

VD_GERICHTE ZD23.038807 vom 17. September 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.038807

FR: VD_GERICHTE ZD23.038807 du 17 septembre 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.038807 del 17 settembre 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

- 17 - 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). 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. 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) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de

- 18 - calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2). d) 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. 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

- 19 - 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.

E. 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 asséculogique. 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

- 20 - 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).

E. 6

Le recourant conteste l'appréciation de l'intimé quant à sa capacité de travail et à ses limitations fonctionnelles. a) A titre liminaire, il convient de constater que le recourant s'est trouvé en incapacité totale de travail dès le 27 septembre 2019. Au terme du délai d'attente d'une année, le recourant était toujours entièrement incapable de travailler, ouvrant le droit à une rente dès le 1er septembre 2020, ce que les parties ne contestent pas. Demeure en revanche litigieuse l'amélioration de la capacité de travail retenue à compter du 31 août 2021. Par ailleurs, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus apte à exercer son activité habituelle d'aide-monteur en échafaudage, au vu des limitations fonctionnelles retenues, ce qui ressort de manière convergente des différents avis médicaux au dossier. b) En revanche, le recourant conteste disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 31 août 2021 et prétend, en se fondant sur le rapport du 31 mars 2023 de son médecin traitant, ne pouvoir travailler qu'à 50 % et ce depuis le 1er juillet 2022 avec des limitations fonctionnelles plus importantes, à savoir port de charges de plus de 2,5 kg, travail prolongé avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules, activités nécessitant de la force et des mouvements répétés du membre supérieur gauche et positions en porte-à-faux prolongées. c) L'intimé, qui renvoie pour l'essentiel au dossier et aux conclusions de la CNA, a estimé que le recourant avait recouvré, dès le 31 août 2021 une

- 21 - limitations fonctionnelles (pas de traction brusque, pas de mouvement en porte-à-faux, pas de port de charge de plus de 10 kg de manière répétée et pas de mouvement au-dessus de l'horizontal). La CNA s'est, quant à elle, essentiellement fondée sur les avis de la Dre S._____, auxquels renvoie par ailleurs l'avis du SMR du 3 juillet 2023. Il convient de constater qu'hormis la question du port de charges et d'une activité nécessitant de la force et des mouvements répétés du membre supérieur gauche, les limitations fonctionnelles retenues par la Dre S._____, et à sa suite par l'OAI, correspondent, pour l'essentiel, à celles ressortant tant du rapport de la Clinique F._____ du 21 juillet 2021 que des attestations établies les 21 juin 2022 et 31 mars 2023 par le Dr T._____. A cet égard, la Dre S._____ a exposé qu'elle retenait de telles limitations en raison de l'opération qu'avait subie le recourant le 9 novembre 2020, une épaule opérée étant, de facto, plus fragile qu'une épaule native, même s'il y avait, cliniquement, peu d'éléments limitant identifiés aux examens réalisés à la Clinique F._____. La Dre S._____ a, en outre, expliqué qu'elle s'écarterait partiellement des limitations fonctionnelles retenues par la Clinique F._____ en raison du fait qu'elles ne correspondaient pas aux capacités fonctionnelles résiduelles de l'articulation mais bien plutôt à ce que l'assuré avait accepté de faire. A cet égard, on ne saurait critiquer l'avis de la Dre S._____. En effet, le rapport du 21 juillet 2021 de la Clinique F._____ fait état du fait que les limitations fonctionnelles retenues correspondent à ce que le recourant a bien voulu consentir comme effort (cf. rapport du 21 juillet 2021 p. 5). Il ressort en outre de ce rapport que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour et que la participation du patient aux thérapies a été faible (cf. rapport du 21 juillet 2021 p. 4). Ce rapport souligne encore que des

incohérences et des autolimitations ont été observées, en particulier, une discordance entre le comportement pendant l'examen clinique et en dehors, le recourant intégrant de manière très limitée son membre supérieur gauche lors des thérapies individuelles,

