

## **VD\_GERICHTE ZD24.025968 vom 13. März 2025**

VD Tribunal cantonal, 2025-03-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD24.025968](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.025968)

FR: VD\_GERICHTE ZD24.025968 du 13 mars 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD24.025968 del 13 marzo 2025

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

a) 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). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel est le cas, elle entre en matière et entreprend les investigations nécessaires pour déterminer si la modification de situation alléguée est effectivement survenue et dans quelle mesure elle a un impact sur l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3a a contrario ; ch. 5203 CIRAI).

- 26 - b) 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. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les arrêts cités). c) La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). d) La procédure en révision est régie par l'art. 88 RAI dont l'al. 4 prévoit l'application par analogie des art. 66 et 69 à 76 RAI. e) Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, sans que des évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; MARGIT MOSER-SZELESS, art. 17 LPGA, in ANNE-SYLVIE DUPONT/MARGIT MOSER-SZELESS [édit.], Commentaire romand – Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, no 27 ad art. 17 LPGA). A l'inverse, si aucune modification notable de l'état de fait n'a pu être établie selon la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité en conséquence ; la situation prévalant jusqu'alors est maintenue – le droit à la prestation reste inchangé – conformément au principe de la charge matérielle de la preuve (TF 9C\_779/2015 du 4 mai 2016 consid. 5.5 in fine

- 27 - et les références citées ; MARGIT MOSER-SZELESS, loc. cit., no 29 ad art. 17 LPGA).

## E. 6

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 la personne assurée 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 la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, 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 la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Le caractère invalidant des affections psychiques, des affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doit 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, il 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). c) La personne assurée 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

- 28 - raisonnablement exigibles, si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). d) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas atteinte dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). e) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que les médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent en outre un élément utile pour déterminer quelles activités peuvent encore être raisonnablement exigées 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). f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves ancré à l'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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et l'arrêt cité). 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

- 29 - 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, 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). g) 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 ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à la personne assurée 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) Dès lors que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 19 janvier 2023 du recourant, il convient d'examiner s'il était fondé à la rejeter au motif que le recourant n'avait pas établi, au degré de

- 30 - la vraisemblance prépondérante, qu'un changement important des circonstances propres à influencer son degré d'invalidité était survenu entre la décision du 15 octobre 2021, par laquelle l'intimé lui a accordé une demi-rente d'invalidité du 1er février au 30 novembre 2020 ensuite d'un examen matériel du droit à la rente, et la décision litigieuse du 3 mai 2024. b) Il ressort de l'état de fait sur lequel l'intimé a fondé sa décision du 15 octobre 2021 que le recourant présentait à cette date plusieurs atteintes à la santé dont en particulier un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, une cardiopathie hypertensive artérielle, un rhumatisme inflammatoire chronique indifférencié, une fibromyalgie, une fatigue chronique, une maladie de reflux et colopathie fonctionnelle ainsi qu'une déconditionnement musculaire, étant précisé que le rhumatisme avait été en rémission entre le 10 juin et le 4 août 2020, aucune synovite, aucune limitation fonctionnelle significative, aucune faiblesse de préhension, ni aucun critère pour une polyarthrite rhumatoïde séropositive n'ayant été retrouvé à cette date par l'expert T. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 17 novembre 2020 de J. \_\_\_\_\_ SA et rapport complémentaire du 17 mars 2021 de l'expert T. \_\_\_\_\_). Ces atteintes ne réduisaient néanmoins pas la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : éviter les sollicitations répétitives du rachis, des membres supérieurs, y compris les mouvements répétitifs fins et les gestes de précision, marche prolongée, montée/descente des escaliers), laquelle avait été pleinement recouvrée à compter du 4 août 2020 (cf. rapports précités et

rapport complémentaire du 22 avril 2021 de l'expert T. \_\_\_\_\_ ; décision du 15 octobre 2021 de l'intimé). c) aa) A l'appui de ses écritures, le recourant allègue une aggravation de son état de santé sous l'angle rhumatologique et psychiatrique et se prévaut des rapports médicaux du 7 mars 2023 du Dr G. \_\_\_\_\_, du 10 mars 2023 de la Dre D. \_\_\_\_\_ et des 23 juin et 27 octobre 2023 du Prof. B. \_\_\_\_\_.

