

VD_GERICHTE ZD24.023143 vom 7. März 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-03-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.023143

FR: VD_GERICHTE ZD24.023143 du 7 mars 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.023143 del 7 marzo 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

- 17 - 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). 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).

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

- 18 - résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

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 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. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

- 19 - 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). 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. 7

a) En l'espèce, dans la décision attaquée, l'OAI a refusé de prester en faveur du recourant, dans la mesure où son préjudice économique s'élevait à 5 %. Cette décision se base sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 avril 2023 du L. _____, avec volets en psychiatrie, en orthopédie et en médecine interne générale. Les experts ont retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis

le 1er août 2018, mais d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis toujours. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : travail répétitif, sans prise de décision immédiate, sans traitement simultané d'informations multiples, pas de travail avec des produits volatiles ou irritants, pas de travail lourd, pas de travail à l'extérieur avec exposition à de fortes chaleurs ou au froid, port de charges limité à cinq kilos. Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise, en particulier de son

- 20 - volet psychiatrique. D'après lui, les troubles psychiatriques dont il souffre l'empêchent de travailler à plein temps. b) Il convient de donner raison au recourant. En effet, l'expertise ne remplit pas les réquisits exigibles d'une évaluation pluridisciplinaire de ce niveau. Un véritable consilium du cas du recourant fait manifestement défaut, dans la mesure où l'appréciation prétendument consensuelle des experts consiste en une reprise littérale de divers passages des rapports établis spécifiquement par chacun des spécialistes consultés. Aucune discussion, ni évaluation globale de la situation du recourant ne figure dans cette appréciation, de sorte que les éléments pertinents doivent être recherchés dans les rapports rédigés séparément par chacun des spécialistes dans son domaine de compétence. Ce procédé ne correspond clairement pas aux exigences d'une mission expertale dans un contexte pluridisciplinaire. S'agissant plus particulièrement du volet psychiatrique, celui-ci ne respecte pas non plus les critères jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. L'expert ne discute pas sérieusement les diagnostics retenus par la psychiatre traitante. Ainsi, celle-ci indique que le sommeil du recourant est perturbé avec des cauchemars et des reviviscences répétées des événements de guerre devenant envahissants et traumatiques et, sur la base de ces faits, retient le diagnostic d'état de stress post traumatique (rapports des 26 octobre 2020, 29 janvier 2021 et 27 janvier 2022 de la Dre A. _____). L'expert, quant à lui, indique que le recourant n'a pas trop été touché par la guerre et qu'il ne rapporte pas de cauchemars précis ni de flashes diurnes, pour exclure le diagnostic d'état de stress post traumatique (rapport d'expertise, p. 11), alors qu'il relève plus haut qu'avant la guerre, le recourant s'était réfugié avec sa famille dans le nord de la Bosnie et voyait, durant la guerre, presque chaque jour, des morts et des blessés, sa mère ayant également été blessée (rapport d'expertise, p. 7). Il est donc pour le moins contradictoire de constater que le recourant n'a pas été trop touché par la guerre alors qu'il la subissait au quotidien. Quoi qu'il en soit ce point aurait dû faire l'objet d'une instruction particulière par l'expert, ce que ce dernier n'a pas

- 21 - fait, semblant s'être contenté des plaintes spontanées du recourant, alors qu'il relève lui-même que l'anamnèse est incomplète (rapport d'expertise, ch. 6.1 p. 10). En l'état, il n'est pas possible de comprendre pour quels motifs la psychiatre traitante aurait à tort retenu le diagnostic d'état de stress post traumatique. Il en va de même du diagnostic d'épisode dépressif moyen. Dans son rapport du 26 octobre 2020, la psychiatre traitante avait relevé une humeur triste, un sentiment de désespoir, un sentiment de culpabilité, une irritabilité et une difficulté à se projeter dans l'avenir. Dans son rapport, l'expert constate que le recourant arrive à sourire et ne présente pas de ralentissement psychomoteur pour exclure le diagnostic d'épisode dépressif (rapport d'expertise, p. 11), mais ne revient pas sur les éléments mis en évidence par la médecin traitante. Au contraire, l'expert relève une absence d'antécédent de dépression, alors qu'en 2020, la psychiatre traitante avait retenu ce diagnostic. En outre, il liste les ressources du recourant, mais n'en tire aucune conclusion utile quant au diagnostic retenu (rapport d'expertise, pp. 12-13). L'absence de valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise est confirmée par le médecin du SMR. En

effet, dans son avis du 2 mai 2023, il a indiqué qu'il ne comprenait pas comment l'expert aboutissait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, compte tenu des éléments anamnestiques et cliniques qu'il avait mis en évidence. Or, dans son complément du 22 mai 2023, l'expert a pour l'essentiel repris des éléments de son précédent rapport sans ajout significatif, hormis quelques précisions quant aux raisons pour lesquelles il a exclu le diagnostic de trouble bipolaire, ajoutant que ce diagnostic ne pouvait pas totalement être écarté. Dans le rapport du 14 octobre 2024 du nouveau psychiatre traitant de l'assuré, le Dr G._____, il est fait état d'éléments objectivés rendant compte d'un état de stress post traumatique actif et évoque un trouble bipolaire de type II, ce que relève le médecin du SMR dans son avis du 5 novembre 2024, pour lequel un complément d'instruction s'impose dans ces circonstances. Il existe en conséquence des doutes sérieux quant au bien-fondé des conclusions de l'expert psychiatre qui ne sauraient se voir reconnaître une pleine valeur probante.

- 22 - c) En ce qui concerne l'aggravation des atteintes pulmonaires du recourant exposées par le Dr J._____ dans son rapport du 12 octobre 2024, le médecin du SMR, dans son avis du 5 novembre 2024, estime également qu'elles nécessitent des investigations complémentaires. Par conséquent, on peut en déduire que cette aggravation peut avoir débuté avant que la décision attaquée ait été rendue. En conséquence, le dossier constitué par l'office intimé est également incomplet sur ce point.

E. 8

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_259/2022 du 20 septembre 2022 consid. 5.1.1 et les références). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; UELI KIESER, ATSG- Kommentar, 4ème éd., 2020, nos 17 et 29 ad art. 43 LPGA). c) Le juge cantonal 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. Un renvoi à

- 23 - l'administration 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). d) En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire. Le SMR a reconnu qu'il est nécessaire d'instruire l'aggravation de l'état de santé somatique du recourant, notamment s'agissant de l'aggravation des atteintes

pulmonaires alléguées par son médecin traitant dans son rapport du 12 octobre 2024 et de compléter l'instruction quant à son état de santé psychique. Dans ce contexte, il fait sens de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire du recourant, destinée à clarifier le tableau clinique global présenté par ce dernier depuis 2018. Une fois l'instruction complétée, il appartiendra à l'intimé de fixer le degré d'invalidité du recourant.

E. 9

a) Le recours doit dès lors être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants 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 de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. c) Le recourant 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). Aussi, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art.

E. 10

et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

- 24 -

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