

NE_GERICHTE CDP.2024.281 vom 24. Juli 2025

NE Tribunal cantonal, 2025-07-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2024.281

FR: NE_GERICHTE CDP.2024.281 du 24 juillet 2025

IT: NE_GERICHTE CDP.2024.281 del 24 luglio 2025

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

a) En vertu de l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'article 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Selon l'article 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Une rente au sens de l'alinéa 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'article 8 al. 1 bis et 1 ter, n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1 bis LAI). En vertu de l'article 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2), et pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'alinéa 4 détermine la quotité de la rente pour un taux d'invalidité entre 40 % et 49 %. b) L'assurance-invalidité, comme toute autre assurance, repose sur l'hypothèse que le risque assuré ne se réalise qu'exceptionnellement. Il en découle que l'assuré doit en principe être considéré comme étant en bonne santé et pouvant exercer une activité professionnelle (cf. ATF 141 V 281 cons. 3.7.2, selon lequel il faut en règle générale partir du principe de la « validité »), dès lors que la plupart des atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable, ainsi que cela est mis en évidence en considérant l'ensemble de l'éventail des maladies physiques et psychiques. Le droit à une rente d'invalidité suppose ainsi une atteinte à la santé. Le diagnostic d'une atteinte à la santé

n'implique cependant pas encore qu'elle est invalidante. Le caractère invalidant d'une atteinte à la santé se détermine, selon le texte clair de la loi, d'après les conséquences de celle-ci sur la capacité de travail et de gain. Le point déterminant à cet égard est de savoir si, compte tenu des atteintes invoquées, il ne peut plus être exigé de l'assuré qu'il travaille encore, à temps plein ou à temps partiel. C'est pourquoi un examen objectif de l'exigibilité s'applique en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé, en partant du principe de la validité et en laissant à l'assuré le fardeau matériel de la preuve de l'invalidité (142 V 106 cons. 4.3 et 4.4). c/aa) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a recours, a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable, voire incapable, de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2). c/bb) Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (arrêt du TF du 24.07.2019 [8C_877/2018] cons. 5). La durée de l'examen n'est pas un critère retenu par la jurisprudence pour juger du caractère probant d'un rapport d'expertise psychiatrique (arrêt du TF du 20.12.2018 [8C_354/2018] cons. 4.2). c/cc) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 cons. 3). Toutefois, cela ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure (arrêt du TF du 20.04.2018 [9C_147/2018] cons. 3.2 et les réf. cit.). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 cons. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait mettre en cause les conclusions d'une expertise médicale du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont

suffisamment pertinents pour mettre en cause les conclusions de l'expertise (arrêt du TF du 05.11.2019 [9C_459/2019] cons. 4) .

E. 3

a) En l'espèce, l'intimé a retenu dans sa décision que l'assurée ne présentait aucune pathologie incapacitante sur le plan somatique, en se fondant sur l'avis des médecins du SMR. Dans leur appréciation du 6 juin 2024, ceux-ci ont en effet indiqué, après avoir examiné les rapports du Dr F. _____, qu'ils ne retenaient pas « une pathologie cardiaque qui explique les troubles POTS dont l'assurée se plaint » et que de ce fait « il n'est pas nécessaire de demander une expertise cardiologique ». En réalité, la question n'est pas celle de savoir si une pathologie cardiaque est à l'origine du syndrome de tachycardie orthostatique posturale diagnostiqué en 2015, mais bien plutôt celle de déterminer si, et dans l'affirmative dans quelle mesure, cette affection du système nerveux autonome (cf. Classification internationale des maladies, CIM-10, chapitre VI- Maladies du système nerveux ch. G 90.9) impacte la capacité de travail de l'assurée. A cet égard, ni le fait que cette affection n'est pas mentionnée parmi les diagnostics incapacitants dans le rapport médical de la Dre C. _____ du 28 avril 2023, ni les considérations du Dr F. _____ émises en 2022 ne sont suffisantes pour exclure cette éventualité. D'ailleurs, la position du cardiologue traitant du 12 octobre 2022, auxquels l'intimé fait référence dans la décision querellée, selon laquelle il n'y a pas d'indication à faire de nouveaux examens cardiologiques, n'ont pas trait au POTS, mais bien aux événements qui ont entouré le réveil de l'assurée au terme de l'opération subie en 2022 (excision de deux fibroadénomes), soit une crise d'épilepsie tonico-clonique. b) Au sujet du POTS, on trouve dans le dossier de l'intimé plusieurs documents médicaux qui, même s'ils sont pour certains anciens, auraient mérité plus d'attention de sa part. Il en va ainsi d'un rapport médical du 15 décembre 2015 du Prof. G. _____, spécialiste en neurologie, qui posait le « diagnostic quasi certain qui est celui du POTS », qui « devrait être traité de façon vigoureuse » par bêtabloquant, un second diagnostic « très probable » de « susceptibilité à l'hyperventilation » et un troisième diagnostic « pas complètement écarté » de « crises épileptiques ». À propos de ce dernier diagnostic, il exposait que, « avant de conclure à une origine psychogène chez une patiente qui a une maladie « organique » connue pour être associée à des pertes de connaissance, telle que le POTS », il y aurait lieu de procéder à d'autres investigations. Dans son anamnèse, il relatait que depuis l'âge de 10 ans, l'intéressée avait souffert de crises d'hyperventilation sans perte de connaissance et de contacts, deux à trois fois par année, que ces crises commençaient par une sensation d'étouffement puis des mains moites, une chaleur dans tout le corps suivies par une tachycardie, des céphalées et une sensation de panique ; il ajoutait que depuis le mois de février 2015, les malaises décrits s'accompagnaient dorénavant d'une perte de contact. On apprend également d'une documentation médicale émanant du Dr H. _____, cardiologue, que d'une part, en 2018, l'assurée présentait en lien avec le POTS des syncopes et des épisodes de tachycardisation au moindre effort et une dyspnée sévère et que le traitement par bêtabloquant était mal toléré en ce sens que la symptomatologie s'aggravait au lieu de s'améliorer, avec apparition de symptômes digestifs type nausées et vomissements, ce qui avait conduit ce médecin à solliciter de l'assureur-maladie de sa patiente la prise en charge d'un inhibiteur en lieu et place d'un bêtabloquant et que d'autre part, en 2021, elle présentait de nombreux épisodes de palpitations avec malaises, pré-syncopes/syncopes et qu'elle était sous traitement d'un bêtabloquant. Il ressort par ailleurs de la documentation médicale du Dr F. _____, qu'en 2022, l'assurée s'est plainte d'une exacerbation des symptômes du POTS, après une

