

VD_GERICHTE ZD22.022573 vom 23. Juli 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-07-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.022573

FR: VD_GERICHTE ZD22.022573 du 23 juillet 2024

IT: VD_GERICHTE ZD22.022573 del 23 luglio 2024

Erwägungen

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. 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).

- 23 - 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 4

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 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,

- 24 - 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 assécurologique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

- 25 - e) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

E. 5

a) En l'espèce, l'OAI admet que la recourante s'est retrouvée en totale incapacité de travailler à la suite de son accident, le 31 mai 2016, lui octroyant dès lors une rente limitée dans le temps. Se basant sur le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA et sur les rapports au dossier, l'OAI considère cependant que la recourante a retrouvé une capacité de travail de 100 % dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles au membre supérieur gauche depuis le 20 janvier 2020, ce que l'intéressée conteste. b) La Dre Q. _____ a procédé à une appréciation médicale de la situation le 8 janvier 2020 (confirmée le 31 juillet 2020) pour le compte de la CNA, au terme de laquelle elle a posé les diagnostics d'omarthrose débutante de l'épaule gauche en lien avec la pathologie de l'épaule et avec les altérations dégénératives de la tête humérale, de douleurs de l'épaule gauche irradiant au niveau du coude gauche avec impotence fonctionnelle majeure dans les suites d'une chute survenue le 31 mai 2016 ayant entraîné une déchirure partielle de l'insertion proximale du tendon du muscle sous-scapulaire de l'épaule gauche, avec tendinopathie et instabilité du tendon du long chef, déchirure non transfixiante de l'insertion proximale du tendon du muscle supra-épineux, lésion SLAP 2A du bourrelet glénoïdien de l'épaule gauche, status après arthroscopie de l'épaule gauche le 27 septembre 2016 avec suture du tendon du muscle

- 26 - sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps et suture de la déchirure du tendon du sus-épineux, fixation labrale et avivement du bord glénoïdien à l'aide d'une râpe, bursoscopie et bursectomie sous-acromiale de l'épaule gauche, status après arthroscopie de l'épaule gauche le 14 février 2018 avec synovectomie, bursectomie et acromioplastie, synovectomie large de l'épaule gauche avec biopsie intra-articulaire et sous-acromiale pour analyse microbiologique, arthrolyse arthroscopique de l'épaule gauche par capsulotomie et immobilisation de l'épaule gauche sous narcose d'une lésion érosive de l'acromion de l'épaule gauche secondaire en conflit avec le matériel de suture et capsulite rétractile postopératoire de l'épaule gauche. Elle a conclu à une situation médicale stabilisée et aux limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités répétées et prolongées du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges répété et prolongé du membre supérieur gauche supérieures à 5 kg jusqu'à l'horizontale et pas de port de charges au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche. Selon cette praticienne, ces limitations n'empêchaient pas la reprise de l'activité habituelle au taux contractuel. La Cour de céans, dans un arrêt entré en force, a reconnu une pleine valeur probante à l'appréciation de la Dre Q. _____ et a notamment jugé que les rapports du Dr H. _____ n'étaient pas à même de remettre en cause ses conclusions (consid. 5 de l'arrêt du 2 février 2023 en la cause AA 55/21 – 14/2023). Il convient de renvoyer à cet arrêt concernant le diagnostic réfuté d'omo-brachialgies gauches sur syndrome douloureux régional complexe [SDRC ou CRPS] avec ankylose et de plexopathie brachiale gauche sous-claviculaire, étant précisé que ni le rapport du 22 septembre 2020 du Dr H. _____, lequel fait état des mêmes diagnostics que le rapport du 12 février 2020 de ce praticien et ayant fait l'objet d'une analyse circonstanciée dans le cadre de la procédure AA 55/21 – 14/2023, ni son rapport du 30 juin 2021 (produit également dans la procédure AA 55/21 – 14/2023) ou encore le rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG. _____ ne sauraient modifier la position de la Cour de céans sur la valeur probante des conclusions de la Dre Q. _____. Quant à la capsulite rétractile, il avait été noté que cette

