

VD_GERICHTE ZD24.022880 vom 13. Mai 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-05-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.022880

FR: VD_GERICHTE ZD24.022880 du 13 mai 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.022880 del 13 maggio 2025

Erwägungen

E. 3

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

- 15 - 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. 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). 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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. 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). c) Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas

- 16 - atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux

d'occupation de 100 % ou plus. Il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % (art. 24septies RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). aa) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). bb) Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 28a al. 2 LAI et art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA). cc) Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux

- 17 - d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Pour ce faire, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est ensuite déterminé selon l'art. 16 LPGA, en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante, puis en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité, puis en pondérant le pourcentage ainsi déterminé en fonction de la différence entre le taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 28a al. 3 LAI et 27bis RAI). dd) Le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c). 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration

- 18 - 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 1er janvier 2022), 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). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b). e) En cas de violation, par l'assuré, de son devoir de collaborer à l'instruction (art. 43 al. 3 LPGA), l'assureur social peut, conformément au principe de proportionnalité, suspendre ses prestations, respectivement ne pas entrer en matière sur la demande, jusqu'à ce que l'assuré se déclare prêt à se soumettre sans réserve à l'expertise ordonnée par une décision entrée en force. Mais l'accord de l'assuré à la mesure d'instruction ordonnée, exprimé postérieurement au prononcé de la décision fondée sur l'art. 43 al. 3 LPGA, ne rend pas sans effet le refus initial ayant entraîné la non-entrée en matière. C'est pourquoi un recours dans lequel l'assuré se déclare après coup prêt à se soumettre à l'expertise envisagée doit, cas échéant, être considéré comme une nouvelle demande. Ce nouvel examen du droit à la prestation pour le futur permet, sous l'angle du principe de la proportionnalité, de prendre en considération le fait que la sanction décidée (en l'espèce, non entrée en matière) ne concerne que la période pendant laquelle l'assuré refuse de collaborer (cf. TF 9C_388/2022 du 24 avril 2023 consid.5.4.2 ; 9C_477/2018 du 28 août 2018 consid. 5.1 et les références citées).

- 19 -

E. 4

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 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 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 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). c) 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.

- 20 - 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 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_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. 5

a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la quatrième demande de prestations et a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire afin d'évaluer la capacité de travail de la recourante. Dans la mesure où les trois précédentes demandes ont été rejetées en raison d'un manque de collaboration, il s'agit en réalité d'un premier examen et non d'une demande de révision au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas limité l'instruction à l'évolution de l'état de santé depuis la précédente demande de prestations, mais a procédé à une évaluation globale de l'état de santé depuis le début des atteintes à la santé annoncées par la recourante. Celle-ci a accepté de collaborer, de sorte que l'instruction a pu être menée à bien et une décision rendue. Il n'en demeure pas moins que les précédentes demandes ont été refusées et que la nouvelle demande ne peut concerner que le futur, avec un début du droit éventuel à la rente fixé conformément aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, soit en l'occurrence au minimum six mois après le dépôt de la quatrième demande (cf. consid. 2a, ci-dessus).

- 21 - b) Constatant que, dans sa dernière activité professionnelle salariée, la recourante travaillait au taux de 90 %, l'intimé a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage à l'issue de l'instruction médicale. Cette enquête a abouti à la conclusion que la recourante présentait un statut mixte, avec une part de 90 % consacrée à l'activité professionnelle et une part de 10 % aux travaux habituels (part dite « ménagère ») et que, dans cette dernière, le taux d'empêchement était de 5,83 %. Les résultats de cette mesure d'instruction ne sont pas remis en cause par la recourante et peuvent être confirmés. c) Sur le plan médical, la

recourante n'a émis aucun grief à l'encontre des rapports établis par les trois experts somaticiens de C._____. Les rapports médicaux des médecins et spécialistes traitants consultés par la recourante figurant au dossier sont peu étayés sur le plan médical et ne contiennent pas d'évaluation de la capacité de travail ni des limitations fonctionnelles. Les conclusions des expertises de médecine interne générale, pneumologie et rhumatologie reposent, pour chaque discipline, sur le dossier remis par l'intimé, sur un entretien avec la recourante, ainsi que sur un examen complet. Au cours des entretiens, la recourante a pu s'exprimer librement sur son état de santé et a été interrogée sur son anamnèse familiale, sociale, scolaire et professionnelle, ses antécédents médicaux et sur le déroulement habituel de ses journées. Les experts ont posé leurs diagnostics et donné une évaluation argumentée de la capacité de travail de la recourante. Ces rapports peuvent donc être suivis. En revanche, la recourante a émis de nombreux griefs à l'égard de l'expertise psychiatrique du Dr W._____. Elle reprochait en particulier à ce spécialiste d'avoir qualifié ses propos sur les agissements du Dr V._____ d'éléments interprétatifs délirants, alors qu'il aurait pu obtenir toutes pièces utiles à établir la véracité de ses déclarations auprès de son avocat. A cet égard, il convient de relever que l'expert psychiatre de C._____ n'a pas qualifié d'éléments interprétatifs délirants l'ensemble des déclarations de la recourante, mais uniquement les propos portant sur l'appartenance de son agresseur à un réseau et les

