

VD_GERICHTE ZD24.020755 vom 15. Mai 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-05-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.020755

FR: VD_GERICHTE ZD24.020755 du 15 mai 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.020755 del 15 maggio 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.

- 12 - b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). En règle ordinaire, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas car la loi ne garantit la réadaptation que dans la mesure où elle est à la fois nécessaire et suffisante. En outre, il doit exister une proportion raisonnable entre le succès prévisible d'une mesure et son coût (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 ; 124 V 108 consid. 2a ; TF 9C_290/2008 du 27 janvier 2009 consid. 2.1).

E. 5

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, comme en l'espèce, 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.

E. 6

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur d'une expertise médicale, il appartient 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

- 14 - incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

E. 7

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. 8

a) En l'occurrence, l'évaluation de l'état de santé de la recourante doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de refus de prestations du 1er mars 2019. A l'époque, l'OAI avait retenu que l'intéressée ne présentait pas d'atteintes à la santé durablement incapacitantes au sens de l'assurance-invalidité, si bien que ses problèmes de santé n'entravaient pas l'exercice d'une activité professionnelle. b) Après être entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 27 avril 2021, l'OAI l'a rejetée sur la base des constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, oto-rhino-laryngologie et psychiatrie) du 20 novembre 2023 du L._____. La recourante, comme dans le cadre de la procédure administrative, conteste la valeur probante de l'expertise du L._____ s'agissant de son volet psychiatrique en se fondant sur les rapports médicaux de la Dre T._____. c) aa) Sur le plan de la médecine interne, l'expert E._____ a posé les diagnostics de status après thyroïdectomie totale et

- 15 - curiethérapie ablatrice en 2008 pour carcinome thyroïdien de type papillaire et d'hypertension artérielle traitée. Selon l'expert ces diagnostics ne laissent pas supposer de limitations fonctionnelles. Il a noté qu'après la découverte en 2008 d'un carcinome thyroïdien type papillaire, disséminé, avec multiples foyers de micro-carcinomes, l'assurée avait bénéficié d'une thyroïdectomie totale, suivie d'une double curiethérapie ablatrice réalisée à six mois d'intervalle vraisemblablement. Elle était traitée par Tirosint, Rocaltrol 0,5 associé au Calcium D3. Elle a bénéficié d'une surveillance annuelle, par examen clinique et échographie cervicale et dosages du Tg. Il n'y avait pas de rechute ni de notion de maladie persistante. Au vu de cette évolution et d'un cancer thyroïdien par ailleurs différencié et survenu avant l'âge de quarante ans, le pronostic était excellent. L'assurée n'avait pas de plainte en lien avec le status post thyroïdectomie et curiethérapie ablatrice. Elle n'avait pratiquement pas de symptômes en rapport avec l'hypocalcémie éventuelle. Elle était correctement prise en charge et ne présentait pas d'autres affections du registre de la médecine interne hormis une hypertension artérielle traitée. La capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité, y compris dans celle exercée jusqu'alors. Les diagnostics retenus n'entraînent en effet pas de limitations fonctionnelles dès lors que les atteintes sont stabilisées à la suite des traitements. bb) Sur le plan oto-rhino-laryngologique, l'expert I._____ a posé le diagnostic de probable vestibular paroxysmia. Il a expliqué que cette atteinte ainsi que l'acouphène pulsatile étaient probablement la manifestation du contact neurovasculaire cochléo-vestibulaire gauche visible à l'IRM. Les limitations fonctionnelles étaient pas d'activité en hauteur, ni au contact de machines présentant un risque de happement. L'expert a constaté que depuis 2008, l'assurée se plaignait d'un acouphène pulsatile à gauche et d'épisodes de vertiges quotidiens dont la survenue était spontanée, d'une durée d'environ une minute, et précédés d'un acouphène dans l'oreille gauche. Le bilan oto-neurologique montrait une bonne conservation de la fonction cochléaire et vestibulaire des deux côtés. L'IRM mettait en évidence un contact intime entre le nerf cochléo- vestibulaire gauche à son émergence et une veine qui le croisait à

- 16 - nonante degrés. Sur la base de l'anamnèse et de ses propres constats, l'expert a attribué les symptômes oto-rhino-laryngologiques à un conflit neurovasculaire du côté gauche. Il a noté qu'au jour de l'expertise, l'assurée n'avait jamais été traitée pour ce trouble. Or, selon l'expert, un traitement de fond, à vie, de Carbamazépine ou Oxcarbazépine pourrait mettre fin aux épisodes de vertiges. Il n'a pas constaté d'évolution depuis 2008, à savoir que depuis lors l'assurée est en mesure d'exercer à plein temps toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, à savoir pas d'activité en hauteur, ni

au contact de machines présentant un risque de happement. En tant que ménagère, la capacité de travail est entière en dehors des épisodes de vertiges, susceptibles d'être traités.

