

VD_GERICHTE ZD23.023114 vom 25. Januar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-01-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.023114

FR: VD_GERICHTE ZD23.023114 du 25 janvier 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.023114 del 25 gennaio 2024

Erwägungen

E. 3

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). 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

- 8 - réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de

l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

E. 4

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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation

- 9 - complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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) 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 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225

- 10 - consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

E. 5

a) En l'espèce, dans leur rapport bidisciplinaire du 19 décembre 2022, les Drs K. _____ et F. _____, du SMR, ont retenu, à titre de diagnostic principal, un trouble du rythme circadien de type libre cours (CIM-10 F51.2), appelé aussi trouble du rythme veille-sommeil non dû à une cause organique. D'après eux, ce trouble du sommeil entraînait une fatigue diurne, en particulier en première partie de journée. Globalement, le pic

d'énergie intervenait entre minuit et six heures du matin, cela quels que soient les décalages de phase. Cette atteinte était, pour ces raisons, partiellement incapacitante, le rendement maximum pouvant être obtenu durant ce créneau nocturne. L'incapacité de travail se montait à 60 % dans l'activité habituelle d'aide-informaticien et dans une activité adaptée avec des horaires diurnes et à 20 % dans une activité adaptée avec des horaires de nuit. Or, ainsi qu'il ressort du rapport du 10 septembre 2018 de la Dre H. _____ et du rapport du 18 septembre 2021 du Dr X. _____, un trouble du rythme circadien de type libre cours se caractérise par une fatigue chronique handicapante et des troubles du sommeil de type horaires irréguliers et déstructurés. Au regard de la définition de cette pathologie, on peine dès lors à comprendre comment le recourant serait en mesure d'assumer, sur le long terme, une activité entre minuit et six heures du matin, ce à un taux de 80 %. Les conclusions formulées par les médecins du SMR relatives à la capacité de travail se révèlent d'ailleurs d'autant plus étonnantes que l'assuré avait expressément indiqué au Dr K. _____, lors de l'examen psychiatrique du 19 octobre 2022, s'endormir à cette époque en fin de matinée ou en début d'après-midi pour se réveiller en soirée et que son heure d'endormissement se décalait progressivement suivant un cycle de quatre à six semaines. L'« agenda du sommeil » versé au dossier de l'intimé et celui produit avec le recours attestent de surcroît ce déphasage du rythme veille-sommeil (cf. également le rapport du 30 juin 2021 du Dr P. _____, lequel signale que

- 11 - le recourant présente des troubles du sommeil, avec un décalage horaire constant). Au demeurant, les Drs K. _____ et F. _____ n'ont proposé aucune explication convaincante quant aux motifs pour lesquels la fatigue et les troubles du sommeil exerceraient uniquement une influence sur le plan psychiatrique, respectivement entraîneraient exclusivement des limitations fonctionnelles de cet ordre, si ce n'est pour conclure à une capacité de travail plus élevée la nuit. Ils se sont à cet égard contentés d'affirmer que les différents examens menés au centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du centre hospitalier Q. _____ n'avaient jamais objectivé une origine organique à ces atteintes. Or, s'il est vrai que les investigations de la Dre H. _____ n'ont pas confirmé l'existence d'une cause somatique aux troubles du sommeil, elles n'ont pas pour autant catégoriquement exclu cette hypothèse. Le Dr X. _____ a pour le reste relevé, dans son rapport du 18 septembre 2021, une origine multifactorielle à la fatigue chronique.

c) En outre, le rapport bidisciplinaire des médecins du SMR fait état du diagnostic – associé – de trouble mixte de la personnalité avec traits anankastiques et schizoïdes (CIM-10 F61.0), soit un diagnostic différent de celui retenu par les Dres G. _____ et W. _____ dans leur rapport du 20 avril 2018. L'analyse proposée par le Dr K. _____ des indicateurs de l'ATF 141 V 281 ne tient toutefois pas suffisamment compte du cadre jurisprudentiel développé en la matière (cf. supra consid. 3c) et manque sérieusement de cohérence et de systématique. Ce spécialiste ne s'est ainsi pas déterminé de manière circonstanciée sur le caractère prononcé des éléments pertinents ayant servi à poser son diagnostic (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1), se limitant simplement à énumérer les symptômes à sa base, ni sur la cohérence du comportement de l'assuré vis-à-vis de son niveau d'activités et de ses traitements (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1 et 4.4.2), se bornant à expliquer qu'il y avait « une cohérence entre symptômes, comportement et activités quotidiennes ». Par ailleurs, il a dans un premier temps soutenu que les ressources disponibles ou mobilisables de l'assuré étaient « globalement

- 12 - conservées », avant de se contredire quelques lignes plus loin, en déclarant qu'elles avaient « toujours été restreintes » et avaient « peu évolué depuis son retour de la vie militaire ». Il convient sur ce point de mentionner que le Dr X._____, dans son rapport du 18 septembre 2021, avait, lui, mis en évidence un épuisement des ressources. Au surplus, les explications données par le Dr K._____ afin de justifier le caractère partiellement incapacitant de ce diagnostic s'avèrent peu convaincantes, dans la mesure où l'on peine à comprendre comment les difficultés que rencontrent le recourant à éprouver du plaisir et sa personnalité perfectionniste impactent réellement sa capacité de travail, spécifiquement en tenant compte d'un horaire de nuit. d) Enfin, il convient de rappeler que le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile a finalement été validé par le Dr M._____ dans son rapport du 15 novembre 2021. Les Drs K._____ et F._____ ne pouvaient donc réfuter tout caractère incapacitant à cette atteinte au seul motif qu'il ne s'agissait que d'une « suspicion » de diagnostic. e) Au vu de ce qui précède, c'est donc à tort que l'intimé a accordé une pleine valeur probante au rapport bidisciplinaire du 19 décembre 2022 du SMR, celui-ci ne satisfaisant pas aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. supra consid. 4b). Compte tenu des doutes importants subsistant quant aux constatations des Drs K._____ et F._____, cette autorité se devait de procéder à des investigations complémentaires et réaliser une expertise externe afin d'élucider ces contradictions.

E. 6

a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 24 avril 2023 par l'intimé annulée. La cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et mise en œuvre d'une expertise externe comportant – à tout le moins – des volets en psychiatrie et en médecine interne (toute autre spécialité étant réservée), puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

- 13 - 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) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant 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.