

VD_GERICHTE ZD24.041171 vom 12. Mai 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.041171

FR: VD_GERICHTE ZD24.041171 du 12 mai 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.041171 del 12 maggio 2025

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 mai 2022. b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, comme en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 3

a) 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,

- 12 - 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). b) 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

- 13 -

E. 4

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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

E. 5

L'OAI a retenu que l'assuré avait été totalement incapable de travailler dans toutes activités du 18 octobre 2018 au 28 février 2022, mais avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1er mars 2022. Il a en particulier fondé son appréciation sur l'avis du médecin de la CNA. a) aa) Sur le plan psychiatrique, le recourant se prévaut des conclusions de l'expertise privée qu'il a confiée au Dr W. _____, considérant que son incapacité de travail a perduré au-delà du mois de février 2022. Dans son rapport d'expertise privée, le Dr W. _____ a établi une anamnèse personnelle, professionnelle, sociale et médicale, précisant l'évolution des troubles psychiques en se fondant sur les rapports en sa possession et sur les déclarations de l'assuré. Il a rapporté les plaintes spontanées de l'assuré ainsi que les plaintes dirigées, précisant leur - 14 - retentissement dans les activités de la vie quotidienne et dans les relations sociales. Il a réalisé son examen clinique en analysant les critères majeurs de la dépression selon la

CIM-10 et en procédant à des tests et mesures psychométriques. Il a ainsi retenu des symptômes dépressifs et anxieux dans un contexte de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive avant février 2022, ayant évolué vers un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis lors, puis vers un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique entre décembre 2022 et février 2023 lequel était en rémission depuis mars 2023. Sur la base de ces éléments, il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques entre février 2022 et novembre 2022 ainsi que d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique entre décembre 2022 et février 2023, qui avaient eu un effet sur la capacité de travail. L'expert a estimé que l'assuré avait été incapable de travailler de février à novembre 2022, puis à 50 % jusqu'en février 2023, retrouvant depuis lors une pleine capacité de travail. Ces éléments jettent un doute sur les conclusions de l'intimé concernant la capacité de travail de l'assuré. Ils n'emportent toutefois pas la conviction. En effet, l'expert W. _____ n'a pas expliqué de manière détaillée les raisons l'ayant amené à retenir ces diagnostics et n'expose pas davantage les éléments l'amenant à considérer que l'assuré a présenté un trouble de l'adaptation qui a évolué vers un épisode dépressif. L'expert évoque également des traits de personnalité, sans les étayer, et considère que ceux-ci augmentent les risques d'accidents à répétition, sans expliquer son propos, que l'on peine d'ailleurs à saisir ce d'autant plus en présence de traits non décompensés. Au demeurant, l'expert psychiatre ne se positionne pas sur le diagnostic de fibromyalgie retenu par les médecins, l'évoquant tout au plus dans le chapitre des antécédents somatiques. Or, c'est au moyen des indicateurs applicables en matière de trouble psychique qu'une fibromyalgie doit être évaluée, examen auquel le Dr W. _____ ne s'est pas livré. S'agissant de l'appréciation du psychiatre traitant, selon laquelle l'assuré serait totalement incapable de travailler en raison d'un trouble dépressif sévère, l'expert W. _____ a indiqué que les activités réalisées par l'assuré ne sont pas compatibles

- 15 - avec une telle incapacité. Il n'a cependant pas clairement pris position sur ces incohérences. Enfin, alors qu'il retient une rémission de l'épisode dépressif au motif que l'assuré a repris une activité lucrative, l'expert semble se fonder uniquement sur les déclarations de ce dernier, ne détaillant pas sa journée-type de travail et ne prenant pas en considération l'appréciation négative de la psychiatre traitante à ce propos. L'expertise du Dr W. _____ ne peut dès lors pas être suivie au vu de son caractère incomplet. Elle met toutefois en lumière une incapacité de travail qui semble avoir perduré au-delà du mois de février 2022. bb) Sur le plan somatique, le rapport du 4 juin 2024 de la Dre D. _____ produit par le recourant fait état d'une aggravation de la fibromyalgie et de la survenue d'un nouvel accident ayant occasionné une fracture costale en février 2024, soit avant que la décision entreprise ne soit rendue. Si la Dre D. _____ semble, dans un premier temps, mettre en lien l'aggravation de la fibromyalgie avec la fracture costale, comme le relève le SMR, la médecin évoque toutefois une aggravation généralisée de la symptomatologie douloureuse touchant les genoux, le rachis, les épaules et le thorax, et pas uniquement la zone costale. Cela étant, dès lors que le diagnostic de la fibromyalgie doit être posé à l'issue d'une procédure structurée réalisée au moyen des indicateurs, ce qui n'a pas été le cas en l'occurrence, et que l'aggravation généralisée des douleurs semble avoir eu lieu avant que la décision entreprise ne soit rendue, il y a lieu de constater que cet aspect de l'état de santé de l'assuré doit faire l'objet d'un complément d'instruction. b) Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause, au vu des incohérences qui perdurent dans cette situation complexe. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors

que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comportant un volet psychiatrique, rhumatologique, orthopédique et de

- 16 - médecine interne, afin de clarifier les atteintes dont souffre l'assuré et leurs effets sur sa capacité de travail passée et future, ainsi que d'évaluer la situation dans son ensemble, étant précisé que les effets d'une éventuelle fibromyalgie doivent être évalués sur la base de la procédure structurée, au moyen des indicateurs applicables en présence de troubles psychiatriques (TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.1).

E. 6

mai 2021 consid. 2.2 et les arrêts cités). bb) Le recourant a requis que les frais du rapport d'expertise privée soient mis à la charge de l'OAI, sans toutefois formuler de conclusions formelles au pied de son recours. Cela étant, il apparaît que cette expertise a permis de mettre en lumière les lacunes de l'instruction menée par l'OAI et de justifier le renvoi de la cause pour instruction complémentaire, ce que l'OAI a au demeurant admis. Les frais du rapport d'expertise, par 3'500 fr. au vu de la facture établie le 11 avril 2024, seront par conséquent mis à la charge de l'OAI.

- 17 - d) 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 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.