

VD_GERICHTE ZD23.047246 vom 29. August 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.047246

FR: VD_GERICHTE ZD23.047246 du 29 août 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.047246 del 29 agosto 2024

Erwägungen

E. 4

a) 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 faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). b) Le juge 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 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

E. 5

a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration - 11 - est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3). c) En l'occurrence, la première demande de prestations AI concernait des allergies. La demande, objet de la présente procédure, a trait à des douleurs aux épaules et dans tout le corps. Compte tenu des nouvelles atteintes présentées par le recourant, l'OAI est à juste titre

entré en matière sur la deuxième demande de prestations.

E. 6

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

- 12 - 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. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47.5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2.5 %). 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).

- 13 -

E. 7

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 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) 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

- 14 - 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. 8

a) En l'occurrence, le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 22 juin 2023 par les médecins du S. _____ en se fondant notamment sur les derniers rapports médicaux du 21 septembre et des 23 et 28 novembre 2023 des médecins du CHUV produits dans la présente procédure. Bien que postérieurs à la décision attaquée, ils doivent être pris en considération puisqu'ils concernent les mêmes atteintes à la santé que celles invoquées dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 23 février 2023. Du reste, ils ont été établis à la suite de son hospitalisation du 29 août 2023 au 15 septembre 2023 liée à ses douleurs, soit avant la décision litigieuse du 2 octobre 2023, et de la prise en charge multi-modale par le CHUV qui a suivi. b) aa) Eu égard aux volets de médecine physique et réadaptation et de neurologie du rapport d'expertise, les Drs C. _____ et W. _____ ont nié tout diagnostic incapacitant. Ils ont estimé que l'assuré était extrêmement plaintif et démonstratif, de sorte qu'ils n'ont pas pris au sérieux ses plaintes et ont retenu que les examens réalisés n'étaient pas susceptibles d'objectiver les atteintes annoncées et leur répercussion sur la capacité de travail dans ce contexte de majoration. Sur ce seul motif, les experts ne retiennent pas le diagnostic de fibromyalgie alors que le recourant en remplit les critères (cf. rapport d'expertise du S. _____, p. 15 et rapport des médecins du Service de rhumatologie du CHUV du 23 novembre 2023, p. 4). Or aucun autre intervenant ayant examiné le recourant fait état d'une telle majoration, en particulier pas les médecins du CHUV qui ont pourtant suivi le patient durant plusieurs jours consécutifs dans le cadre d'hospitalisations au sein de leurs services. Il

- 15 - apparaît ainsi que, sur le plan somatique, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du S. _____ est déjà critiquable. bb) S'agissant du volet psychique, la Dre D. _____ a également nié tout diagnostic incapacitant. D'après elle, les symptômes du recourant relèvent d'un questionnement adapté par rapport à son avenir professionnel, de nature non pathologique. En conséquence, l'experte psychiatre retient une absence de trouble anxio-dépressif. Or les médecins du CHUV qui ont suivi le recourant lors de son hospitalisation du 29 août au 15 septembre 2023 et sa psychologue traitante rapportent le

diagnostic d'un trouble dépressif sévère avec retentissement psychosocial majeur. Les conclusions de l'experte du S. _____ sont donc contredites de manière sérieuse. De plus, l'argumentation pauvre, voire inexistante (tout est allégué de manière péremptoire, sans discussion), développée par la Dre D. _____ pour retenir l'absence de diagnostic incapacitant et de suivi ou traitement exigibles, hormis la poursuite de la prise en charge psychothérapeutique pour aider le recourant dans sa remise en question, n'est guère convaincante et ne remplit en tous les cas pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Par ailleurs, on constate que le rapport comporte des incohérences. Ainsi, il est relevé en page 8 qu'il n'existe pas de signe en faveur d'attaques de paniques chez le recourant, alors qu'à la page précédente, il est mentionné que la veille de sa venue au S. _____, celui-ci a fait une crise d'angoisse en raison de l'intensité de ses douleurs. Ce point n'est en outre aucunement discuté par l'experte. cc) On relèvera encore que les deux derniers rapports des médecins ayant examiné le recourant lors de ses hospitalisations au CHUV font état de diagnostics, et partant d'atteintes à la santé, qui ne ressortent pas du dossier jusque-là. Dans ce contexte, l'avis médical SMR du 30 janvier 2024 ne saurait emporter la conviction de la Cour lorsqu'il indique que le rapport d'hospitalisation en novembre 2023 « fait état d'appréciations diagnostiques différentes pour une symptomatologie globalement inchangée et déjà connue lors de notre décision ». Au contraire, en présence de nouveaux diagnostics depuis l'expertise datant

- 16 - de mai-juin 2023 au S. _____, il est nécessaire que l'office intimé investigue davantage le dossier afin de déterminer si ces nouveaux éléments sont en mesure d'objectiver sur le plan médical les atteintes à la santé dont souffre le recourant. c) Il découle de ce qui précède que l'OAI a statué sur la base d'un dossier lacunaire, les différents volets du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 juin 2023 du S. _____ apparaissant insuffisants pour permettre de se prononcer en connaissance de cause tant sur la capacité de travail que sur les limitations fonctionnelles présentées par le recourant.

E. 9

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_259/2022 du 20 septembre 2022 consid. 5.1.1 et les références). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; UELI KIESER, ATSG- Kommentar, 2ème éd., nos 12 et 17 ad art. 43 LPGA). c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit

- 17 - renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible

lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). d) Compte tenu de ce qui précède, non seulement il existe des éléments permettant de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 juin 2023 et son complément du 5 septembre 2023 du S. _____ mais encore les éléments recueillis sont insuffisants à ce stade pour se prononcer à l'aune de la jurisprudence. En présence d'une appréciation lacunaire de la capacité de travail, laquelle relève de la compétence des médecins et non du juge dès lors qu'il n'appartient pas à ce dernier de se livrer à des conjectures qui relèvent strictement de la science médicale (TF 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3), il s'avère impossible, en l'état du dossier, d'apprécier les possibilités d'emploi du recourant sur un marché équilibré du travail. Dans ces conditions, il s'impose dès lors d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. En effet, l'OAI n'a pas correctement instruit le dossier, s'étant contenté jusqu'à présent de se reposer sur l'instruction diligentée par l'assureur perte de gain. Or il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du S. _____ s'avérait insuffisant pour statuer sur le cas d'espèce, en particulier à réception des rapports médicaux produits dans la présente procédure par sa partie adverse. Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire du recourant, destinée à clarifier le tableau clinique présenté par celui-ci depuis 2022, notamment d'un point de vue psychiatrique et neurologique, voire neuropsychologique, toute autre spécialité étant réservée, afin d'avoir une appréciation médicale globale de l'état de santé du recourant tenant compte des aspects qui doivent faire l'objet d'une instruction complémentaire. Une fois l'instruction complétée, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

- 18 -

E. 10

et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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