

VD_GERICHTE ZD22.050555 vom 18. August 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-08-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.050555

FR: VD_GERICHTE ZD22.050555 du 18 août 2023

IT: VD_GERICHTE ZD22.050555 del 18 agosto 2023

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. c) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Dans les cas où la décision concernant la révision d'une rente est rendue après le 1er janvier 2022, mais porte sur une modification déterminante du droit qui a pris naissance avant cette date – ce qui est le cas en l'espèce –, c'est l'ancien droit qui est applicable (cf. ch 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance- invalidité [CIRAI] valable dès le 1er janvier 2022). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 2

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 - 12 - 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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. c) Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou dans son champ d'activité habituel (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; Michel Valterio, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 9 ad art. 28 LAI). Pour établir rétrospectivement quand la période de 365 jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel la personne assurée a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux habituels. Une réduction de la capacité de travail de 20 % suffit en principe à ouvrir la période d'attente (Valterio, op. cit., n° 13 ad art. 28 LAI et les références). Le délai d'attente d'une année, pendant lequel l'assuré

- 13 - doit avoir présenté une incapacité de travail de 40 % en moyenne sans interruption notable, commence également à courir lorsque la personne assurée a travaillé, pendant une certaine période, au-delà de ce qui était raisonnablement exigible de sa part, en risquant d'aggraver son état de santé (TF 8C_724/2011 du 24 juillet 2012 consid. 4.3 et les références). A teneur de l'art. 29ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Ce délai ne sera toutefois pas interrompu lorsque l'activité exercée met manifestement à trop lourde contribution les forces de l'assuré (Valterio, op. cit., n° 15 ad art. 28 LAI et la référence). d) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). e) 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). f) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation

- 14 - complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). g) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées) et suppose en premier lieu que celles-ci soient diagnostiquées par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 précité, consid. 2.1.2 et 2.2) h) 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 asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en

- 15 - 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).

E. 3

a) Afin d'établir la capacité de travail résiduelle du recourant, l'intimé s'est basé sur les conclusions de l'expertise du J. _____ du 31 mars 2022. Les experts ont établi leur rapport après analyse individuelle puis consensuelle, en toute connaissance du dossier de la recourante, après avoir recueilli son anamnèse et entendu ses plaintes. Ils ont procédé à un examen clinique détaillé et ont étudié les imageries réalisées. Ils se sont prononcés sur la capacité de travail de la recourante en tenant compte de l'ensemble des éléments à disposition et également au regard des ressources de l'intéressée. Leurs conclusions ont été prises de manière motivée et détaillée. Leur rapport d'expertise répond par conséquent aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur le plan de la médecine interne, le Dr Q. _____ n'a pas retenu de diagnostic invalidant, relevant que l'utilisation de divers moyens auxiliaires laissait perplexe et n'était pas bienvenue dans un contexte d'obésité morbide non traitée et existant de longue date. Le reflux gastrique dont la recourante souffrait depuis 1987 était contrôlé sous Nexium 40 mg. La recourante devait en outre vivre avec un asthme saisonnier. Elle était autonome dans les activités de la vie quotidienne et pouvait se déplacer avec son véhicule adapté (pédales inversées). Sa capacité de travail était donc entière sans perte de rendement dans son activité habituelle. Sous l'angle de la médecine physique et de réadaptation, le Dr B. _____ a rappelé qu'il y a environ vingt-cinq ans, un rhumatologue avait diagnostiqué une fibromyalgie traitée par la prise d'antalgiques de palier 1 tout au long de l'évolution. Il a relevé que sur un plan strictement

- 16 - orthopédique, l'évolution après la mise en place de la PTG droit avait été favorable et que l'évolution ultérieure concernait le co-expert neurologue, aucune douleur ni gêne n'étant rapportée à la suite de l'opération. Il a noté que la recourante s'était présentée avec une attelle anti-steppage, dans un fauteuil roulant électrique dont elle avait eu beaucoup de mal à sortir, la marche à plat se faisait en trainant le pied droit au sol, puis en lançant le membre pour faire passer le pas. La mobilité rachidienne était normale, il retrouvait uniquement à la palpation une douleur modérée sur la partie gauche de la cicatrice récente. L'examen des membres supérieurs était normal. Au niveau des membres inférieurs, la mobilisation active et passive mettait en évidence uniquement un défaut de flexion dorsale et plantaire de cheville droite, la palpation était douloureuse au niveau de la cuisse droite, de l'interligne fémorotibial gauche, le testing musculaire à gauche était normal, à droite il était caricatural sans corrélation avec l'examen spontané. Le Dr B. _____ a constaté que les critères ACR 2010 confirmaient le diagnostic de fibromyalgie, un seul signe de comportement de Waddell étant retrouvé. Il n'a relevé aucune séquelle sur le plan de la médecine physique au niveau des genoux opérés. Dans un contexte d'obésité, des limitations fonctionnelles étaient justifiées dans l'exercice d'une profession autre que l'activité habituelle qui était déjà adaptée. Les limitations consistaient à éviter les montées et descentes répétées d'escaliers avec port de charge supérieure à 5 kg, ainsi que les ports de charge répétées supérieure à 10 kg. Dans l'activité habituelle, il a admis une incapacité de travail de vingt-et-un jours après l'arthroscopie du genou gauche le 16 décembre 2017, de quarante-cinq jours après la mise en place de la prothèse totale du genou gauche le 23 mars 2018 et de la prothèse totale du genou droit le 12 octobre 2018 ; la capacité de travail était totale sans diminution de rendement en dehors de ces périodes. Après avoir examiné les résultats des consultations neurologiques de novembre et décembre 2018 et d'avril 2019 de la Dre G. _____, l'experte neurologue U. _____ a relevé que cette médecin faisait état d'une bonne évolution neurologique périphérique, avec des signes de réinnervation en décembre 2018, avec amélioration des

