

VD_GERICHTE ZD23.054693 vom 26. Juni 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.054693

FR: VD_GERICHTE ZD23.054693 du 26 juin 2025

IT: VD_GERICHTE ZD23.054693 del 26 giugno 2025

Erwägungen

E. 2

juin 2020 déposée en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis avril 2019. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

E. 4

a) Lorsque, comme en l'espèce, 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). Si l'administration 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, 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

- 7 - 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. 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. 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 et les références). b) 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. c) 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

- 8 - 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). d) 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).

E. 5

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 140 V 193 consid. 3.2 ; 132 V 93 consid. 4 et les références). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (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 dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la

- 9 - 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre 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 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4. 2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui

auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). d) 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). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à

- 10 - prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

E. 6

a) En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande du 2 juin 2020. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la décision de refus de rente et de mesures professionnelles du 14 septembre 2010 et la décision litigieuse du 9 novembre 2023, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. b) Sur le plan médical, la décision de refus de prestations du 14 septembre 2010 était essentiellement fondée sur le rapport d'expertise réalisé par le Dr T. _____ du 24 novembre 2009, ainsi que sur le rapport du SMR du 21 décembre 2009. Le premier, sur le rapport duquel s'est fondé le second, retenait comme diagnostics une maladie anxieuse et dépressive secondaire à la découverte d'une hépatite B chronique, décompensée secondairement à un traitement d'interféron interrompu pour des raisons psychiques en février 2009 avec amendement secondaire progressif de la symptomatologie chez une patiente présentant une hernie discale L2-L3 droite alors peu symptomatique. Ce médecin retenait une pleine capacité de travail dès le 1er janvier 2010 au taux de 50 % dans tout travail léger sans port de lourdes charges en dehors du monde

- 11 - médical. Dans son rapport du 21 décembre 2009, le médecin du SMR mentionnait comme atteintes principales à la santé, une hépatite B chronique, une lombalgie sur hernie discale L2-L3, ainsi qu'une anémie ferriprive. Il retenait une incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle et une pleine capacité dans une activité adaptée retenant comme limitations fonctionnelles une fatigabilité et l'impossibilité de porter des charges lourdes. Le 19 août 2009, la Dresse N. _____ avait indiqué qu'il n'existait plus d'incapacité de travail sur le plan hépatologique et, le 8 octobre 2009, la psychiatre traitante, la Dresse G. _____, avait retenu que l'état anxieux réactionnel à l'hépatite B diagnostiqué était sans effet sur la capacité de travail. c) Dans sa décision du 9 novembre 2023, statuant sur la

demande de prestations du 2 juin 2020, l'OAI a retenu, implicitement, que l'état de santé de la recourante ne s'était pas aggravé au point d'influencer son droit aux prestations. Il s'est essentiellement fondé sur l'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et médecine interne) de L. _____ du 17 octobre 2022. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu comme diagnostics pertinents un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), évoluant depuis 2017, non incapacitant, en lien avec une symptomatologie douloureuse non entièrement expliquée par des processus physiopathologiques, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques (F68.0), des traits de personnalité histrionique, des lombalgies chroniques par lésions dégénératives modérées L4-L5 et L3-L4 sur canal lombaire étroit de manière congénitale sur brièveté pédiculaire, avec une absence de syndrome radiculaire associé, une dysbalance musculaire avec hypotonie de la sangle abdominale, un status après hépatite B chronique HBe Ag négatif en 2008, traitée par Interféron alpha pégylé ayant permis d'obtenir une guérison à vie, et un status après plastie mammaire bilatérale en 2008. Dans l'activité de gérante de bar, les experts ont conclu à une capacité de travail de 70 % avec une baisse de rendement de 30 %, en raison des limitations fonctionnelles liées au tableau lombalgique, à savoir : éviction des ports de charges excédant 10 kg, des travaux forcés ou répétés en antéflexion, en torsion du rachis lombaire et des travaux avec

- 12 - ou sur objets vibrants, avec la nécessité d'alterner les positions assises et debout, avec 10 minutes debout par heure. Selon eux, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis toujours.

E. 7

a) La recourante conteste la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 17 octobre 2022. Elle reproche aux experts de ne pas avoir mentionné dans leur évaluation consensuelle la sténose récessale bilatérale en L4-L5 l'affectant, ainsi que son aggravation, de même que le caractère non stabilisé de son état de santé. Elle fait aussi valoir que l'évaluation de sa capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors de gérante de bar ne tenait pas compte de la situation réelle. Dans son mémoire de réponse du 2 avril 2024, l'OAI renvoie au contenu de sa prise de position du 9 novembre 2023 dans laquelle il estimait que la valeur probante de cette expertise était entière. b) L'expertise pluridisciplinaire du 17 octobre 2022 est convaincante, se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de la recourante et repose sur un exposé clair des faits. Les conclusions des experts, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont détaillées, bien étayées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Les experts prennent en compte les avis médicaux essentiels figurant au dossier ainsi que les plaintes exprimées par l'assurée et se basent sur un examen personnel de celle-ci. aa) Contrairement à ce que prétend la recourante, l'expertise ne néglige pas le rapport du Dr O. _____ du 7 février 2020. Elle mentionne qu'il ressort de ce rapport que "l'IRM montre un trouble dégénératif lombaire avec cyphose (lordose mesurée à 9°), discopathie L4-L5, protrusion discale médiane, provoquant une sténose récessale bilatérale plus importante que sur l'IRM de 2018. En L3-L4, présence d'un canal lombaire étroit de grade C sur hernie discale médiane et paramédiane gauche, le canal est constitutionnellement petit". Dans leur expertise du 17 octobre 2022, les experts n'expliquent pas pour quelle

- 13 - raison ils n'ont pas retenu le diagnostic de sténose récessale. Cela étant, cette pathologie, qui n'a pas été observée par le radiologue dans son rapport du 17 janvier 2020,

est un type spécifique de rétrécissement du canal rachidien et ce diagnostic n'est donc pas incompatible avec celui de "lésions dégénératives modérées L4-L5 et L3-L4 sur canal lombaire étroit retenu par les experts, le second diagnostic pouvant englober le premier. En outre, comme le relève le médecin du SMR dans sa prise de position du

E. 9

En définitive, le recours, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. a) 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. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). L'intimé n'y a pas davantage droit, dès lors qu'il a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

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