

BGer 9C_355/2025 vom 1. April 2026

Bundesgericht, 2026-04-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_355_2025

FR: TF 9C_355/2025 du 1 avril 2026

IT: TF 9C_355/2025 del 1 aprile 2026

Erwägungen

E. 1.1

Le recours en matière de droit public peut être formé pour violation du droit, tel qu'il est délimité par les art. 95 et 96 LTF. Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il n'examine en principe que les griefs invoqués, compte tenu de l'exigence de motivation prévue à l'art. 42 al. 2 LTF, et statue par ailleurs sur la base des faits établis par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF), sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). Le recourant qui entend s'en écarter doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions de l'art. 105 al. 2 LTF sont réalisées sinon un état de fait divergent ne peut pas être pris en considération.

E. 1.2

En vertu de l'art. 99 al. 1 LTF, aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut en principe être présenté devant le Tribunal fédéral. Est en particulier exclue la présentation de vrais faits nouveaux (vrais nova), à savoir des faits qui se sont produits postérieurement à la décision attaquée, dans les procédures de recours au Tribunal fédéral (ATF 143 V 19 consid. 1.2). Postérieur à l'arrêt attaqué (du 19 mai 2025), le rapport de consultation neurologique du 10 juillet 2025, que l'assuré produit à l'appui de son recours, ne peut dès lors pas être pris en compte dans la présente procédure.

E. 2.1

Le litige a trait au droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite de la demande qu'il a présentée au mois de mai 2019. Compte tenu des motifs et conclusions du recours, il s'agit uniquement de déterminer si la juridiction cantonale pouvait se fonder sur l'expertise de la CRR du 18 septembre 2023, sans prendre en compte le rapport du docteur I. _____ et de la doctoresse J. _____ du 12 mai 2025, ainsi que l'avis du docteur C. _____ du 14 mai 2025. Dans ce contexte, l'assuré fait valoir qu'au vu des rapports qu'il avait produits, l'instance précédente aurait dû remettre en doute l'expertise de la CRR et lui octroyer une rente d'invalidité, ou à tout le moins "ne pas s'empresse de rendre une décision 4 jours après la réception des documents et instruire".

E. 2.2

On rappellera, à la suite de l'instance précédente, que le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en oeuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 151 V 244 consid. 3.5; 137 V 210 consid. 1.3.4; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, au vu de la divergence reconnue par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles

investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte de celle exprimée par les experts. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (arrêt 8C_689/2023 du 10 juin 2024 consid. 3.2 et l'arrêt cité).

E. 2.3

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; 121 V 362 consid. 1b). Le juge des assurances sociales doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a in fine et les arrêts cités; arrêt 9C_268/2025 du 4 mars 2026 consid. 6.2).

E. 3.1

Comme le fait valoir le recourant, les premiers juges n'ont en l'espèce pas fait mention du rapport du docteur I. _____ et de la doctoresse J. _____ du 12 mai 2025, ainsi que de l'avis du docteur C. _____ du 14 mai 2025, dans l'arrêt entrepris, que ce soit dans la partie "En fait" ou dans la partie "En droit" de celui-ci. En ce qu'il affirme que les experts de la CRR seraient passés "totalement à côté du diagnostic", le recourant ne fait cependant pas état d'éléments concrets et objectifs susceptibles de remettre en cause l'appréciation qu'ont faite les premiers juges des pièces médicales versées à la procédure administrative, ni de motifs susceptibles d'en établir le caractère arbitraire. L'assuré allègue en effet que dans leur rapport du 12 mai 2025, le docteur I. _____ et la doctoresse J. _____ ont fait état d'atteintes à la santé antérieures à la décision administrative du 4 mars 2024 ("pathologies [...] latentes depuis plusieurs années"), avec comme diagnostic psychiatrique principal un "trouble neurocognitif majeur modéré à sévère d'étiologies multiples probables (neurodégénérative possible, hydrocéphalie probable, encéphalopathie post-traumatique possible, investigation en cours), avec perturbation des émotions et du comportement", offrant ainsi "la confirmation, comme l'a toujours clamé le [docteur] C. _____, que ce trouble est neurocognitif et dégénératif". Ce faisant, le recourant ne s'en prend pas aux constatations de l'instance précédente, selon lesquelles les experts de la CRR ont pris en compte les avis du docteur C. _____ antérieurs à leur expertise (en particulier le rapport du psychiatre traitant du 29 mars 2022) et exposé les raisons pour lesquelles ils n'ont pas retenu de trouble neuropsychologique et psychiatrique. L'assuré ne conteste pas non plus les constatations cantonales, selon lesquelles le docteur C. _____ n'a pas exposé, dans son rapport du 29 novembre 2023, en quoi les traits de personnalité de son patient, qu'il attribue à un trouble schizotypique, impacteraient concrètement sur sa capacité de travail. On ajoutera que l'avis du docteur I. _____ et de la doctoresse J. _____ du 12 mai 2025 ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise de la CRR. Le diagnostic de trouble neurocognitif majeur, modéré à sévère d'étiologies multiples probables posé par les médecins de l'Hôpital de U. _____ ne peut en effet pas être apparu "spontanément" au printemps 2025. Il s'explique bien plutôt par une problématique neurodégénérative (le

