

VD_GERICHTE ZD24.005593 vom 2. Dezember 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.005593

FR: VD_GERICHTE ZD24.005593 du 2 décembre 2024

IT: VD_GERICHTE ZD24.005593 del 2 dicembre 2024

Erwägungen

E. 4

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). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel est le cas, elle entre en matière et entreprend les investigations nécessaires pour déterminer si la modification de situation alléguée est effectivement survenue et dans quelle mesure elle a un impact sur l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3a a contrario). Cela revient à examiner le cas par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA. c) 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 simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les arrêts cités). d) La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). e) Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects

- 18 - factuels et juridiques, sans que des évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; Margit Moser-Szeless, art. 17 LPGA, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand – Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, no 27 ad art. 17 LPGA). La procédure en révision est régie par l'art. 88 RAI dont l'al. 4 prévoit l'application par analogie des art. 66 et 69 à 76 RAI. A l'inverse, si aucune modification notable de l'état de fait n'a pu être établie selon la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité en conséquence ; la situation prévalant jusqu'alors est maintenue – le droit à la prestation reste inchangé – conformément au principe de la charge matérielle de la preuve (TF 9C_779/2015 du 4 mai 2016 consid. 5.5 in fine et les références citées ; Margit Moser-Szeless, loc. cit., no 29 ad art. 17 LPGA). f) En l'occurrence, c'est à juste titre que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 6 mars 2020 de la recourante.

E. 5

a) La personne assurée 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 (let. a), si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (let. c) (art. 28 al. 1 LAI). b) Est réputée incapacité de gain – notamment au sens de l'art. 28 al. 1 let. a LAI – toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée 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).

- 19 - Est réputée incapacité de travail – notamment au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI – toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée 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 la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée invalidité – notamment au sens de l'art. 28 al. 1 let. c LAI – l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (8 al. 1 LPGA). c) Le caractère invalidant des affections psychiques, des affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doit 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, il 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). d) Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que les médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent en outre un élément utile pour déterminer quelles activités peuvent encore être raisonnablement exigées 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).

- 20 - e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves ancré à l'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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et l'arrêt cité). 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, 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). f) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, 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 ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à la personne assurée 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

- 21 - 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_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 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 citées).

E. 6

a) Selon la jurisprudence, le juge des assurances qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; 122 V 163 consid. 1d). b) Lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, un renvoi à l'assureur ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; 122 V 163 consid. 1d). Il 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).

E. 7

a) En l'occurrence, après que l'intimé a déclaré, aux termes de l'écriture qu'il a adressé le 3 juillet 2024 à la Juge instructrice de la Cour de céans, qu'il estimait nécessaire la mise en place d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire dès lors qu'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la reddition du rapport d'expertise du 28 janvier 2022 ne pouvait être exclue, la recourante a maintenu les conclusions de son acte du 6 février 2024. Si elle ne s'opposait pas à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, elle persistait à soutenir que les différentes pièces produites avaient permis de démontrer et d'objectiver l'aggravation de son état de santé et de justifier une incapacité de travail dans toute activité.

- 22 - b) A l'instar de la recourante, la Cour de céans constate que les experts avaient précisé, en particulier dans le cadre du volet de neurologie de leur expertise pluridisciplinaire du 28 janvier 2022, que sa capacité de travail dans une activité adaptée au-delà du 1er octobre 2021 dépendait de la prévalence des migraines, et souligné qu'ils

avaient peu de recul pour juger des effets du traitement d'Aimovig, ce dernier ayant été repris le 20 juin 2021. Aussi les experts avaient-ils expressément réservé l'évolution de la symptomatologie migraineuse au cours des mois à venir et souligné que leur conclusion afférente à une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée dès le 1er octobre 2021 devrait être « confirm[ée] par la suite avec le recul » (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 28 janvier 2022, évaluation consensuelle et interdisciplinaire, ch. 4.8 ; ibidem, volet de neurologie, ch. 8). Or, comme l'admet l'intimé, l'examen des rapports du

E. 8

a) En définitive, le recours doit être admis, la décision du 4 janvier 2024 de l'intimé annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1bis, deuxième phrase, LAI). En l'espèce, il convient de fixer les frais judiciaires à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, compte tenu de l'issue du litige. c) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil

- 25 - (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de la complexité de la cause et de l'ampleur du travail effectué, il convient d'arrêter cette indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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