- 22 - représailles qu'il pourrait organiser si elle parlait de lui à des tiers. L'expert a cependant considéré que ces éléments étaient une manifestation de l'état de stress post-traumatique, dont il a admis l'existence en lien avec l'agression dont la recourante a fait part. Cela étant, il est constant que le Dr W._____ ne disposait pas d'un dossier complet à cet égard. La question de savoir s'il aurait dû prendre contact avec l'avocat de la recourante avant de rendre son rapport ou s'il incombait à la recourante de remettre cette documentation spontanément peut cependant rester indécise, de même que les autres griefs soulevés par la recourante, dès lors que l'intéressée a remis, en phase de recours, un rapport d'expertise psychiatrique établi dans le cadre d'une procédure judiciaire qui l'oppose au Dr V._____ sur le plan civil, dont la valeur probante est admise tant par la recourante que par l'intimé et le SMR. Il est constant que la Dre J._____, mandatée par la Juge déléguée de la Chambre patrimoniale cantonale, a disposé de l'ensemble des pièces produites par les parties dans le cadre de la procédure judiciaire. Elle s'est par ailleurs fait remettre une copie du dossier de l'intimé, ainsi que le dossier médical constitué par le K._____. Elle s'est entretenue à plusieurs reprises avec la recourante et a pris contact, non seulement avec le Dr N._____, mais également avec les psychologues consultés par l'intéressée en 2016 et 2017. La Dre J._____ s'est adressée au K._____ dès lors que le Dr N._____ lui a parlé de deux hospitalisations en service psychiatrique lors de leur contact téléphonique (cf. pp. 18 et 29 du rapport d'expertise), informations qui n'ont jamais été mentionnées dans les rapports adressés à l'OAI. Résumé dans l'expertise (cf. p. 27 ss du rapport), le dossier du K._____ a montré que la recourante avait été hospitalisée à trois reprises en placement à fin d'assistance (PLAFA) dans un service de psychiatre en raison de crises d'agitation. Par ailleurs, alors qu'il se montrait extrêmement succinct dans ses rapports, le Dr N._____ a donné oralement à l'experte ses observations. Celles-ci résultaient d'un suivi thérapeutique à raison d'un entretien tous les quinze jours depuis 2015, au cours duquel il s'est efforcé d'accompagner l'intéressée sans la confronter pour ne pas rompre le lien. Il en découle que le rapport de la Dre J._____ comprend une anamnèse

- 23 - très détaillée, bien plus complète que le rapport du Dr W. _____, qui est intervenu, semble-t-il, à une époque où la recourante était disposée à collaborer mais se montrait encore très réticente à évoquer certaines facettes de sa personnalité. Cela étant, la Dre J. _____ a confirmé le diagnostic de trouble de stress post-traumatique déjà retenu par le Dr W. _____ et a également conclu à l'existence d'un trouble de la personnalité. Selon l'experte, le trouble de la personnalité s'est progressivement rigidifié dès 2009 en raison de déconvenues professionnelles, processus qui s'est renforcé avec les événements traumatiques vécus en 2012 (atteinte somatique entre janvier et août, agression en novembre) et ultérieurement. La Dre J. _____ a longuement développé les raisons pour lesquelles elle retenait ces deux diagnostics et a précisé ce qui l'amenait à se détacher de l'appréciation du Dr W. _____. Les motifs pour lesquels elle a conclu à une incapacité de travail totale dès 2014 sont également motivés. Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante. d) Une incapacité de travail totale depuis 2014 étant démontrée, il en résulte un taux d'empêchement de 100 % dans la part active. Pondérés selon leur taux de répartition et additionnés, les taux d'empêchements dans la part active et dans la part ménagère déterminent un taux d'invalidité de $[(100 \% \times 90 \%) + (5,86 \% \times 10 \%) =] 91 \%$ (chiffre arrondi ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), ouvrant le droit à une rente entière (art. 28b al. 3 LAI) dès le 1er avril 2022.

E. 6

a) Compte tenu de ce qui précède, les recours doivent être admis et les décisions litigieuses réformées, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 91 % dès le 1er avril 2022. 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 partie intimée, vu l'issue du litige.

- 24 - c) 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), qu'il convient de fixer en tenant compte de la liste des opérations déposée le 6 décembre 2024 par Me Rocafort. Il apparaît cependant que plusieurs opérations figurant dans la liste concernent la procédure administrative, puisqu'elles sont antérieures à la décision litigieuse. Certaines opérations ultérieures concernent également des démarches administratives et des contacts avec des tiers. Par ailleurs, le temps de travail facturé totalise plus de 40 heures, dont 4 heures 45 consacrées par Me Rocafort et le solde par un avocat-stagiaire. Cette durée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre. En particulier, le temps nécessaire à la rédaction du premier recours, soit plus de 11 heures, auquel s'ajoute la durée facturée pour la préparation du second recours, de contenu similaire, est excessif. Ainsi, tout bien considéré, il paraît équitable de réduire la liste des opérations à 3 heures pour Me Rocafort et 21 heures pour l'avocat-stagiaire, auxquelles s'ajoutent des débours fixés forfaitairement à 5 % de la participation aux honoraires du mandataire. Sur cette base, l'indemnité de dépens doit être fixée à 4'500 fr., débours et TVA compris (art. 10, 11 et 13 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1], et mise à la charge de l'intimée. d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état

tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

- 25 -

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