

VD_GERICHTE ZD24.023944 vom 9. September 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-09-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.023944

FR: VD_GERICHTE ZD24.023944 du 9 septembre 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.023944 del 9 settembre 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.

- 29 - 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 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. 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). 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 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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 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 - 30 - 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.

E. 5.1

; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, 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 incombe à l'assuré d'établir

- 31 - 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 ; TF 9C_631/2012 du

E. 9

novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 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). d) 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 assécurologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 6. a) 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 144 V 210 consid. 4.3.1). b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs

- 32 - importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). 7. a) En l'espèce, l'OAI a estimé, sur la base du rapport d'expertise établi le 11 septembre 2023 par R._____ SA, comportant des volets en orthopédie et traumatologie, en médecine interne générale, en neurologie et en rhumatologie, ainsi que de l'avis du SMR du 2 octobre 2023, que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le 5 mai 2020, mais qu'une capacité de travail de 80 %, avec une baisse de rendement de 20 % (soit une capacité de 64 %) était exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 11 décembre 2020. Le recourant remet en cause le bien-fondé de cette appréciation, plus particulièrement la valeur probante de l'expertise. b) À titre liminaire, il convient de relever que, d'un point de vue formel, le rapport d'expertise du 11 septembre 2023 remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré le recourant les 14, 28 et 31 juillet 2023 et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus, tenue par échange de courriels, à partir du 27 août 2023. Les experts ont établi une évaluation consensuelle dans laquelle ils ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes du recourant, qu'ils ont soigneusement énumérées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. L'expertise a en outre été établie en pleine connaissance des

- 33 - éléments médicaux au dossier, les experts ayant synthétisé les documents médicaux depuis 1992 (expertise R._____ SA, pp. 45 ss). Contrairement à ce que soutient le recourant, le temps consacré par chacun des experts aux entretiens – qui ont duré entre 50 minutes et 2 heures 15 – n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour exercer une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. Celles-ci ne sauraient en effet être proportionnelles au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (TF 9C_210/2007 du 21 février 2008 ; TF I 719/06 du 4 juillet 2007). A cela s'ajoute que les experts ont également fondé leur appréciation sur le dossier médical qui leur avait été soumis par l'OAI, dont le recourant ne prétend pas qu'il aurait été incomplet au regard des données médicales à disposition à la date de l'expertise. Il ne soutient pas non plus avoir été

empêché d'exposer sa situation de manière complète aux experts qui l'ont examiné, pas plus qu'il ne précise concrètement sur quels points les entretiens menés par les experts auraient été lacunaires. Cela étant, cette circonstance ne saurait remettre en cause la valeur probante de l'expertise. c) S'agissant du volet de chirurgie orthopédique et traumatologie, le Dr J. _____ a posé les diagnostics de lombosciatalgies sur atteinte dégénérative (M54.47) et d'omalgie droite (M79.61) avec arthroscopie mini-open le 11 mars 2019 (résection du centimètre externe de la clavicule et révision du tendon sus-épineux sans franche lésion appréciable). L'examen de la colonne cervicale s'était révélé normal. A l'examen du rachis lombaire, il avait été noté une palpation douloureuse des apophyses épineuses du segment L4-S1 ainsi que des articulations sacro-iliaques, et une douleur à la palpation de la région para-grand trochantérienne postérosupérieure. Le Dr J. _____ a constaté que les inclinaisons étaient légèrement déficitaires mais que les rotations et les inclinaisons étaient indolores. Quant à l'examen de l'épaule droite, il avait montré un déficit de l'antépulsion, de l'abduction et de la rotation interne.

