

VD_GERICHTE ZD24.041728 vom 16. April 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-04-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.041728

FR: VD_GERICHTE ZD24.041728 du 16 avril 2026

IT: VD_GERICHTE ZD24.041728 del 16 aprile 2026

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, 10J010

- 11 - 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) 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

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour 10J010

- 12 - l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). 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 ne 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 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 6

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) En vertu de l'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 10J010

- 13 - 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).

E. 7

a) En l'espèce, se fondant sur le rapport d'expertise du 4 décembre 2023 du Dr U._____, l'intimé a octroyé à la recourante une rente du 1er octobre 2020 au 31 décembre 2021. De son côté, la recourante estime au contraire qu'aucune amélioration sensible objectivée de son état de santé, respectivement disparition de ses limitations fonctionnelles, propre à modifier son droit à la rente, n'était survenue à partir du mois de septembre 2021, et que les conclusions de l'expertise précitée du Dr U._____ étaient contredites par de nombreux rapports médicaux au dossier, en particulier par le rapport d'expertise du 4 décembre 2023 des Drs A._____ et S._____. b) Dans son rapport

d'expertise du 4 décembre 2023, le Dr U. _____ a posé les diagnostics de lésion du plexus brachial multi- tronculaire gauche, touchant surtout la partie inférieure provenant du tronc moyen sur fracture-dislocation de l'épaule gauche avec fracture du trochiter le 24 octobre 2019, exploration du plexus brachial infra-claviculaire et neurolyse le 20 novembre 2019 et arthrolyse et révision arthroscopique de l'épaule gauche avec décompression le 20 août 2021, de spondylarthrose, en cours d'investigation, et de syndrome du tunnel carpien droit, asymptomatique. Il a relevé qu'en raison de ces atteintes, la recourante présentait des douleurs neuropathiques du membre supérieur gauche, une légère amyotrophie au niveau du bras et de l'avant-bras gauche ainsi qu'un déficit moteur intéressant les mouvements du pouce et la flexion des doigts et du carpe. L'examen clinique a été effectué le 30 juin 2023. Au testing musculaire, aucune faiblesse de l'abduction du bras n'a été observée. Le biceps était à M5, le triceps à M5, le brachio-brachial à M5 et la pronation/supination à M5. L'extension du carpe était à M5. Au niveau de la 10J010

- 14 - main gauche, le Dr U. _____ a relevé une amyotrophie à prédominance hypo-thénarienne et du 1er interosseux dorsal. L'abduction et l'extension du pouce étaient à M4, le fléchisseur long du pouce à M3-M4, la flexion ulnaire du carpe à M4-, la flexion radiale du carpe à M4-, et la flexion des doigts (fléchisseur profond et superficiel des doigts) à M4. Une hypoesthésie tactile au niveau de l'avant-bras et de la main gauche sur le versant ulnaire était également constatée. Le Dr U. _____ a en revanche exclu l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe, les critères diagnostics n'étant pas réalisés. Le Dr U. _____ a en outre indiqué que le traitement par antalgiques de palier 1 ne correspondait pas à l'intensité douloureuse rapportée et que le faible niveau d'activité ne s'expliquait pas entièrement par les limitations d'ordre neurologique. Par ailleurs, l'intéressée était autonome pour les gestes de la vie quotidienne et disposait de ressources personnelle, familiale et sociale considérables. Il en a déduit que la capacité de travail de la recourante était nulle du 24 octobre 2019 au 23 septembre 2021, cette dernière date correspondant au rapport du Dr L. _____, puis de 70 % (100 % avec une diminution de rendement de 30 % due aux douleurs et au manque de dextérité de la main gauche, non dominante) dès le 24 septembre 2021 dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles (une activité légère permettant le changement de position était exigible, sans exigence particulière concernant la dextérité et l'endurance bi-manuelle de la main gauche, qui n'a qu'une fonction accessoire ou de maintien, pas de port de charge de plus de 1 kg du côté lésé et de 5 kg du côté sain en raison des cervicalgies, sans soulèvement au-dessus de la tête, pas de porte-à-faux et pas d'exposition au froid et au chaud), précisant que l'activité habituelle de secrétaire de direction de la recourante était adaptée à ces limitations. c) Dans leur rapport d'expertise du 4 décembre 2023, réalisée à la demande de l'assureur-accidents de la recourante, les Drs A. _____ et S. _____ ont posé, sur le plan neurologique, les diagnostics de status après atteinte plexuelle brachiale gauche, à prédominance du tronc inférieur, dans un contexte de fracture luxation de l'épaule survenue à la suite d'une chute le 24 octobre 2019 et de troubles moteurs modérés sans explication neurologique au niveau de la main droite, et, sur le plan de la médecine 10J010