- 17 - amplitudes des réponses sensitives et motrices des nerfs péroniers superficiels et profonds et du nerf tibial droit, et des signes de dénervation aiguë et réinnervation précoce à l'électromyographie dans trois muscles dépendant du tronc sciatique. En avril 2019, les amplitudes s'étaient normalisées et on ne retrouvait plus à l'électromyographie que de très discrets signes de dénervation chronique dans le muscle jambier antérieur droit. Ces constats contrastaient avec la mauvaise évolution sur le plan clinique, avec la persistance d'un tableau extrêmement invalidant et d'une atteinte motrice à la marche. La recourante reconnaissait une amélioration du tableau douloureux depuis la mise en place du stimulateur, mais elle décrivait encore des douleurs au pied droit et une difficulté à coordonner son membre inférieur droit en raison d'une atteinte sensitive qui, d'après la description de l'assurée, semblait correspondre à une atteinte de la sensibilité profonde. Or ces plaintes n'étaient pas explicables du point de vue neurologique par une atteinte tronculaire sciatique. La Dre U. _____ a ajouté que l'anamnèse et l'examen clinique réalisés lors de l'expertise permettaient de mettre en évidence d'abondants éléments fonctionnels surajoutés aux séquelles de la lésion tronculaire. La recourante avait développé un trouble de la marche fonctionnel qui dépassait très nettement le cadre de l'atteinte tronculaire initiale. En particulier, les manœuvres de distraction permettaient de mettre en évidence une bonne fonction sous réserve d'efforts qui restaient sous-maximaux. Pour le trouble fonctionnel moteur du membre inférieur droit et de la marche, la physiothérapie devait être poursuivie, avec mise en exergue des fonctions et séquences motrices conservées

et limitation de l'usage des moyens auxiliaires. L'experte a observé une cohérence entre les plaintes de l'assurée et les constatations cliniques mais ces constatations cliniques aboutissaient au diagnostic de trouble fonctionnel et non d'une atteinte neurologique purement organique. Les ressources étaient conservées, la recourante étant autonome dans les activités de la vie quotidienne. Elle a conclu à une incapacité de travail totale du 12 octobre 2018 au 5 avril 2019 puis a admis une capacité de travail de 80 % depuis lors, les 20 % résiduels consistant en une perte de rendement. L'activité habituelle était adaptée, soit une activité sédentaire avec des déplacements en évitant

- 18 - tout terrain accidenté. La Dre U. _____ a précisé que toute mesure de réadaptation était théoriquement exigible. Enfin la Dre D. _____ n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique, en particulier pas de trouble somatoforme douloureux persistant ni d'autres diagnostics de somatisation en l'absence de détresse psychique associée aux plaintes. En présence d'un examen clinique strictement normal, elle n'a observé aucune atteinte à la santé mentale et a noté une personnalité particulièrement positive, motivée, énergique et déterminée à surmonter au maximum ses déficiences physiques. L'expertisée bénéficiait d'excellentes ressources personnelles qu'elle parvenait à mobiliser de manière efficace ; elle présentait de bonnes capacités d'organisation, de gestion de la relation interpersonnelle en situation d'expertise, de respect de cadre et de communication. L'experte ne relevait pas de difficulté de jugement, résolution de problèmes, prise de décision, élaboration, introspection. Il n'y avait au demeurant aucun suivi psychiatrique, qui n'était d'ailleurs pas indiqué. La capacité de travail était ainsi entière sur le plan psychiatrique. b) Les rapports émis par les Dr C. _____ et X. _____ antérieurement à l'expertise ont été pris en compte dans les évaluations expertales. Leurs conclusions, en particulier relatives à l'évaluation de la capacité de travail, sont peu motivées et ne tiennent pas compte des ressources de la recourante, ni de la capacité de travail qu'elle a démontrée lors de la mesure de réintégration. Dans un rapport du 26 août 2020, le Dr C. _____ avait indiqué une incapacité de travail de 10 % dès le 1er septembre 2020 et, sans objectiver de péjoration, il a retenu, dans un rapport du 11 novembre 2020, une incapacité de travail de 50 % dès le

E. 8

octobre 2020. Cette modification du taux n'est pas motivée et intervient après que la recourante a reçu l'avis de résiliation de son contrat de travail. L'influence de ce facteur contextuel n'est toutefois pas pertinente, la recourante ayant au demeurant été en mesure de travailler au taux de 80 % les mois précédents.