- 31 - bb) Sur le plan rhumatologique, le Prof. B. \_\_\_\_\_ a relevé, dans son rapport du 23 juin 2023, une péjoration de l'état de santé du recourant dont il a souligné qu'il souffrait d'un rhumatisme inflammatoire de type arthrite psoriasique. Il a en outre attesté notamment de la présence chez le recourant de synovites articulaires périphériques touchant les poignets et les métacarpo-phalangiens, synovites associées à des enthésopathies et une atteinte du rachis. Il a précisé notamment qu'on retrouvait régulièrement des synovites à l'examen clinique, qu'elles avaient été confirmées par IRM et ultrasons, que l'atteinte du rachis était réfractaire aux traitements et qu'elle s'était péjorée ces deux dernières années. Aussi, le recourant souffrait-il d'une arthrite inflammatoire invalidante active, laquelle s'était par ailleurs aggravée ces deux dernières années. Ce constat d'aggravation repose cependant sur une base erronée, puisque dans le rapport d'expertise, le diagnostic de rhumatisme inflammatoire chronique indifférencié avait été retenu. Au surplus, interpellé par l'intimé au sujet « des changements dans les constats cliniques, biologiques et radiologiques », le Prof. B. \_\_\_\_\_ a certes réitéré, le 27 octobre 2023, avoir « observé à de multiples reprises de nombreuses synovites périphériques », de sorte que la symptomatologie afférente au diagnostic précité s'était aggravée. A l'appui de cette constatation, il n'a toutefois produit aucun examen radiologique postérieur au rapport d'expertise du 17 novembre 2020 de J. \_\_\_\_\_ SA. Seul un rapport de biopsie du 24 mars 2022 de la Dre Q. \_\_\_\_\_ lui est ultérieur, lequel conclut néanmoins à l'absence d'argument en faveur d'une nouvelle atteinte à la santé (maladie de Sjörgen). Cela étant, le Prof. B. \_\_\_\_\_ ne rend pas vraisemblable une aggravation de l'état de santé du recourant. En effet, le dossier soumis à l'expert T. \_\_\_\_\_ contenait déjà des IRM et des rapports du Prof. B. \_\_\_\_\_ faisant état d'atteintes périphériques et de synovites aux poignets et aux doigts, de sorte que l'état de santé du recourant apparaît pour l'essentiel inchangé (chiffres 6 et 7 du rapport rhumatologique de l'expertise du 17 novembre 2020 précédemment reproduits).

- 32 - cc) Dans son rapport du 7 mars 2023, le Dr G. \_\_\_\_\_ mentionne une aggravation de la situation symptomatique du recourant depuis le décès de sa mère en 2022. Cependant, il ne met en évidence que quelques éléments anamnestiques, lesquels figuraient déjà dans son rapport médical du 10 avril 2019, dont l'expert W. \_\_\_\_\_ a tenu compte dans son expertise psychiatrique du 17 novembre 2020 (p. 18 du rapport). Interpellé par l'OAI afin qu'il précise en quoi l'état de santé du recourant s'était aggravé, le Dr G. \_\_\_\_\_ n'a, dans son rapport médical du 24 août 2023, fourni aucune nouvelle information permettant d'objectiver une aggravation des symptômes psychiques. dd) Dans son rapport médical du 10 mars 2023, la Dre D. \_\_\_\_\_ liste les « problèmes » dont souffre le recourant (HTA : cardiopathie hypertensive avec dysfonction diastolique, siscopathie C4 - C5 - C6 (2013), rhumatisme inflammatoire de type psoriasique DD susp maladie de Sjogren, syndrome d'apnées du sommeil, somnolence résiduelle, dépression chronique et trouble du sommeil, troubles de la personnalité NS, maladie de reflux), lesquels étaient déjà pour l'essentiel connus au moment de l'expertise du 17 novembre 2020 et avaient été pris en compte par les experts (chiffres 4.1 et 4.2 de l'évaluation consensuelle). La Dre D. \_\_\_\_\_ a cependant confirmé l'aggravation importante de l'état de santé du recourant, surtout s'agissant du «

