

VD_GERICHTE ZD24.016145 vom 24. November 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.016145

FR: VD_GERICHTE ZD24.016145 du 24 novembre 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.016145 del 24 novembre 2025

Erwägungen

E. 4

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 jusqu'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.

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

- 12 - 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).

E. 6

a) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise du 15 août 2023, a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte durablement incapacitante et qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le mois d'avril 2018. De son côté, la recourante estime qu'il convient de nier la valeur probante de cette expertise, celle-ci n'étant pas conforme aux réquisits jurisprudentiels tant d'un point de vue formel que matériel.

- 13 - b) Dans un premier grief d'ordre formel, la recourante fait notamment valoir que la participation de la Dre R. _____ à l'expertise n'a pas été portée à sa connaissance, ce qui constitue une violation de ses droits de participation et d'être entendue. En l'espèce, il sied de constater que la Dre R. _____ a manifestement participé à l'évaluation consensuelle, soit un point essentiel de l'expertise, alors même que les experts cardiologue et rhumatologue ne l'ont pas signée. Dans ce contexte, et conformément à la jurisprudence (cf. ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et 4.3.2), son nom aurait dû être communiqué au préalable à la recourante conformément à l'art. 44 LPGA. Cela étant, l'absence de transmission du nom de cette experte à la recourante avant l'expertise n'a aucune incidence dans le cas d'espèce dans la mesure où cette dernière n'a finalement soulevé aucun motif de récusation ou de grief à son encontre. Ce vice formel ne saurait dès lors être considéré comme suffisant pour entacher la valeur probante de l'expertise, étant précisé que c'est bien la Dre H. _____ qui a procédé à l'examen clinique de médecine interne (cf. p. 1 de l'expertise de médecine interne). c) Dans un second grief de nature formelle, la recourante remet en cause la valeur probante du rapport d'expertise au motif que les enregistrements des entretiens experts avec les Drs P. _____ et Q. _____ ne sont pas disponibles. Il est constant que les enregistrements sonores relatifs aux volets rhumatologique et cardiologique de l'expertise font en l'occurrence entièrement défaut. Il convient toutefois de rappeler que le défaut d'enregistrement en tant que tel ne saurait systématiquement conduire à l'invalidation de l'expertise. Ainsi, les conséquences d'un tel défaut doivent s'examiner au cas par cas ; en présence d'un défaut mineur, peu susceptible d'influencer les conclusions de l'expertise, l'invalidation de l'expertise ne justifiera pas, tandis qu'elle se justifiera en présence d'un défaut majeur (Jacques Olivier Piguët in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser- Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales,

- 14 - Commentaire romand, Bâle 2025, n° 29e ad art. 44). En l'occurrence, bien que les expertises rhumatologique et cardiologique sont essentielles pour l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, en lien notamment avec le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos, la recourante se contente d'invoquer le fait que le défaut d'enregistrement l'empêche de vérifier si le contenu du rapport d'expertise correspond à ses déclarations

qu'elle a faites aux experts, sans contester ou remettre en cause le déroulement des entretiens ou leur contenu sur un ou plusieurs points précis. Si la recourante a émis plusieurs griefs, notamment à l'encontre de l'expert rhumatologue, ils concernent en réalité la validité matérielle de l'expertise. Dans ces conditions, il est douteux que l'absence d'enregistrement des volets rhumatologique et cardiologique de l'expertise puisse à elle seule conduire à nier toute force probante à l'expertise. Quoi qu'il en soit, cette question peut demeurer ouverte, l'expertise ne pouvant, pour les motifs qui suivent, être considérée comme suffisamment probante, et la cause devant de toute manière être renvoyée à l'intimé.

E. 7

a) Sur le fond, il convient tout d'abord de relever que la documentation médicale utilisée par les experts est incomplète. En effet, les experts ont mentionné que la recourante était suivie depuis le mois de septembre 2020 par l'Institut [...] (cf. p. 14 de l'expertise de médecine interne), sans toutefois requérir les rapports médicaux. De même, ils évoquent une consultation neurologique en décembre 2021 où une neuropathie des petites fibres a été écartée (cf. p. 2 de l'évaluation consensuelle), mais le rapport en question ne figurait pas au dossier et ils ne l'ont pas réclamé. Aussi, l'expert rhumatologue, tout en indiquant ne pas disposer de document radiologique (cf. p. 4 de l'expertise rhumatologique), évoque l'existence de plusieurs IRM (cf. p. 3 de l'expertise rhumatologique), sans toutefois requérir leur production. De plus, la recourante a produit, dans le cadre de ses objections, des rapports médicaux (cf. rapports du 4 janvier 2017 du Dr S. _____, du 26 février 2018 du Dr G. _____, du 26 mars 2021 du Dr C. _____ et du 25 septembre 2023 du Dr N. _____) attestant l'existence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, ou à tout le moins d'hypermobilité

