

# VD\_GERICHTE ZD23.054513 vom 24. September 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-09-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD23.054513](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.054513)

FR: VD\_GERICHTE ZD23.054513 du 24 septembre 2024

IT: VD\_GERICHTE ZD23.054513 del 24 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 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).

- 10 -

### 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 LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux.

- 11 - Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). d) 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 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. 6**

a) En l'espèce, dans la décision litigieuse du 15 novembre 2023, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise orthopédique du 12 juin 2023 du Dr K. \_\_\_\_\_, réalisé à la demande de l'assureur perte de gain, pour considérer que la recourante disposait d'une capacité de travail de 100% avec baisse de rendement de 30% dans son activité habituelle de téléphoniste dans un centre d'appels, ce qui ne lui ouvrait pas de droit à une rente d'invalidité. La recourante estime, pour sa part, que le rapport d'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ n'est pas probant et qu'il y a lieu de retenir une capacité de travail de 20%, en se fondant sur les avis de ses médecins traitants, en particulier sur celui du Dr C. \_\_\_\_\_.

- 12 - b/aa) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, il se fonde sur des examens complets. En particulier, contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr K. \_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique (pp. 3-4 du rapport d'expertise). Les plaintes de la recourante figurent également dans le rapport, contrairement à ce qu'allègue la recourante. A cet égard, le Dr K. \_\_\_\_\_ a notamment mentionné que la recourante affirmait qu'avec le traitement conservateur sous forme de physiothérapie et de

prise d'anti-inflammatoires, l'intensité des douleurs avait diminué ; qu'au jour du rapport, elle ressentait des douleurs quotidiennes au pli de l'aîne, d'intensité variable et que celles-ci augmentaient dès qu'elle marchait à plat plus de cinq minutes ; qu'elle évitait de monter ou descendre les escaliers ou les pentes car les douleurs apparaissaient très rapidement ; qu'elle présentait des douleurs occasionnelles au repos ; qu'elle tolérait la position assise environ deux heures et qu'elle devait ensuite se lever et marcher un peu et que les douleurs augmentaient d'intensité lorsqu'elle portait des charges supérieures à 7-8 kg (p. 3 du rapport d'expertise). Le rapport a en outre été établi en pleine connaissance du dossier (cf. anamnèse aux pp. 1 à 3 du rapport d'expertise) et l'expert a tenu compte du contexte médical (pp. 2-3 du rapport d'expertise). Enfin, l'appréciation de la situation médicale est claire (p. 5 du rapport d'expertise) et les conclusions bien motivées (pp. 5-6 du rapport d'expertise). bb) Sur le plan matériel, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de coxarthrose de la hanche droite sur suspicion de synovite villonodulaire ou tumeur à cellules géantes ténosynoviale, rejoignant ainsi les avis de tous les autres médecins consultés par la recourante, en particulier des Drs B.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_. Seule l'appréciation quant aux répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail diffère entre l'expert et les autres médecins. Or c'est précisément les limitations fonctionnelles d'une atteinte sur la capacité de travail qui sont pertinentes dans l'examen du droit à une rente d'invalidité. L'expert, pour sa part, a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de charges

- 13 - de plus de 10 kg, éviter de marcher en terrain irrégulier et éviter de monter ou descendre à répétition des escaliers ou des pentes. Il a considéré, en tenant compte des limitations fonctionnelles énumérées, que l'activité habituelle de la recourante correspondait à une activité adaptée et a conclu à une capacité de travail de 100% avec baisse de rendement de 30%. Contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert a justifié la diminution de rendement retenu par la nécessité de faire des pauses et de changer de position. Il a également expliqué que l'activité habituelle dans un centre d'appels lui paraissait adaptée, dès lors qu'il s'agissait d'une activité sédentaire essentiellement en position assise. Le Dr C.\_\_\_\_\_, quant à lui, a mentionné, à titre de limitations fonctionnelles, une marche avec forte boiterie, des douleurs sur toute la hanche, une flexion de la hanche à 100°, une rotation interne de 10°, une rotation externe de 30°, des muscles fessiers compétents et l'absence d'autres troubles neurovasculaires (cf. rapport des 23 août et 11 octobre 2023). Il a indiqué la présence de douleurs continues et également lors de la pression en regard de la hanche, rendant inconfortable une position assise de longue durée, de même qu'une position debout de longue durée. Il a conclu à une capacité de travail de 20%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Or il sied de relever, à l'instar de la Dre H.\_\_\_\_\_ du SMR, que le Dr C.\_\_\_\_\_ a émis une appréciation peu claire de la capacité de travail de la recourante dans ses rapports médicaux successifs. En effet, dans son rapport du 25 janvier 2023, il préconisait déjà une reprise d'activité à 50% dès le 10 février 2023. Ensuite, dans son rapport du 4 avril 2023, il a omis d'enlever cette indication et celle selon laquelle l'incapacité de travail était prolongée jusqu'au 9 février 2023 (!). Son rapport du 22 juin 2023 a fait état d'une légère amélioration de la symptomatologie ; cependant, le Dr C.\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail de sa patiente à 100% du 1er au 30 juin 2023. Ce médecin ne s'est toutefois pas prononcé sur le pronostic en lien avec la capacité de travail de la recourante. Le 6 juillet 2023, le Dr C.\_\_\_\_\_ a répondu qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante et que cela dépendrait de l'évolution des douleurs avec le traitement