- 27 - pathologie présentait une durée limitée dans le temps et était suivie d'une restitution fonctionnelle (cf. arrêt du 2 février 2023, consid. 5aa). Le rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG._____ qui retient ce diagnostic – sans toutefois préciser dans ledit rapport si les diagnostics sont incapacitants – alors même qu'aucune imagerie ne vient étayer ce dernier, ne saurait non plus emporter conviction. Il sied également de se référer à l'arrêt précité sur le volet neurologique. Le médecin d'arrondissement de la CNA a spécifiquement analysé cette question dans son rapport du 8 janvier 2020 et plusieurs spécialistes ont exclu sans réserve toute pathologie neurologique. Les rapports produits subséquentement ne sont pas de nature à mettre en doute l'appréciation réalisée par la Dre Q._____. En effet, il faut relever que le Dr AG._____, dans son rapport du 20 septembre 2022, ne fait état d'aucune atteinte neurologique, alors qu'il a pourtant été invité par la recourante à lister les différents diagnostics dont elle souffre. Par ailleurs, bien que les rapports des 19 septembre 2022 de la Dre AH._____ et 4 janvier 2023 du Dr AK._____ fassent état d'un trouble neurologique fonctionnel, il faut constater que le test neuropsychologique des 13 et 27 avril 2022 a permis de mettre en évidence des divergences entre la présentation clinique (l'intéressée était venue seule chez le médecin, se souvenait de la date d'examen, pouvait effectuer des tâches administratives sans problème) et les troubles décrits (cf. p. 3 du rapport du 19 septembre 2022). En outre, il est également mentionné que l'examen clinique a certes révélé quelques signes positifs de troubles neurologiques, mais qu'il ne fallait pas surestimer ces derniers (cf. p. 3 ibidem). Le test neurocognitif n'a pas non plus montré d'indice d'une cause organique quant aux troubles de la mémoire décrits par la recourante (cf. p. 4 ibidem). Enfin, une IRM cérébrale a permis d'écarter une origine vasculaire. L'évolution a été notée comme favorable avec disparition des troubles sensitivo-moteurs rapidement aux urgences, puis résolution des troubles phasiques durant la nuit, sans symptomatologie postcritique (cf. rapport du 4 janvier 2023).

- 28 - Enfin, le diagnostic d'omalgies droites a aussi été examiné dans le cadre de l'arrêt du 2 février 2023 (consid. 5c), une discordance entre l'absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche ou de la ceinture scapulaire et la supposée mobilisation à outrance du membre supérieur droit ayant notamment été relevée (cf. consid. 5c). Il faut noter qu'à l'exception du Dr H._____, aucun spécialiste n'a retenu ce diagnostic. Le Dr AG._____ ne le retient d'ailleurs pas dans son rapport du 20 septembre 2022, de sorte qu'il se justifiait de l'écarter. c) S'agissant des diagnostics non traités dans la cause AA 55/21 – 14/2023, à défaut de lien de causalité avec l'accident du 31 mai 2016, et des diagnostics retenus dans le rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG._____ – lesquels ne sont au demeurant pas qualifiés de « diagnostics incapacitants » mais de « diagnostics retenus » –, il convient de procéder à une analyse approfondie, à l'exception du diagnostic de capsulite rétractile qui a été discuté supra. aa) Ainsi, concernant les douleurs à la cheville et au pied droits, il faut relever que le Dr W._____ a procédé à un bilan électroneuromyographique des membres inférieurs (cf. rapport du 24 juin 2019) et a conclu à l'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative des gros troncs nerveux du membre inférieur droit au passage du genou, de la jambe et de la cheville. Le bilan s'est révélé rassurant, ne mettant en évidence aucune atteinte des nerfs fibulaire, tibial et sural droits. L'étude myographique du membre inférieur droit n'a mis en évidence aucun signe d'atteinte neurogène périphérique. Plus particulièrement, s'agissant de l'entorse, aucun rapport ne fait état d'une telle lésion, qui au surplus ne serait à considérer comme une pathologie incapacitante durable sans autres arguments et le Dr AG._____ ne fait pas non plus état de plaintes de la recourante en lien avec une telle atteinte dans son rapport du