- 34 - Par ailleurs, les tests de la coiffe des rotateurs s'étaient révélés négatifs et l'examen clinique des membres inférieurs était normal. Les atteintes orthopédiques étaient donc à son sens à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes : la position debout, la marche, la position à genou, la position accroupie ainsi que la position en porte-à-faux étaient limitées dans le temps ; les activités en hauteur étaient limitées avec le membre supérieur droit au-delà de 90° d'élévation. Le port de charge était également limité mais était en relation principale avec l'atteinte du coude gauche, atteinte concernant l'expertise neurologique. Compte tenu de ces éléments, le Dr J. _____ a estimé que l'assuré était en incapacité totale définitive dans son activité habituelle depuis le 11 mars 2019, soit la date de l'arthroscopie de l'épaule droite. Il a toutefois estimé qu'une capacité de travail résiduelle de 100 %, sans baisse de rendement et en respectant les limitations fonctionnelles était exigible à compter du 1er octobre 2019, soit six mois après l'arthroscopie. Sur le plan de la médecine interne, la Dre D. _____ a posé les diagnostics d'hypertension artérielle traitée, de pangastrite chronique avec reflux gastro-œsophagien, de gynécomastie bénigne, d'hémochromatose traitée par saignées actuellement mis en suspens, de stéatose hépatique sans signe d'insuffisance hépatique, d'obésité exogène, classe 1 OMS, de kyste thyroïdien en euthyroïdie, diagnostiqué en novembre 2020, et de status après ablation de polypes en dysplasie de bas grade réséqué en novembre 2020, sans signe de malignité. Selon elle, les comorbidités retenues n'étaient pas incapacitantes. La capacité de travail de l'expertisé était donc entière et il n'existait pas de limitations fonctionnelles. Le pronostic était par ailleurs favorable, le recourant étant suivi très régulièrement. La Dre D. _____ a toutefois recommandé un suivi régulier des tests hépatiques avec sevrage des agents hépatotoxiques (alcool) afin d'améliorer le pronostic hépatique à long terme. Sur le plan neurologique, le Dr P. _____ a posé les diagnostics de « lombalgies chroniques avec sciatalgies à prédominance gauche de topographie L5 versus S1 selon la sémiologie, non déficitaires

- 35 - sur le plan moteur et sensitif, impulsivité présente à la toux et Lasègue positif à 40° à gauche, sciatalgies moins prononcées du côté droit, lombo- pygialgies droites ? Lasègue à 45° jusqu'à la fesse, moindre prévalence relativement au côté gauche, non déficitaires également sur le plan moteur et sensitif », ainsi que de neuropathie cubitale gauche au coude opérée en 2020, évolution partiellement favorable, persistance d'un déficit sensitif et moteur cubital gauche avec amyotrophie fasciculations, parésie interosseuse avec moindre abduction et adduction des doigts, forte sensibilité persistante interne du coude avec Tinel

positif. Le médecin précité n'a pas retenu de diagnostic neurologique pour l'épaule droite. Il a relevé que les lombalgies récidivantes avec irritation sciatalgique non déficitaire avaient toujours été traitées conservativement, sans chirurgie, avec des infiltrations multiples et de la physiothérapie ; la clinique demeurait non déficitaire sur le plan moteur et sensitif aux membres inférieurs des deux côtés, l'état algique persistant avec des phases d'exacerbation et la prise de médicaments antalgiques en réserve. Le Dr P. _____ a estimé que l'activité habituelle n'était pas conseillée et a retenu une capacité de travail de 80 % dans une activité ne nécessitant pas de port de charge au-delà de dix kilos, de position de porte-à-faux, de se baisser, de monter sur une échelle, d'activité bimanuelle exigeante et précise et de marcher au-delà de vingt minutes. A ses yeux, une légère perte de rendement de 10 % devait toutefois être retenue en relation avec l'atteinte cubitale gauche. Il a également noté qu'en phase d'exacerbation des douleurs lombaires, pour des raisons non neurologiques, la capacité de travail pourrait être partiellement altérée. Sur le plan rhumatologique, la Dre K. _____ a posé les diagnostics de cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative documentée, de lombalgies mécaniques sur atteinte dégénérative documentée, de lombosciatique gauche chronique avec atteinte dégénérative lombaire concordante, de coxarthrose bilatérale débutante, de gonarthrose bilatérale débutante, de status post arthroscopie de l'épaule droite avec résection externe claviculaire et révision du sus-épineux sans rupture transfixiante en mars 2019, ainsi que de status post neurolyse du nerf ulnaire gauche en juin 2020, avec persistance de