- 15 - ligamentaire majeure. De même, dans le cadre de la procédure de recours, la recourante a produit plusieurs rapports médicaux (cf. rapports du 29 octobre 2020 des Drs A. _____, spécialiste en anesthésiologie, et Z. _____, du 23 septembre 2022 du Dr L. _____, spécialiste en anesthésiologie, des 6 mars et 11 septembre 2024 de la Dre M. _____, du 1er juillet 2024 du Dr C. _____, du 16 juillet 2024 de la Dre K. _____, du 22 août 2024 du Prof. B. _____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, et du 1er octobre 2024 du Prof. W. _____), lesquels, entre autres, confirment ce diagnostic. De leur côté, les experts ont nié le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Toutefois, les rapports des médecins traitants à disposition des experts ne sont pas véritablement discutés, les experts se référant prioritairement aux plaintes de l'assurée et sur la crédibilité de celles-ci. Par ailleurs, si les experts ont constaté que la recourante se plaignait de troubles digestifs avec des vomissements itératifs, de plénitude gastrique, de perte de poids, de troubles du transit, de douleurs abdominales, de troubles vésicaux et de malaise (cf. p. 3 de l'évaluation consensuelle), ils se sont contentés de relever que ces symptômes n'entraient pas dans les critères diagnostics du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Cela étant, ils ont évoqué le diagnostic de colopathie fonctionnelle et de cystite interstitielle (cf. p. 3 de l'évaluation consensuelle), sans décrire plus avant ces diagnostics et procéder à des examens complémentaires. Les plaintes décrites par la recourante sont pourtant susceptibles d'influencer sa capacité de travail, indépendamment de l'existence ou non d'un syndrome d'Ehlers-Danlos. Dans ces circonstances, l'appréciation des experts sur les diagnostics retenus n'emporte pas la conviction. Le rapport d'expertise contient également plusieurs contradictions. En particulier, sur le plan cardiologique, l'expert cardiologue retient les

diagnostics de dysautonomie et de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, diagnostics pourtant écartés par l'évaluation consensuelle (non signée par l'expert cardiologue). On observe que le résumé effectué sur le plan cardiologique (p. 10 de l'évaluation consensuelle) est relativement laconique et ne reflète pas les constatations du Dr T. _____, lequel avait mis en évidence une

- 16 - dysautonomie et retenait que la recourante disposait d'une capacité de travail de 60 %. Quant à l'expert rhumatologue, tout en excluant un syndrome d'Ehlers-Danlos, il évoque tout d'abord un syndrome d'hypermobilité articulaire, puis une hypermobilité articulaire bénigne (cf. p. 5, respectivement p. 7 de l'expertise rhumatologique). Aussi, les conclusions de cet expert, qui retient une capacité de travail entière, tout en admettant que la recourante souffre d'un phénomène douloureux la « limitant [...] dans l'exercice d'une activité professionnelle à temps complet quelle qu'elle soit » (cf. p. 5 de l'expertise rhumatologique) apparaissent également contradictoires. Enfin, force est de constater que les experts n'ont pas confronté leurs conclusions avec les observations effectuées dans le cadre des mesures professionnelles, dont la recourante a bénéficié du 4 février 2019 au 31 août 2023 sous l'égide de l'intimé. Pourtant, les conclusions des experts, qui estiment que la recourante dispose depuis toujours d'une pleine capacité de travail dans toute activité, sans perte de rendement, sont en contradiction avec ces observations. En effet, les mesures mises en place ont débuté avec un taux de présence de 50 %, ce qui correspondait alors à la capacité de travail attestée de l'intéressée, avec l'objectif d'augmenter progressivement ce taux jusqu'à un taux de présence de 100 %. Après avoir débuté un stage auprès d'une consultante en ressources humaines indépendante dès le 1er juin 2019, la recourante a été en mesure d'augmenter son taux de présence à 60 % dès le 22 juillet 2019, à 70 % dès le 23 septembre 2019 et à 80 % dès le 18 novembre 2019. Cependant, cette augmentation progressive a été rendue possible notamment grâce à la mise en place de certaines mesures organisationnelles. Ainsi, par exemple, le passage à 70 % a nécessité de pouvoir effectuer du télétravail et d'adapter ses horaires, de concert avec sa maître de stage. A partir de février 2020, elle a lissé son 80 % sur cinq jours (au lieu de quatre) pour couvrir un taux de 75 % environ (cf. courriel du 25 mai 2020 de l'[...]) et une attention particulière a par la suite été apportée sur le taux d'activité réalisé et sur la répartition hebdomadaire de ses horaires (cf. courriel du 2 octobre 2020 de l'[...]). Ces augmentations ont également eu des impacts sur le plan médical, avec