docteur I._____ et la doctoresse J._____ parlent de "démence") déjà "en cours" au moment de l'expertise de la CRR, à l'été 2023. À ce moment-là, l'évaluation neuropsychologique à laquelle les experts avaient soumis le recourant n'avait alors pas permis d'obtenir des résultats interprétables, en particulier quant à une incapacité de travail déterminante.

E. 3.2

Dans ce contexte, c'est en vain que l'assuré se prévaut d'une "situation ubuesque". Il affirme à ce propos qu'il est atteint d'une démence avancée, qu'il se retrouve en institution et qu'il ne comprend pas le refus de l'instance précédente de lui accorder une rente d'invalidité, ni l'office intimé "qui met les pieds au mur pour rouvrir une procédure sur la base de rapports médicaux confirmant cette pathologie", à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a présentée le 28 mai 2025.

À la lecture de l'avis du docteur C._____ du 14 mai 2025, on constate que ce médecin a fait état d'une évolution de l'état psychique de son patient vers un état démentiel, en se référant au séjour hospitalier de l'assuré au Pôle santé mentale, psychiatrie hospitalière, de l'Hôpital de U._____, du 9 avril au 9 mai 2025, dont le rapport du docteur I._____ et de la doctoresse J._____ du 12 mai 2025 constitue la "Lettre de sortie". Le psychiatre traitant a indiqué qu'à la suite de cette hospitalisation, le recourant n'avait pas pu retourner à son domicile et avait dû être placé dans un foyer. Il s'agit de faits survenus postérieurement à la décision administrative du 4 mars 2024, qui doivent dès lors en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (consid. 2.3 supra). À cet égard, on constate que, saisi d'une nouvelle demande de prestations de l'assuré au mois de mai 2025, l'office intimé a informé son avocate qu'il lui était loisible de lui fournir les faits médicaux nouveaux susceptibles de motiver une nouvelle instruction du droit à des prestations (courrier du 5 juin 2025). On rappellera à ce propos qu'en vertu de l' art. 87 al. 2 et 3 RAI (RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le taux d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 5.3; 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a).

E. 3.3

Au vu des arguments avancés (cf. supra consid. 2.1), les considérations de l'instance précédente quant à l'absence de droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite de la demande qu'il a présentée au mois de mai 2019, doivent être confirmées. Le recours est entièrement mal fondé.

E. 4

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires doivent être mis à la charge du recourant (art. 66 al. 1 LTF). Il a cependant déposé une demande d'assistance judiciaire visant à la dispense des frais judiciaires et à la désignation d'un avocat d'office. Dès lors que les conditions d'octroi

en sont réalisées (art. 64 al. 1 et 2 LTF), l'assistance judiciaire lui est accordée. Le
recourant a produit une note de frais et d'honoraires détaillée pour un montant de 1'917 fr.
95. Ce montant n'apparaît pas excessif compte tenu de la nature du litige, de sorte qu'il
convient de le lui allouer. L'assuré est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser la Caisse
du Tribunal fédéral, s'il retrouve ultérieurement une situation financière lui permettant de le
faire (art. 64 al. 4 LTF).

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