palpation de la zone métatarsienne du pied gauche était douloureuse, mais sans inflammation perceptible. La Dre X. _____ a encore relevé que tous les points de fibromyalgie étaient décrits comme douloureux à la pression, tout comme les points contrôlés. dd) Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont exposé que le problème principal de l'assurée était d'ordre rhumatologique. En effet, elle présentait des douleurs diffuses prédominant au niveau de l'épaule droite et de la cheville gauche, sans notion de tuméfaction articulaire ni de raideur matinale. Le fond douloureux était chronique, diurne et nocturne, avec une intensité douloureuse estimée en moyenne entre 50 et 100 mm sur l'échelle visuelle analogique graduée de 0 à 100 mm. Il n'en demeurait pas moins que le passage à la chronicité des douleurs était difficilement explicable médicalement. A l'instar du Dr K. _____ et du Prof. H. _____, les experts ont retenu une aggravation et une diffusion des douleurs dès le début de l'année 2020, ayant conduit ces médecins à retenir l'existence d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus. Un tel diagnostic ne remettait cependant pas en cause l'authenticité des plaintes de l'assurée même si, malgré l'annonce de douleurs diffuses importantes, l'intéressée ne prenait pas de médication antalgique en continu. L'assurée estimait qu'elle n'était plus en mesure d'utiliser son membre supérieur droit, alors même que ses difficultés n'étaient pas explicables par des atteintes objectives. L'examen clinique avait du reste permis aux experts de constater que la recourante parvenait à mobiliser le membre supérieur droit pour se déshabiller.

- 24 - Certes, il existait des limitations concernant le ménage, mais l'assurée bénéficiait de l'aide de son époux et de sa fille, tout en continuant à pouvoir sortir son chien, préparer les repas et conduire une voiture. A ces ressources, il convenait d'ajouter une très bonne intégration en Suisse et une remarquable maîtrise du français. Compte tenu de l'échec des mesures professionnelles à 100 % et dans la mesure où le syndrome douloureux chronique

nécessitait des pauses supplémentaires pour des changements de positions et des étirements, les experts ont jugé que la recourante disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Il n'y avait enfin pas de limitations fonctionnelles psychiatriques, si bien qu'il n'y avait pas d'indication à un traitement relevant de ce registre. b) aa) La recourante ne fait pas état d'éléments cliniques ou diagnostiques concrets et objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise de l'Unité d'expertises U. _____ et suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé des conclusions médicales. En se limitant à faire valoir son appréciation divergente de la situation, son argumentation ne tend en définitive qu'à substituer son propre point de vue à celui des experts sans expliquer les raisons objectives pour lesquelles elle estime qu'il faut s'écarter de leurs conclusions. bb) Par ailleurs, quoi qu'en dise la recourante, l'expertise de l'Unité d'expertises U. _____ est exempte de contradictions et d'incohérences. Conformément au mandat qui leur avait été confié, les experts se sont prononcés sur la capacité de travail de l'intéressée dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans leur évaluation consensuelle, ils ont jugé que la capacité de travail était nulle depuis le mois de novembre 2017 dans l'ancienne activité d'employée d'entretien et d'aide à la cantine. Ils ont ensuite décrit les limitations fonctionnelles induites par les pathologies rhumatologiques, en exposant que la recourante était en mesure d'exercer une activité légère, évitant si possible les mouvements répétitifs des épaules mais permettant l'alternance des positions. Quant au fait que

- 25 - l'assurée ne devait être soumise à aucun rendement, ils ont expliqué qu'elle ne devait être soumise à aucun travail à la chaîne ni satisfaire à des exigences de performance en lien avec la capacité de travail. Les experts ont conclu que, dans cette mesure, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 80 % depuis le début de l'année 2020, époque à laquelle ont été mentionnées une aggravation et une diffusion des douleurs ayant fondé le diagnostic de syndrome polyalgique idiopathique diffus. Cette appréciation ne prête pas le flanc à la critique. cc) Enfin, comme la recourante l'admet d'ailleurs elle-même, la présente procédure n'est pas le lieu pour se prononcer sur la question de l'existence d'une activité adaptée sur le marché équilibré du travail, ni sur celle du salaire susceptible d'en être retiré, faute pour la décision attaquée de se prononcer sur ces points (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). Au demeurant, ces éléments, de même que le calcul du degré d'invalidité en découlant, ont fait l'objet de la décision du 6 avril 2020, entrée en force. c) C'est donc à juste titre que l'office intimé a nié l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante susceptible d'influencer son droit à la rente entre le 6 avril 2020 et la décision litigieuse du 1er février 2022.

E. 9

Cela étant, le présent arrêt ne préjuge pas de l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante qui serait survenue postérieurement à la décision dont est recours. Il appartiendra à la recourante de produire, dans le cadre d'une éventuelle nouvelle demande de prestations, des rapports médicaux qui fonderaient sans équivoque une péjoration objective de son état de santé, respectivement de sa capacité de travail, péjoration qui ne tient pas à une symptomatologie douloureuse qui pourrait être traitée avec la complaisance de l'intéressée.

E. 10

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 26 -

E. 11

a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. b) 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.