- 14 - proposé. Il a seulement précisé que la capacité de résistance de sa patiente était diminuée compte tenu des douleurs. Enfin, dans son rapport de 23 août 2023, le médecin précité a posé des indications contradictoires, mentionnant tout d'abord retenir une capacité de travail de 20% dans l'activité habituelle (point 6), puis qu'aucune activité n'était possible (point 7) et enfin, que l'activité habituelle ne pouvait pas être effectuée à 100% (point 8). Force est donc de constater que l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ a varié au fil de ses rapports, s'agissant de la capacité de travail de la recourante, et que ce médecin a accordé un poids particulier à la douleur subjective ressentie par sa patiente. Partant, ces rapports ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation convaincante de l'expert K. \_\_\_\_\_, validée par la Dre H. \_\_\_\_\_ du SMR. Du reste, le Dr C. \_\_\_\_\_ n'a élevé aucune critique à l'égard du rapport d'expertise et n'a pas indiqué que l'expert aurait omis un élément important dans son appréciation. Il s'est en effet contenté d'affirmer que son avis divergeait quant à la capacité de travail retenue. On est donc en présence d'une appréciation différente d'une même situation, dès lors que le diagnostic posé par tous les médecins est identique et que les limitations fonctionnelles mentionnées par l'expert, d'une part, et par le Dr C. \_\_\_\_\_, d'autre part, sont quasiment superposables. En outre, ni l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_, qui s'est prononcé de manière provisoire sur la capacité de travail de la recourante (cf. rapport du 22 décembre 2022) avant de retenir une capacité de travail nulle dans toute activité, sans toutefois motiver son appréciation (cf. rapport du 19 juin 2023) et qui – de surcroît – n'est pas spécialiste dans le domaine orthopédique, ni celui du Dr W. \_\_\_\_\_, qui n'a jamais motivé les certificats d'incapacité de travail établis, ne sauraient remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_. A cela s'ajoute que les avis des médecins traitants doivent, conformément à la jurisprudence (cf. consid. 5d supra), être considérés avec retenue compte tenu de la relation thérapeutique et du rapport de confiance qui les lie avec leur patient. Enfin, la recourante ne se plaint pas d'autres atteintes à la santé qui n'auraient pas été examinées par l'expert K. \_\_\_\_\_.

- 15 - c) En conclusion, l'intimé était légitimé à se fonder sur le rapport d'expertise probant du Dr K. \_\_\_\_\_ et à retenir une capacité de travail de 100% avec baisse de rendement de 30%.

## **E. 7**

Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (en raison par exemple d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité; TF 9C\_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et les références citées). En l'espèce, l'intimé a appliqué cette méthode, ce qui est admissible, compte tenu du fait que la recourante est en mesure de reprendre l'activité qui était la sienne avant la survenance de l'atteinte à la santé et que le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques. La recourante

n'a, du reste, émis aucune critique à cet égard. Partant, la baisse de rendement de 30%, qui équivaut en l'occurrence à un degré d'invalidité de 30%, ne permet pas d'ouvrir le droit à une rente, dans la mesure où ce taux est inférieur à 40%.

#### **E. 8**

Compte tenu d'une capacité de travail reconnue de 100%, avec baisse de rendement de 30%, dans l'activité habituelle, il n'y a pas matière à l'octroi de mesures professionnelles. On précisera, au demeurant, que la recourante n'a pas donné suite à la mesure de soutien

- 16 - à la réinsertion professionnelle qui lui avait été proposée par courrier du

#### **E. 10**

mai 2023 et n'a pas non plus manifesté son intérêt pour une telle mesure ultérieurement. 9. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. 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 recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la 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.