problème de rhumatisme et cervicalgie / myalgie nucale », lequel péjorait son état psychique avec des troubles du sommeil, de la concentration et de la mémoire, depuis 2020. La Dre D. \_\_\_\_\_ n'indique en revanche pas dans quelle mesure l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision de novembre 2021, bien que l'OAI l'ait invité à préciser en quoi l'état de santé du recourant s'était aggravé (rapport médical du 24 août 2023 de la Dre D. \_\_\_\_\_). Pour étayer sa position, la Dre D. \_\_\_\_\_ n'amène aucun élément objectif rendant vraisemblable l'aggravation qu'elle allègue, s'étant contentée de produire des rapports médicaux du Prof. B. \_\_\_\_\_ et du Dr G. \_\_\_\_\_, dont il a déjà été constaté qu'ils n'établissaient pas une aggravation de l'état de santé du recourant, ainsi qu'un rapport d'IRM du 7 juin 2023 du Dr [...] de la colonne cervicale, dorsale et lombaire, ainsi que des sacro-iliaques. Ce dernier médecin

- 33 - décrit les lésions qu'il a pu constater dans le cadre de son examen effectué de C1 à S3, soulignant en particulier les atteintes du recourant en C4-C5, C5-C6, C6-C7 et en D11, D12 et L1. Il ne fait cependant pas état d'une aggravation de l'état de santé du recourant, dans la mesure où il ne compare pas ses conclusions avec les précédentes IRM réalisées qui figuraient au dossier lorsque les experts ont rendu leur rapport. Or ces IRM faisaient déjà état de lésions en C4, C5, C6, D4, D5, D6, D7, D10, D11 et de L2 à S1 (notamment IRM du rachis entier et des articulations sacro-iliaques du 26 avril 2017 du Prof. [...]). En outre, le Dr T. \_\_\_\_\_ avait tenu compte, dans son rapport d'expertise rhumatologique, de douleurs signalées par le recourant en D12 (p. 27 de ce rapport). On ne saurait dès lors retenir que le rapport du Dr [...] rend vraisemblable une modification sensible des circonstances en comparaison à ce qui prévalait au moment du rapport d'expertise. d) Compte tenu de ce qui précède, force est de conclure, à l'instar de l'intimé, qu'il n'existe aucun changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité du recourant, singulièrement la survenance d'une aggravation incapacitante de son état de santé propre à influencer négativement sa capacité de travail, depuis 2021.

## **E. 8**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 bis première phrase LAI). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis deuxième phrase LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, il convient de fixer les frais judiciaires à 600 fr. et de les mettre à la charge

- 34 - du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 et 91 LPA-VD, applicables par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g a contrario LPGA et art. 55 LPA-VD).

## **E. 9**

a) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Lehmann avec effet au 13 mai 2024. Conformément à sa liste d'opérations du 3 mars 2025, ce dernier prétend à la rémunération de 16 heures et 30 minutes au titre de l'exécution de son mandat d'office. b) Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable (art. 122 al. 1 let. a CPC), qui est

fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. c) En l'espèce, la liste d'opérations de Me Lehmann peut être suivie, sous réserve de la durée de l'audience qui a été surestimée, ce document ayant été établi antérieurement à celle-ci, et qui doit être ramenée à 20 minutes, ainsi que du temps consacré aux « opérations après audience », lequel ne saurait être admis au-delà de 30 minutes. L'indemnité s'élève donc à 1'966 fr. 65 (4 heures au tarif horaire de 180 fr. + 11 heures et 20 minutes au tarif horaire de 110 fr.), débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiment hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ), frais de vacation par 80 fr. et TVA à 8,1 % en sus. d) En définitive, l'indemnité due à Me Lehmann sera donc fixée à 2'318 fr. 75, débours et TVA compris.

- 35 - e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité de son conseil d'office, provisoirement pris en charge par l'Etat, dès qu'il 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). Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif) de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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