- 22 - mais de manière nettement meilleure lors des pauses et des repas, ainsi que lors des thérapies en groupe. Par ailleurs, la Dre S. _____ ajoute que les examens cliniques montrent, à chaque fois, une musculature symétrique et conservée tant visuellement qu'à la mesure des périmètres des membres supérieurs. Ces éléments ressortent effectivement autant des rapports relatifs aux deux séjours du recourant à la Clinique F. _____ (cf. rapport du 23 juillet 2020 p. 2 et rapport du 21 juillet 2021 p. 2) que de celui du Dr V. _____ du 24 février 2022. La Dre S. _____ expose, de manière convaincante, que la musculature symétrique démontre une utilisation régulière du membre supérieur gauche, rappelant qu'un membre non utilisé présente une atrophie conséquente (de 12 à 44 % selon diverses études) en 5 à 10 jours, ce qui correspond à une fonte musculaire visible à l'œil nu mais également en radiologie. Au vu de l'ensemble de ces éléments, les avis de la Dre S. _____ sont sérieusement motivés et ses conclusions sont convaincantes quant à la pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'elle énumère. Les avis des Drs M. _____ et T. _____ ne sont, par ailleurs, pas propres à remettre en cause l'appréciation de la Dre S. _____. En effet, le Dr M. _____ a noté, tout au long de son suivi, que les progrès depuis l'opération étaient notables. C'est ainsi qu'il a relevé que l'amplitude de l'élévation, des rotations internes et externes s'étaient améliorées au fil des mois. Quant aux douleurs, il les attribue essentiellement à des contractures musculaires dues à la peur des douleurs du recourant, à propos duquel il souligne, dès les premiers rapports, qu'il est craintif et qu'il se focalise très rapidement sur la moindre douleur. Ainsi, l'appréciation du Dr M. _____, selon lequel seule une activité purement non physique était envisageable sur le plan professionnel, n'est aucunement motivée et se fonde essentiellement sur le ressenti du recourant et non sur les constats objectifs de ce médecin. Il ne se prononce d'ailleurs pas sur d'éventuelles limitations fonctionnelles. S'agissant de la suspicion émise par le Dr M. _____ d'un étirement nerveux au niveau plexulaire – à propos duquel il souligne que les douleurs en découlant sont difficilement objectivables – il a été écarté par

- 23 - le neurologue de la Clinique F. _____, après un examen neurologique qualifié de rassurant (cf. rapport du 21 juillet 2021 p. 4). Quant aux attestations de restrictions fonctionnelles émises par le Dr T. _____, elles ne font qu'énumérer des restrictions et attesté une capacité de travail à 50%, sans aucune motivation ou explication. Ainsi, outre que ces différents documents émanent des médecins traitants du recourant, ils se fondent essentiellement sur les plaintes de celui-ci et non sur des constatations objectives. Par ailleurs, ils ne discutent aucunement les éléments retenus par la Dre S. _____ permettant de mettre en doute certaines limitations fonctionnelles, en particulier la trophicité musculaire symétrique et conservée que présente la ceinture scapulaire du recourant et l'absence de fonte musculaire, qui ne peuvent s'expliquer que par l'usage normal du membre supérieur gauche par le recourant, en dehors du cadre thérapeutique. Les avis des médecins traitants du recourant ne sont donc pas propres à mettre en doute le bien-fondé des constatations de la Dre S. _____. d) S'agissant de la « snapping scapula » diagnostiquée par le Dr M. _____ le 8 septembre 2021, il convient de constater que ce médecin n'indique aucune limitation fonctionnelle liée à ce diagnostic, pour lequel il ne propose d'ailleurs aucun traitement. Hormis des craquements de l'articulation, on ne distingue

d'ailleurs pas quelles seraient les conséquences de ce diagnostic. En outre, là encore, la trophicité musculaire conservée et symétrique plaide en faveur d'un impact limité de ce diagnostic sur les capacités du recourant. Quoiqu'il en soit, rien n'indique que ce diagnostic causerait une limitation fonctionnelle allant au-delà de celles déjà retenues par la Dre S._____ et, à sa suite, par l'OAI. e) Quant aux problèmes psychologiques, qui semblent avoir été évoqués par le recourant dans le cadre du dossier de la CNA, sans qu'il ne s'en prévale dans le cadre du dossier de l'AI, il suffit de constater que de tels troubles ont été écartés lors du second séjour du recourant auprès de la Clinique F._____. Il ressort en effet du rapport du 21 juillet 2021 qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé par rapport au premier

