

VD_GERICHTE ZD24.020292 vom 30. Januar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-01-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.020292

FR: VD_GERICHTE ZD24.020292 du 30 janvier 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.020292 del 30 gennaio 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

- 12 - 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). 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). c) 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 (art. 29 al. 1 LAI). d) 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). 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 (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).

- 13 - 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 (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).

E. 5

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. 5.1

; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) 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 asséculologique. 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 citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

- 15 - d) De jurisprudence constante, 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 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). 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 (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). 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 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

E. 6

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

- 14 - 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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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 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.

E. 7

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée par le recourant, qu'il a instruite en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins traitants et en soumettant le recourant à une expertise psychiatrique. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 5 avril 2018 et la décision litigieuse du 11 avril 2024, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. a) Par décision du 5 avril 2018, l'OAI a accordé au recourant une rente entière d'invalidité, du 1er octobre 2014 au 31 août 2017. Cette rente a pris fin trois mois (cf. art. 88a RAI) après le refus du recourant de continuer son apprentissage de [...] dans une autre entreprise et sa volonté de s'orienter vers la formation de [...], que l'OAI n'a pas considérée comme suffisante à réduire le préjudice économique. Dans le cadre de l'instruction de la première demande, l'intimé avait recueilli les rapports des Drs T._____ et C._____, qui avaient notamment posé les diagnostics d'asthme bronchique allergique, signes indirects d'inflammation sévère à éosinophiles des voies respiratoires, hypersensibilités aux acariens, pollens d'aulne, noisetier, bouleau, hêtre et

- 16 - chêne, allergie au mélange d'acariens et poussières, à l'épithélium de rat et poils de chien, sinusite chronique, de tabagisme et consommation occasionnelle de THC et d'état dépressif traité (cf. rapports des 29 octobre 2013, 23 avril et 27 mai 2014). Ces deux médecins avaient attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée. b) Le 16 novembre 2020, le recourant a déposé une seconde demande de prestations. S'il n'est pas contesté que le recourant ne peut plus travailler comme [...] en raison de problèmes respiratoires en lien avec les produits utilisés, ce dernier a toutefois indiqué être en totale incapacité de travail depuis le 1er janvier 2019, notamment en raison d'une dépression chronique. L'OAI est entré en matière sur cette demande. Il a

recueilli divers avis médicaux avant d'ordonner une expertise psychiatrique auprès du Dr X._____, qui a rendu son rapport le

E. 12

septembre 2022 et rapports des 5 avril, 11 octobre 2021 et 30 mars 2023). L'existence d'un trouble dépressif à cette époque est d'ailleurs confirmé par les rapports des Drs T._____, et C._____ des 29 octobre 2013 et 27 mai 2014. Il ne ressort en revanche pas des rapports du Dr L._____ que l'état de santé psychique du recourant se serait fortement dégradé après 2018, à savoir après la première décision de l'intimé du 5 avril 2018. Ensuite, le Dr L._____ a expliqué que les épisodes dépressifs successifs présentés par le recourant tout au long de son parcours de vie l'avaient empêché de mener une vie normale (cf. rapport du 25 novembre 2021). Le recourant a toutefois pu obtenir un CFC en 2005 et travailler jusqu'en 2013 à 100 %. Il a ensuite commencé un apprentissage du 1er août 2015 jusqu'au 17 avril 2017, avant de travailler comme [...] de 2017 à 2019. Il résulte de ce qui précède que l'assuré a pu – malgré ses troubles – occuper de nombreuses années une activité professionnelle. Il a d'ailleurs lui-même indiqué être en incapacité de travail depuis le 1er janvier 2019 dans sa seconde demande de prestations du 16 novembre 2020. Enfin, on constatera que le Dr L._____ a rédigé un rapport le 30 mars 2023, qui n'est en réalité qu'un copié-collé de ses rapports des 5 avril et 11 octobre 2021, et qui ne fait état d'aucun changement dans la situation du recourant. Il en va de même du rapport du Dr L._____ du 3 mai 2024 qui, s'il peut être pris en compte dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à la décision litigieuse (cf. consid. 6d supra), ne permet une nouvelle fois pas d'objectiver une

- 19 - péjoration de l'état de santé psychique du recourant. Ainsi, les rapports du Dr L._____ ne permettent pas de remettre en cause le rapport d'expertise du Dr X._____ du 12 septembre 2022. Il en va de même du certificat du Dr L._____ du 31 mars 2023, qui est non motivé. S'agissant enfin du Dr Q._____, outre le fait que ses considérations doivent être prises en compte avec retenue au vu de l'existence d'un lien de confiance et qu'il n'est pas psychiatre, il s'est contenté d'indiquer que la fragilité psychique du recourant, dont l'état psychique s'était dégradé depuis son divorce, l'empêchait de se projeter dans une activité professionnelle (cf. rapports des 4 juin 2021 et 25 avril 2023). On notera enfin que ni le Dr L._____, ni le Dr Q._____, n'ont préconisé la mise en place d'un traitement médicamenteux, ni l'augmentation de la fréquence du suivi psychiatrique, étant rappelé au demeurant que si de telles mesures sont indiquées pour réduire le préjudice économique, elles peuvent raisonnablement être exigées de l'assuré. En définitive, les avis médicaux des médecins traitants ne contiennent aucun élément sérieux qui inciterait à douter des conclusions du rapport d'expertise du Dr X._____ du 12 septembre 2022. cc) Le recourant fait encore valoir qu'il a des problèmes d'épaules qui n'auraient pas été pris en compte par le SMR, ni par l'expert psychiatre. On notera déjà ici que l'expert étant psychiatre, une telle évaluation somatique ne lui appartenait pas. Ensuite, la Dre K._____ a indiqué, dans l'avis SMR du 9 avril 2024, n'avoir aucune information sur la manière dont cette atteinte limiterait la capacité de santé. Elle s'est ainsi bien prononcée sur la problématique des épaules soulevée par le Dr Q._____. A cet égard, on relèvera que le Dr Q._____ ne s'est pas déterminé quant aux limitations fonctionnelles induites par une éventuelle symptomatologie chronique des deux épaules, ni son influence sur la capacité de travail du recourant. Quant au rapport de la Dre Z._____ du

E. 13

mai 2024, il ne fait qu'interpréter les résultats des investigations radiographiques sans se prononcer sur leurs conséquences sur la capacité

- 20 - de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. C'est ainsi à juste titre que le SMR a retenu que cette atteinte ne limitait pas la capacité de travail du recourant (cf. avis des 9 avril et 23 août 2024). On rappellera à nouveau qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé si son état de santé somatique devait connaître une péjoration substantielle susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité. d) Sur le vu de ce qui précède, force est donc de constater que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié de manière significative depuis la décision du 5 avril 2018. 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances 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 du recourant, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA- VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par

- 21 - la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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