20 septembre 2022. bb) Pour ce qui est ensuite des douleurs basithoraciques gauches pariétales sur dysfonction intervertébrale mineure D8-D9 gauche (cf. rapports des 22 septembre 2020 du Dr H._____ et

- 29 - 20 septembre 2022 du Dr AG._____), la Cour de céans note que la scintigraphie osseuse et Spect-CT réalisée le 17 janvier 2020 fait état d'une discopathie modérée D9-D10. Aucune imagerie ne fait état d'une dysfonction intervertébrale mineure D8-D9. A défaut de rapports en ce sens, on ne saurait retenir un tel diagnostic comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante, étant au surplus relevé que même le Dr H._____ dans son rapport du 30 juin 2021 n'a pas qualifié ce diagnostic d'incapacitant. cc) Quant aux lombalgies sur dysbalance musculaire et troubles statiques modérés du rachis dorsolombaires (cf. rapports du Dr H._____ et du 20 septembre 2022 du Dr AG._____), l'image du rachis cervical ne montre aucune atteinte (cf. rapport du 23 mai 2019 du Dr K._____) et aucune pièce au dossier ne vient corroborer une atteinte incapacitante au rachis dorsolombaire. dd) S'agissant des douleurs musculaires diffuses retenues par le Dr AG._____ (cf. rapport du 20 septembre 2022), sans de plus amples explications, il sied de constater que le syndrome d'Ehlers-Danlos a notamment été écarté par le Dr H._____ (cf. rapport du 22 novembre 2019) au motif que la recourante ne remplissait pas entièrement les critères, relevant que l'intéressée n'avait pas d'antécédents d'entorses à d'autres articulations (hormis la cheville) ni de luxation articulaire, pas de douleurs ostéo-musculaires ou autre, pas de reflux gastro-œsophagien avant la première opération d'épaule, ne présentait pas d'ecchymoses en dehors de chocs dus à sa maladresse, ni ne ressentait le besoin de bouger en position assise ou couchée. La recourante cicatrisait bien et ne présentait de la fatigue que depuis la prise de certains médicaments. Aucun autre rapport au dossier ne fait au demeurant état d'une connectivité différenciée. ee) Dans son rapport du 3 juillet 2020, le Dr H._____ a pris soin de mentionner que la recourante souffrait de migraines avec aura et manifestations neurologiques sur l'hémicorps droit, sans que ce diagnostic ne soit classé comme incapacitant dans ses rapports subséquents. Par

- 30 - ailleurs, il est le lieu de relever la contradiction présente dans le rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG._____, lequel indique que la recourante souffre d'épisodes de migraines 1-2 fois l'an, alors qu'il qualifie ces dernières de « permanentes » dans le cadre des limitations fonctionnelles. Tout comme l'intimé, la Cour de céans peine à comprendre que des migraines épisodiques (1-2 fois l'an) puissent durablement impacter la capacité de travail, alors même qu'elles n'ont pas empêché la recourante de travailler dans le passé. ff) Au sujet des crises d'épilepsie, la recourante a refusé tout traitement et les rapports des Drs AH._____ et AK._____ confirment de toute manière l'absence l'absence d'une telle pathologie. gg) S'agissant de l'asthme anamnestique aux pollens et à l'effort (cf. rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG._____), tout comme l'intimé, la Cour de céans relève la présence d'un scanner thoracique normal, l'absence de traitement au fond, de bilan pneumologique ou d'évaluation de la capacité fonctionnelle respiratoire ou d'hospitalisation par le passé. Si, dans un premier temps, le Dr H._____ l'avait classé comme diagnostic incapacitant, il l'a ensuite retiré de sa liste dans son rapport du 30 juin 2021. hh) L'atteinte dermatologique, soit l'eczéma des mains dont la recourante souffre depuis 2013, n'a jamais donné lieu à une incapacité, la seule limitation fonctionnelle découlant de cette pathologie étant celle d'une activité professionnelle ne comportant pas la nécessité de lavage/désinfection des mains très fréquents ce qui paraît donc compatible avec l'ancienne activité professionnelle de la recourante (cf. rapport du 21 septembre 2021 de la