- 24 - séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. En outre, le recourant ne bénéficie d'aucun suivi à cet égard et aucun des rapports médicaux au dossier ne permet de constater que de tels troubles auraient été diagnostiqués. f) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il convient de retenir, à l'instar de l'intimé, que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans traction brusque, sans mouvement en porte-à-faux, sans port de charge de plus de 10 kg de manière répétée et sans mouvement au-dessus de l'horizontal. g) L'intimé a arrêté la date à partir de laquelle le recourant a retrouvé une pleine capacité de travail au 31 août 2021. Cette date correspond à la stabilisation de l'état de santé telle que retenue par la CNA. A cet égard, la Dre H._____, dans son rapport du 21 juillet 2021, a constaté que la situation médicale de l'assuré était stabilisée. Quant au Dr M._____, il a indiqué, dans son rapport du 8 septembre 2021, qu'il n'avait pas de solution chirurgicale ou conservatrice à proposer, confirmant l'avis du chirurgien de la Clinique F._____. S'agissant des traitements évoqués par le Dr V._____ dans son rapport du 24 février 2022 (application d'une crème anti-inflammatoire et massages), il s'agit de traitements de confort ne visant pas à une amélioration significative de l'état de santé, étant précisé que l'infiltration également évoquée a été refusée par le recourant. Au vu de ces éléments, il y a lieu de confirmer que le recourant a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelle dès le 31 août 2021. L'intimé était donc fondé à revoir la rente à compter du 30 novembre 2021, l'amélioration déterminante de la capacité de gain ayant duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 1 RAI). C'est donc à juste titre que l'intimé a procédé à la comparaison des revenus afin d'établir le taux d'invalidité depuis cette date. h) Le recourant ne conteste pas formellement le calcul du taux d'invalidité. Contrôlé d'office, il peut être confirmé quant au résultat, à

- 25 - savoir un taux de 0 %. Toutefois, il est relevé que les chiffres retenus par l'OAI ne sont pas exacts, bien que cela ne modifie pas le résultat. S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant obtenait un revenu annuel de 62'400 fr. (4'800 x 13) auprès de son employeur [...] Sàrl en 2019, qu'il convient d'adapter à l'évolution des salaires (pour 2020 : + 0,8 % ; pour 2021 : - 0,7 % et non + 0,8 % comme retenu par l'OAI) pour aboutir à un salaire annuel de 62'458 francs. Quant au revenu avec invalidité, l'OAI s'est fondé sur les statistiques de l'ESS, ce qui n'est pas critiquable, le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative. Toutefois, l'OAI s'est basé sur l'ESS 2018 alors que les chiffres de l'ESS 2020 étaient les plus récents et devaient être retenus, après indexation à 2021. Ainsi, selon l'ESS 2020, le revenu moyen pertinent en l'espèce s'élève à 63'132 fr. (tableau ESS 2020, TA1_tirage_skill_level, homme, niveau de compétence 1), qu'il convient d'adapter à la durée hebdomadaire de travail usuelle dans les entreprises durant l'année 2021 (41,7 heures

; 65'815 fr. 11) et à l'évolution des salaires (-0.7 % en 2021) pour aboutir à un revenu annuel avec invalidité de 65'354 fr. 40. L'OAI a encore retenu qu'aucun abattement ne devait être appliqué, les limitations fonctionnelles n'étant pas assez importantes pour limiter l'accès à un éventail d'activités suffisamment large ce qui n'engendrait donc pas de désavantage salarial. Le recourant pouvait en effet mettre sa capacité de travail en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple, montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement. Le raisonnement de l'OAI n'est pas critiquable et peut ainsi être confirmé. Dès lors, le revenu sans invalidité étant moins élevé (62'458 fr.) que celui avec invalidité (65'354 fr. 40), le recourant ne subit aucune perte de gain et son taux d'invalidité est nul.

- 26 - i) En définitive, c'est à juste titre que l'OAI a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2020 et jusqu'au 30 novembre 2021, à savoir trois mois après l'amélioration déterminante de sa capacité de gain.

E. 7

Le recourant conteste le montant de la rente. Il soutient que dans la mesure où il aurait subi un accident, il n'aurait pas droit à une rente ordinaire mais à l'entier de son salaire. Ce faisant, le recourant confond les indemnités journalières de l'assurance-accident – qu'il a par ailleurs touchées entre le 27 septembre 2019 et le 31 mars 2022 de la CNA – et les prestations de l'assurance-invalidité. Conformément aux règles applicables en matière d'assurance-invalidité, la rente ne correspond pas au salaire mais est calculée en fonction des années de cotisations, des revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1er janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (art. 29bis al. 1 LAVS, applicable par le renvoi de l'art. 36 al. 2 LAI). Dans ses déterminations du 25 octobre 2023, la W. _____ a exposé de manière détaillée le calcul de la rente du recourant, dont il ressort comment elle a calculé la durée prise en compte pour la détermination de l'échelle de rente, le revenu annuel moyen, ainsi que les différents montants des rentes durant les années en cause. Elle s'est ainsi fondée sur les éléments pertinents afin de calculer la rente et la critique du recourant doit être écartée. Au demeurant, il n'y a pas lieu de revenir en détail sur ce calcul, le recourant ne formulant aucun grief à cet égard, étant rappelé que le juge n'est pas tenu de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige et peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

E. 8

a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 27 - b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Le recourant n'a pas droit à des dépens, dans la mesure où il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA) et a procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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