- 15 - physique et réadaptation, les diagnostics d'omalgies gauches d'origine possiblement neurologique, de déficit d'abduction et de flexion de l'épaule gauche dans un contexte algique et d'atteinte plexulaire évaluée dans le volet neurologique, de status après traumatisme de l'épaule gauche en octobre 2019, avec fracture du trochiter et luxation traitée conservativement ; IRM de l'épaule gauche de septembre 2020 : fracture consolidée,

absence de lésion significative de la coiffe des rotateurs, de status après réparation de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche en 2015, de status après décompression sous acromiale de l'épaule gauche en août 2021, de cervicalgies sur cervicarthrose, de status après prothèse totale de la hanche gauche ainsi que de gonalgies antérieures modérées, mécaniques, vraisemblablement dans le cadre de gonarthrose. Lors de l'examen clinique réalisé le 26 septembre 2023, l'expert neurologue a en particulier observé une limitation douloureuse de la mobilité de l'épaule gauche et de la nuque ainsi qu'un flexum partiel des doigts gauches. Au testing de la force musculaire, l'expert ne notait aucun déficit moteur significatif au niveau du membre supérieur droit, y compris au niveau de la main, avec une force à M5 sur tous les groupes musculaires ; au niveau du membre supérieur gauche, l'abduction et l'élévation du bras paraissaient préservées (petit lâchage antalgique) ; la flexion de l'avant-bras sur le bras est à M5 ; l'extension de l'avant-bras sur le bras était également à M5 ; l'extension du poignet lui-même était à M4/5 alors que l'extension des doigts (phalanges proximales) était à M4 ; la flexion du pouce était à M1 ; l'extension des doigts (phalanges distales) était à M1 ; la flexion des doigts était à M3/4 ; les mouvements d'adduction/abduction des doigts étaient à M3/M4. A l'examen de la sensibilité, aucun trouble sensitif superficiel et profond n'était objectivé au niveau du membre supérieur droit ; au niveau du membre supérieur gauche, il observait une zone d'hypodysesthésie intéressant l'ensemble de l'avant-bras et de la main. La sensibilité posturale était préservée ; la pallesthésie était donnée à 4-5/8. L'expert en médecine physique et réadaptation a, quant à lui, notamment indiqué que les mouvements rapides des doigts semblaient ralentis à droite et pratiquement impossibles à gauche. La mobilité active de l'épaule gauche était limitée avec une flexion à 90° à peine à l'horizontale et une abduction très limitée à 45°, une rotation externe limitée à gauche à 30° contre 50° à 10J010

- 16 - droite. L'enroulement des doigts était complet à droite avec une opposition complète du pouce ; à gauche, la mobilité des doigts était limitée en actif à quelques degrés de flexion/extension, en passif, l'enroulement était complet, l'opposition du pouce était complète à gauche en actif. Les experts ont estimé que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité jusqu'à la date de l'expertise, tandis qu'elle était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité nécessitant essentiellement l'utilisation de force et répétitive du membre supérieur gauche chez une droitnière, pas d'activité en élévation prolongée du bras gauche pas d'activité nécessitant la frappe sur ordinateur ; les activités de contact, de formation, de gestion immédiate du secteur hôtelier, d'organisation orale de réunion étaient possibles). Ils ont ajouté que le traitement uniquement par Dafalgan pouvait être poursuivi, qu'il n'y avait pas d'indication à d'autres mesures thérapeutiques et qu'une reconversion professionnelle nécessitant un réapprentissage important paraissant inenvisageable compte tenu de l'âge de l'intéressée. d) En l'occurrence, au vu des éléments précités, force est de constater que, si les examens cliniques de la main gauche sont globalement superposables, l'évaluation de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles qui en découlent diffèrent sensiblement, ce qui ne permet pas à la Cour de céans d'évaluer de manière satisfaisante la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée, ni, le cas échéant, à quel moment une telle capacité aurait durablement été recouvrée. Dans la mesure où l'on ne voit pas, à la lecture des différentes expertises, de motifs reconnaissables pour le juge qui justifieraient d'écarter d'emblée un avis au profit d'un autre, une nouvelle expertise serait ainsi nécessaire pour déterminer la capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles de la recourante.

E. 8

a) Il apparaît cependant, au vu des circonstances du cas d'espèce, qu'il peut être renoncé au renvoi du dossier à l'OAI en vue de la mise en place d'une telle expertise, respectivement de mettre en œuvre une expertise judiciaire. La question litigieuse consiste en effet à déterminer s'il existe un motif de révision de la rente entière d'invalidité octroyée à la 10J010

- 17 - recourante depuis le 1er octobre 2020. Or, même si l'expertise à mettre en place arrivait à la conclusion que la recourante avait retrouvé une capacité de travail – dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée – propre à influencer son degré d'invalidité, il faut constater, comme cela va être démontré ci-dessous, que l'exercice d'une activité professionnelle n'apparaît pas exigible compte tenu de la situation de la recourante. b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 ; TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 et les références citées). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, 10J010

- 18 - de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 et TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). c) Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3 et les références citées). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (TF 8C_173/2023 du 23 novembre

2023 consid. 3.3 et les références citées). d) En l'espèce, si une nouvelle expertise (judiciaire) devait être mise en œuvre, ses résultats n'auraient quoi qu'il en soit pas pu être disponibles avant que la recourante n'ait atteint l'âge de référence de 64 ans et trois mois le ***2025 (art. 21 al. 2 LAVS [Loi fédérale sur l'assurance- vieillesse et survivants ; RS 831.10] en relation avec les dispositions transitoires de la modification du 17 décembre 2021 [AVS 21] de la LAVS), excluant de facto l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle.

E. 9

a) Compte tenu de ce qui précède, le recours est admis. La décision rendue le 5 août 2024 par l'intimé est réformée en ce sens que la recourante a droit au maintien de sa rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2021 jusqu'au ***2025, (date à partir de laquelle elle a pu prétendre à une rente de vieillesse de l'AVS ; art. 30 let. b LAI en relation avec l'art. 21 al. 1 al. 2 LAVS et les dispositions transitoires de la modification du 17 décembre 2021 [AVS 21] de la LAVS). 10J010

- 19 - 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 intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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