- 17 - notamment de nouvelles douleurs (colonne vertébrale, intercostal, musculature du haut du dos et une persistance de la fatigue ; cf. courriel du 3 décembre 2019 de l'[...] et rapport du 14 mai 2020 de la Dre X. _____). Face à la péjoration de son état de santé, elle a été contrainte de réduire son taux de présence à 60 % à compter du 1er décembre 2020. En dépit de cet abaissement, la recourante a subi plusieurs périodes d'incapacité totale de travail, soit du 4 au 17 janvier 2021 et du 1er février au 28 mars 2021. A compter du 29 mars 2021, le taux de présence a encore été diminué à 30 %, ce qui correspondait à la capacité résiduelle de travail, dans un cadre protégé, attestée par le Dr C. _____ dans son rapport du 30 avril 2021. Nonobstant ce faible taux de présence, des mesures organisationnelles demeuraient nécessaires ; ainsi la recourante œuvrait principalement en télétravail et devait rester vigilante pour respecter ce taux d'activité (cf. courriel du 31 mai 2021 de l'[...]) ; elle pouvait effectuer certaines activités, respectivement en refuser certaines (cf. document rédigé par la maître de stage de la recourante en octobre 2021, annexé au courriel de l'[...] du 22 octobre 2021), travaillait en fonction de son état de santé

(cf. courriel du 10 février 2023 de l'[...]) et n'était pas soumise à des contraintes de temps (cf. expertise de médecine interne, p. 12). Malgré sa volonté d'augmenter son taux de travail d'une heure, elle en était incapable (cf. courriel du 6 septembre 2021 de l'[...]). Aussi, lorsqu'elle travaillait (temporairement) au-dessus d'un taux de 30 %, cela impactait sa fatigabilité et exacerbait ses douleurs (cf. rapport final du 7 juin 2023 de l'[...]). Son taux d'activité effectif a même été évalué entre 25 % 30 % (cf. rapport final du 20 décembre 2022 de l'[...]). Enfin, elle a subi une nouvelle période d'incapacité totale de travail du 17 juillet au 31 août 2023. Si, selon la jurisprudence, il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celles-ci, les organes d'observation professionnelle ont cependant pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain

- 18 - sur le marché du travail. Au regard de la collaboration étroite, réciproque et complémentaire, selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. En effet, dans les cas où les appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au tribunal de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (cf. TF 9C_713/2024 du 16 septembre 2025 consid. 5.2 ; TF 8C_344/2024 du 26 mars 2025 consid. 2.4 et les références citées). Or, compte tenu du déroulement du stage décrit ci-dessus, on peut se demander si la capacité de travail de la recourante tel qu'évaluée par les experts correspond à la capacité de travail effective de la recourante dans une économie libre. A tout le moins, cela aurait commandé de la part de l'intimé de confronter ces faits aux conclusions de l'expertise. b) Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que l'expertise du 15 août 2023 n'est pas suffisamment probante et que l'office intimé ne pouvait dès lors se fonder exclusivement sur les conclusions de celle-ci pour nier à la recourante le droit aux mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

E. 8

a) Au vu des éléments précités, le recours doit être admis et il convient de renvoyer la cause à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, lequel devra, en particulier, requérir l'ensemble des rapports médicaux des médecins traitants, soit, en particulier ceux des Drs W._____, X._____, C._____, G._____, N._____, T._____, M._____ et de l'Institut [...], puis procéder, si nécessaire, à un complément d'expertise ou une nouvelle expertise. b) Il n'y a pas lieu de procéder à l'audition de la recourante dans le cadre d'une audience de débats publics, celle-ci y ayant expressément renoncé par pli du 20 octobre 2025.

- 19 -

E. 9

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. 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. b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de

participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 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 la partie intimée.

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