- 19 - Les rapports médicaux au dossier ne permettent pas de mettre en cause les conclusions objectives des experts. C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle dès le 23 septembre 2019. L'évolution à 90 % dès le 14 septembre 2020 n'est en revanche pas suffisamment motivée dès lors qu'elle va à l'encontre des conclusions de l'expertise et repose sur une attestation du Dr C. _____ également pas étayée, antérieure à l'expertise. Cela n'a toutefois pas d'incidence sur le sort du recours. c) La recourante soutient que sa capacité de travail s'élève à 50 % et se réfère en particulier à des rapports médicaux postérieurs à l'expertise, notamment un rapport du Dr C. _____ du 16 mai 2022 selon lequel l'atteinte neurologique à la suite de la mise en place de la PTG droit n'a que très partiellement récupéré avec persistance d'une faiblesse et d'un pied tombant au niveau de son membre inférieur droit nécessitant le port d'une attelle anti-step et la persistance de paresthésie et

dysesthésie fortement handicapantes. Ce médecin a indiqué que la recourante se déplaçait avec difficulté, nécessitant deux cannes et, au vu de son surpoids important, elle était rapidement épuisée et ne pouvait plus fonctionner professionnellement qu'à 50 %. Il a ajouté qu'une reprise à 100 % était difficilement réalisable et qu'il lui paraissait raisonnable de penser que la capacité de travail était de 50 % depuis le 8 octobre 2020. Or ce certificat n'apporte aucun élément qui n'aurait pas été analysé par les experts et qui permettrait de jeter le doute sur leur appréciation. Aucun examen clinique ne vient appuyer ses affirmations et l'appréciation du taux de capacité de travail relève plus d'un avis du médecin, inspiré par les déclarations de sa patiente, que d'une véritable appréciation médicale motivée de manière objective. Au demeurant, dans un rapport du 9 décembre 2020, le Dr C. _____ a attesté d'une capacité de travail de 80 à 90 % dans une activité assise adaptée en précisant que l'état était stationnaire et les rapports médicaux postérieurs n'évoquent pas d'aggravation objective de l'état de santé de la recourante.

- 20 - Cette dernière se prévaut aussi d'un rapport du Dr C. _____ du 1er février 2023 qui n'apporte rien de nouveau sur les atteintes déjà connues et sur son évaluation de la capacité de travail. S'agissant de la hernie, le Dr X. _____ avait relevé dans son rapport du 12 juillet 2021 qu'elle était asymptomatique ; aucun élément médical ne vient objectiver une aggravation de cette atteinte de manière à avoir une incidence sur la capacité de travail telle que retenue. Quant à la cox-arthrose de la hanche gauche, il est indiqué qu'elle a été traitée par des infiltrations pour juguler cette douleur débutante ; aucune limitation fonctionnelle supplémentaire à celles retenues n'est invoquée en lien avec cette atteinte. La recourante a produit encore le rapport du Prof H. _____ du 29 octobre 2021 indiquant qu'elle avait subi une intervention pour déplacer la pile du système de stimulation ; le prof H. _____ a cependant précisé que l'intervention s'était déroulée sans particularité. Puis la recourante a produit un rapport du 23 janvier 2023 du Dr X. _____ qui mentionne un déplacement de la sonde de 4 millimètres opéré avec un résultat satisfaisant et une infiltration péridurale S1 qui a permis de réduire la douleur ; ce médecin a conclu que ces interventions avaient été bénéfiques sur les douleurs de la recourante mais que la situation n'était toujours pas idéale. Ce rapport, dont les éléments postérieurs à la décision ne doivent pas être pris en compte (TF 9C_47/2022 du 22 novembre 2022 consid. 5.1.2), ne comporte pas d'indication nouvelle déterminante sur l'état de fait litigieux. La recourante évoque en outre des difficultés avec son stimulateur, sans démontrer qu'elles induisent des limitations fonctionnelles nouvelles durables, comme on l'a vu plus haut, et rappelle les aménagements effectués à son domicile. Or ces éléments ont été pris en compte dans l'appréciation faite par les experts. S'agissant en particulier des moyens auxiliaires, les experts ont évoqué leur perplexité face à leur utilisation compte tenu de la pathologie existante. Les griefs de la recourante quant à l'évaluation de sa capacité de travail sont donc mal fondés.

- 21 - d) La recourante conteste la date d'ouverture de son droit à la rente. Elle estime qu'elle a présenté une incapacité dans l'exercice de son activité professionnelle habituelle d'au moins 50 % depuis le 8 octobre 2020. Or ce moyen a été tranché et écarté plus haut. En l'absence d'une incapacité de travail induisant une invalidité de 40 % au moins six mois après la date du dépôt de la requête (art. 29 LAI), le droit à la rente n'est pas ouvert, comme l'a retenu à juste titre l'intimé. 4. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, d'une inspection locale et de son audition personnelle. Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants

pour permettre à la Cour des assurances sociales de se prononcer et de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une expertise, d'une inspection locale et de l'audition de la recourante. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à cette requête. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque 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 certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1). 5. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. 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

- 22 - 600 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.