infection au SARS-CoV-2 au mois de janvier 2022, que le cardiologue a attribuée à la maladie virale et non pas à une atteinte inflammatoire cardiaque, l'échocardiographie réalisée ayant montré une fonction cardiaque tout à fait normale. Face aux symptômes rapportés par sa patiente, dont une syncope le 5 mars 2022 et des palpitations rapides ressenties quotidiennement, avec en plus des sensations de ratés, il lui a proposé d'augmenter le dosage du bêtabloquant prescrit (Meto Zerok). A cette occasion, il avait ajouté que « selon la tolérance et l'efficacité, la posologie pourra encore être adaptée à la hausse ou à la baisse pour trouver le meilleur équilibre entre le bénéfice sur les palpitations et les éventuels inconvénients sous forme de fatigabilité ». A sa patiente qui se plaignait, quelques mois plus tard, d'une recrudescence de malaises survenant dans différentes circonstances, le Dr F. _____ a répété qu'elle pouvait librement adapter à la hausse ou à la baisse le dosage de ce bêtabloquant « si elle est principalement gênée par les palpitations ou si au contraire elle est principalement gênée par la fatigue ». Aucun de ces médecins ne s'est prononcé sur l'incidence que pourrait avoir le POTS sur la capacité de travail de l'assurée. On relève toutefois que si, dans son rapport médical du 22 juillet 2023, le psychiatre traitant de l'assurée a fixé sa capacité de travail à 50 % pour le motif qu'une augmentation de ce taux exacerberait le trouble anxio-dépressif qui devenait invalidant, il a néanmoins ultérieurement indiqué que « la patiente ne peut plus travailler à plus de 50 % de capacité car s'épuise rapidement au-delà puis elle présente une exacerbation de l'anxiété, des attaques de panique, vomit et a des chutes de TA et perte de connaissance et il y a donc une activation du POTS qui devient invalidant ». Il a en outre exposé qu'elle avait tenté de travailler à 100 % comme ouvrière dans l'horlogerie et qu'au bout de trois semaines, elle était épuisée et excessivement anxieuse et qu'elle avait dû stopper ce travail. Il a précisé qu'auparavant elle avait travaillé comme coiffeuse à 100 % et qu'elle avait également dû cesser ce travail en raison des « multiples manifestations du POTS avec perte de connaissance et un important absentéisme pour raison médicale ». Enfin, il ressort du rapport du 18 avril 2023 (Intervention précoce – Entretien d'évaluation du 17.04.2023) que certaines limitations fonctionnelles décrites par la recourante, soit en particulier des maux de tête, une très grande fatigue ou encore des fortes nausées font écho aux autres problèmes de santé qui s'observent fréquemment chez les patients atteints de POTS selon un article publié dans le Canadian Medical Association Journal (CMAJ) : « Diagnostic et traitement du syndrome de tachycardie orthostatique posturale » (CMAJ, 2022, vol. 194, no 24 ; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9261951/>). c) Au vu de ce qui précède, l'intimé ne pouvait pas se contenter de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. L'instruction menée paraît d'autant plus insuffisante que l'article précité publié au CMAJ rapporte qu'il est fréquent, lorsqu'ils consultent pour la première fois, que les patients atteints de POTS se voient diagnostiquer, à tort, un trouble anxieux, respectivement un trouble de santé mentale ou psychologique, en raison « probablement du fait qu'on associe parfois l'anxiété à la tachycardie, aux palpitations et aux étourdissements ». Tous ces éléments auraient ainsi dû conduire l'OAI à opter pour une expertise pluridisciplinaire intégrant les disciplines médicales concernées par les affections dont souffre la recourante afin de clarifier avec toute la rigueur attendue les questions soulevées, en particulier les conséquences du POTS, y compris le traitement prescrit, sur sa capacité de travail. Il convient dans ces circonstances et sans qu'il soit utile de se prononcer sur la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du Dr E. _____, qui se révèle quoi qu'il en soit inexploitable, d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer l'affaire à l'intimé au sens de ce qui précède.

E. 4

Vu le sort de la cause, les frais de procédure doivent être mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1 bis LAI) . La recourante, qui obtient gain de cause dans sa conclusion subsidiaire, a droit à des dépens qui, à défaut d'un état des honoraires et des frais de sa mandataire, seront fixés sur la base du dossier (art. 64 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée par Me I. _____ – qui s'est inspirée très largement pour rédiger son recours des observations détaillées qu'elle avait déposées dans la procédure de préavis – n'a pas excédé quelque 6 heures. Eu égard au tarif appliqué par la Cour de droit public, de l'ordre de 300 francs de l'heure (CHF 1'800), des débours à raison de 10 % des honoraires (CHF 180) et de la TVA de 8,1 % (CHF 160.40), l'indemnité de dépens sera fixée à 2'140.40 francs et mise à la charge de l'OAI.

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