cc) Sur le plan formel, les constatations et conclusions des experts somaticiens du L. _____ remplissent toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 6 supra). Les expertises reposent sur des examens approfondis (des entretiens ont eu lieu les 29 et 31 août 2023). S'ouvrant dans chaque discipline examinée par une anamnèse, les deux expertises décrivent le contexte médical et asséurologique déterminant (sur la base de la prise en compte par les deux experts de l'ensemble du dossier médical mis à leur disposition), examinent les plaintes de la recourante, relatent le status, de même qu'elles rendent compte des observations cliniques effectuées et répondent de manière ciblée aux questions de l'administration. Il en ressort que la capacité de travail et son évolution dans le temps ont été appréciées sur la base d'éléments médicaux objectifs, conduisant à une discussion nuancée, pertinente et argumentée du cas d'espèce. Il sied de retenir que sur le versant somatique, il n'existe aucun rapport médical qui vient contredire les constatations et les conclusions des experts E. _____ et I. _____. On constate donc l'absence d'aggravation intervenue au plan somatique depuis la précédente décision de prestations du 1er mars 2019.

- 17 - d) aa) Sur le plan psychique, l'expert C. _____ n'a pas mis en évidence chez l'assurée de symptômes suffisant pour retenir un diagnostic selon la classification internationale des maladies, 10e révision (CIM-10), et partant de limitation fonctionnelle de cette nature. Au jour de l'expertise, l'assurée était parfaitement orientée dans le temps et l'espace. Son discours était cohérent avec des capacités de jugement et de raisonnement préservées et en lien avec son niveau d'éducation. Elle ne devait pas fournir d'effort particulier pour rester à la hauteur des questions posées. Elle n'avait pas l'air fatiguée et ne se fatiguait pas vraiment durant la durée de l'entretien. Elle maintenait son focus d'attention sans problème et sans difficulté majeure observée pour la concentration et l'attention. Il n'y avait pas non plus de trouble de la mémoire. Concernant l'humeur, la tristesse était peu visible car l'assurée était souriante la plupart du temps. Il n'y avait pas de ralentissement vocal, moteur ou idéique. Il n'y avait pas de culpabilité pathologique. L'intéressée évoquait des plaisirs dans son existence. Dans l'ensemble, la réactivité et les oscillations émotionnelles étaient conservées. La résonance affective n'était pas retenue. Il n'y avait pas d'idéation suicidaire. Il n'y avait pas d'élévation pathologique de l'humeur (excitation, euphorie déplacée, tachypsychie). Le discours de l'assurée était bien ancré dans la réalité. Il n'y avait pas d'hallucination ni de délire mis en évidence et pas de bizarrerie de l'allure, du comportement ou du discours de la pensée. Il n'était pas observé de foetor éthylique ni de signe cutané ou d'une imprégnation aiguë ou chronique par de l'alcool. Il n'y avait pas non plus de signe d'utilisation abusive d'autres toxiques. L'assurée n'était ni craintive ni anxieuse et ne présentait pas de tension physique ou psychique. Il n'y avait pas de manifestation neurovégétative et pas d'émotion agressive ou colérique. S'agissant de la personnalité, ni l'anamnèse ni les constatations n'évoquaient a priori un trouble dans ce domaine. L'assurée présentait peu de capacités d'introspection. Il n'y avait pas de défense particulière de type déni ou projectivité. Le cadre expertal était respecté et la distance interpersonnelle correctement gérée.

- 18 - bb) A côté des expertises sur le plan somatique, on constate que le volet psychiatrique remplit à son tour les critères formels auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'expert s'est entretenu avec l'assurée le 5 septembre 2023. Son rapport

est le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant sur la base d'un examen clinique. Ses conclusions sont claires et motivées. cc) Sur la base de l'examen du dossier mis à sa disposition et de ses propres constatations cliniques, l'expert psychiatre a exposé pour quels motifs médicaux la recourante ne présente ni diagnostic, ni limitations fonctionnelles. Les constatations effectuées lors de l'expertise ne mettent pas en évidence une atteinte thymique : il n'y a pas d'humeur dysphorique vraiment constatée (et en tout cas celle-ci ne domine pas), pas de diminution significative de l'intérêt et du plaisir, pas de troubles cognitifs ou de l'appétit, ni d'idéation suicidaire, pas de culpabilité pathologique, ni de dévalorisation. Il n'y a pas un sentiment de dévalorisation, une réduction décrite comme variable de l'énergie vitale avec fatigue et perturbation du sommeil. Il n'y a pas d'anhédonie. L'expert observe que les critères majeurs/mineurs de dépression selon la classification internationale des maladies ne sont pas remplis en l'espèce, même pour pouvoir retenir valablement un diagnostic de dépression légère. En ce qui concerne l'anxiété, il n'y a que peu de ruminations signalées et pas de crises anxieuses. L'examen effectué le 5 septembre 2023 ne met pas non plus en évidence de trouble de la personnalité. L'expert a en outre pris le soin de confronter ses propres constatations cliniques avec l'épisode dépressif caractérisé sans symptômes psychotiques (F 32.1) évoqué par la psychiatre traitante. L'activité habituelle de ménagère tout comme une activité en adéquation avec le niveau de formation de la recourante est exigible de sa part, sans aucune limitation.