Dre L.______). ii) Il en est de même concernant l'atteinte ophtalmologique, la recourante n'ayant jamais présenté d'incapacité de travail de ce point de vue (cf. rapport du 24 juin 2021 du Dr AF.______).

- 31 - jj) La maladie de Dupuytren ne semble pas avoir entraîné de plaintes fonctionnelles chez la recourante (cf. rapport du 20 septembre 2022 du Dr AG.______). Il convient d'ailleurs de noter que le Dr H.______ ne l'a pas retenue à titre de diagnostic incapacitant dans ses rapports. kk) Pour ce qui est du syndrome d'apnée du sommeil, il faut souligner que ce dernier est léger. A l'exception du Dr AG.______, aucun médecin n'a d'ailleurs posé ce diagnostic et, là encore, il n'est pas établi que ce dernier serait incapacitant, la recourante n'ayant pas émis de plainte à ce sujet. Il faut également relever la possibilité d'appareiller la recourante si nécessaire pour recouvrer une capacité de travail raisonnablement exigible. ll) Enfin, les douleurs articulaires chroniques ont été diagnostiquées récemment, rien n'indiquant au demeurant que ces dernières pourraient être incapacitantes, d'autant plus qu'un traitement approprié a été entrepris (cf. rapport du 19 septembre 2022 de la Dre AH.______). d) En conclusion, même si la décision attaquée se fonde sur un dossier essentiellement bâti par l'assureur-accident, alors qu'aucun examen clinique ni aucune expertise indépendante n'ont été diligentés par le SMR, les constatations de la Dre Q.______ s'avèrent complètes, claires, motivées et ne sont mises en doute par aucun élément au dossier. Enfin, elles ont été confirmées par un arrêt de la Cour de céans entré en force. Les rapports et avis des Drs H.______ et AG.______ échouent par ailleurs à démontrer une aggravation de l'état de santé de la recourante et, singulièrement, une péjoration de ses limitations fonctionnelles. En dehors de l'atteinte à l'épaule gauche, qui a fait l'objet d'une évaluation de la capacité de travail fonctionnelle par la Dre Q.______ et inchangée depuis, il n'y a aucun élément médical objectif plaidant pour une aggravation de l'état de santé de la recourante. Il faut ainsi retenir que celle-ci dispose d'une capacité de travail complète dans son ancienne activité professionnelle, laquelle est adaptée aux limitations fonctionnelles

- 32 - retenues par la Dre Q.______ (cf. consid. 7 de l'arrêt du 2 février 2023 dans la cause AA 55/21 – 14/2023).

E. 6

a) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). Lorsqu'une personne a recouvré la capacité à reprendre l'exercice de son activité habituelle, elle ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement (TF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2). b) Tel est le cas de la recourante qui a recouvré une pleine capacité de travail dans son ancienne activité, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI ne lui a pas proposé de reclassement dans une autre profession.

E. 7

Un complément d’instruction sous la forme d’une expertise est inutile et les requêtes formulées en ce sens par l’intéressée dans ses écritures doivent être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l’instruction lorsque, comme en l’espèce, les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d’une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu’elles ne pourraient pas l’amener à modifier son avis (sur l’appréciation anticipée des moyens de preuve, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

- 33 -

E. 8

a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision rendue le 5 mai 2022 confirmée.

b) 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. c) 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.