- 36 - paresthésies des quatrième et cinquième rayons de la main gauche. Elle a relevé que le recourant avait bénéficié d'un traitement médical rééducatif et infiltratif pour ses lombalgies mécaniques, mais qu'il ne bénéficiait d'aucune démarche de soin active depuis 2021 ; le traitement par Paracétamol était indiqué pour les douleurs dégénératives chroniques mais les AINS étaient pris trop régulièrement et devaient être limités aux poussées douloureuses sur quelques jours ; une nouvelle prise en charge infiltrative pouvait être discutée, de même qu'un avis neurochirurgical du fait du caractère hyperalgique et chronique de la radiculaire L5 gauche sans caractère déficitaire. Du reste, la Dre K. _____ a estimé qu'une réduction pondérale par mesures hygiéno-diététiques et un sevrage tabagique complet amélioreraient les capacités fonctionnelles globales. La prise en charge rééducatrice de l'épaule droite pouvait également être poursuivie à visée antalgique et pour une récupération optimale des mobilités, puisqu'il n'existait pas de lésion transfixiante de coiffe. Sur le plan de la neurapraxie ulnaire gauche opérée, la situation était stabilisée, mais des séances d'ergothérapie pouvaient être proposées. L'experte rhumatologue a en définitive retenu que les atteintes dont souffrait l'expertisé justifiaient les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité d'une activité à prédominance sédentaire permettant d'alterner les stations assise et debout avec réalisation de courtes pauses, absences de contraintes rachidiennes notamment en antéflexion, rotations et mouvements en porte-à-faux du buste, absence d'efforts de soulèvement depuis le sol au-delà de cinq kilos, absence de manutention, efforts répétitifs des membres supérieurs, utilisation d'outils vibrants, pas d'efforts en bras de levier, absence de station accroupie ou à genoux prolongée. La capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis le 11 mars 2019, mais elle était de 100 % dans une activité correspondant à ses aptitudes et respectant ses limitations fonctionnelles, depuis toujours avec une période d'incapacité totale de huit mois après l'arthroscopie de l'épaule droite le 11 mars 2019 et de six mois après la neurolyse du coude gauche en date du 11 juin 2020. La Dre K. _____ a toutefois estimé qu'une perte de rendement de 20 % devait

- 37 - être retenue dès le 11 décembre 2020 compte tenu de l'intensité des douleurs et du manque d'endurance. D'un point de vue consensuel, les experts ont en définitive retenu les limitations fonctionnelles suivantes : les positions debout- statique, assise, accroupi, à genoux sont limitées dans le temps, la marche est limitée à vingt minutes, pas de position en porte-à-faux du buste, pas de mouvement de rotation du buste, efforts de soulèvement limité à cinq kilos, pas de manutention et d'efforts répétitifs avec le membre supérieur gauche, au-delà de 90° avec le membre supérieur droit, pas d'utilisation d'outils vibrants, pas d'effort en bras de levier et pas d'utilisation d'échelle. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 11 mars 2019 et de 80 %, avec une diminution de rendement de 20 % (c'est-à-dire une capacité de 64 %) dans une activité adaptée depuis le

E. 11

Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire, ni de procéder à l'audition des médecins que le recourant propose comme témoins. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Les requêtes du recourant en ce sens doivent ainsi être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). On rappellera, par ailleurs, qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé s'il estime avoir subi ultérieurement à la décision litigieuse une péjoration substantielle de son état de santé susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité.

E. 12

a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision querellée réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente depuis le 1er juin 2021. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis - 53 - LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 600 fr. et de les mettre à charge de l'office intimé, qui succombe. 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). 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.