- 19 - e) Le rapport établi postérieurement à l'expertise pluridisciplinaire du L. _____ ne permet pas de remettre en doute les conclusions de celle-ci. Dans son rapport du 12 février 2024, la Dre T. _____ se déclare d'accord avec l'absence de critère pour retenir un diagnostic psychiatrique, indiquant qu'elle rejoint les constatations de l'expert C. _____ lorsqu'il mentionne qu'il n'existe plus à ce jour de symptômes remplissant les critères diagnostiques pour un épisode dépressif en cours. Elle estime cependant que c'est à tort que l'expert psychiatre ne retient aucune limitation fonctionnelle résiduelle. La psychiatre traitante rappelle que l'assuré présente une fatigue « mentale » prenant la forme des épisodes paroxystiques de fatigue diurnes, plusieurs fois par semaine, nécessitant plusieurs heures de repos, situation qui la limite à accomplir des activités simples. L'expert C. _____ a constaté qu'il n'y avait pas de pathologie justifiant de retenir des limitations fonctionnelles psychiatriques chez la recourante qui est autonome dans les activités de la vie quotidienne (excepté pour l'administratif fait par son mari), chez laquelle une journée-type, les loisirs, les interactions sociales ainsi que les ressources ont été analysés en détail. En l'absence d'atteinte psychique ni de trouble de la personnalité retenu, l'appréciation consensuelle des experts confirmant la présence uniquement de restrictions fonctionnelles oto-rhino-laryngologiques, sans répercussion significative sur l'activité habituelle de ménagère ou toute autre activité adaptée aux limitations retenues, est convaincante. Comme le SMR l'a relevé dans son avis médical du 11 avril 2024, en l'absence d'une atteinte à la santé psychique incapacitante durable et en présence par ailleurs des atteintes somatiques au bénéfice d'un traitement adéquat et qui sont stabilisées, on ne voit pas pour quel motif médical il se justifierait de retenir des limitations fonctionnelles psychiatriques. Le sentiment de fatigue ressenti par la recourante ne peut donc à lui seul justifier une altération de la capacité de travail. L'expert

- 20 - psychiatre a en effet constaté que ladite fatigue, dont l'intéressée n'était pas en mesure de prédire la survenue, était sans aucune répercussion sur la journée-type. Quant aux limitations ergothérapeutiques décrites par le centre [...] à [...], elles sont évoquées par la Dre T. _____ dans son rapport du 12 février 2024. Le SMR a retenu que ce rapport n'apportait aucun élément nouveau justifiant une aggravation ou un changement de la situation médicale (cf. avis médical du 11 avril 2024). En l'occurrence la Dre P. _____ du SMR est apte à porter un jugement sur la qualité d'un rapport médical ainsi que sur la pertinence des renseignements médicaux versés au dossier même s'ils sortent du cadre de sa spécialité (TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 et les références). f) Sur la base des conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 novembre 2023 du L. _____, qui a une pleine valeur probante, la capacité de travail de la recourante est entière depuis 2008 dans l'activité habituelle de ménagère et dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles oto-rhino-laryngologiques (pour rappel, pas d'activité en hauteur, ni au contact de machines présentant un risque de happement). L'intimé était donc en droit de nier une péjoration de l'état de santé de la recourante intervenue depuis la décision de refus de prestations du 1er mars 2019.

E. 9

En l'occurrence, les difficultés alléguées par la recourante sur le plan professionnel ne sont pas d'origine médicale, celle-ci disposant d'une capacité de travail entière, sous réserve d'une profession exercée en hauteur ou au contact de machines présentant un risque de happement. Dans une telle situation, l'assurance-invalidité ne peut pas entrer en matière sur la requête de la recourante tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, dès lors que les mesures requises ne sont pas destinées à atténuer les conséquences d'une atteinte à la santé.

E. 10

a) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

- 21 - b) 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 recourante, vu le sort de ses conclusions. c) 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). d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant 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 la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 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.