

VD_GERICHTE ZD24.042407 vom 23. Juni 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-06-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.042407

FR: VD_GERICHTE ZD24.042407 du 23 juin 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.042407 del 23 giugno 2025

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

- 11 -

E. 2

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2023. a) 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 postérieure au 1er janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1er janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1er juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). b) En l'occurrence, le début du délai de carence d'une année a été fixé par l'intimé à août 2021. Le recourant a déposé sa demande de prestations auprès de l'OAI en janvier 2022 et le droit à la rente a pris naissance le 1er août 2022. Ce sont par conséquent les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1er janvier 2022 qui trouvent application.

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

- 12 - 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 invalide (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) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, 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). 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).

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

- 13 - 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) 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

- 14 - 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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

E. 5

a) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé d'avoir retenu qu'il avait retrouvé une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée dès le mois de juin 2023 et d'avoir statué en ignorant ses problèmes cardiaques et psychiatriques. Quant à l'intimé, il admet, dans sa duplique du 5 mars 2025, que l'instruction médicale menée était insuffisante, dans la mesure où le recourant semblait souffrir d'autres atteintes que les séquelles de son accident du 12 août 2021. b) Il ressort du rapport final REA et de la fiche « Calcul du degré d'invalidité » du 2 novembre 2023, ainsi que de la fiche « Examen du droit à la rente » établie le 20 février 2024, que l'intimé s'est essentiellement fondé sur la décision de la CNA du 21 juin 2023 pour trancher les questions des atteintes à la santé, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail du recourant. Toutefois, la CNA, en sa qualité d'assureur-accident, n'a examiné ces points qu'en relation avec les atteintes à la santé en lien de causalité avec l'accident du 12 août 2021, à savoir les lésions à l'épaule gauche. Or, comme cela ressortait pourtant déjà des pièces versées au dossier de l'intimé (cf. notamment rapport du 30 août 2022 de la G. _____), le recourant souffre également de problèmes cardiaques, ayant notamment nécessité la pose de plusieurs stents en 2015 et 2022, ainsi que de problèmes psychiatriques, pour lesquels le recourant a bénéficié d'une prise en charge auprès d'un médecin psychiatre depuis avril 2022. Sur ce dernier point, il ressort du rapport établi le 10 janvier 2025 par le Dr Z. _____, que ce médecin a posé le diagnostic d'épisode dépressif avec anxiété marquée (F32.1) et a indiqué que le recourant souffrait d'une fatigue constante, avec absence d'énergie et ralentissement psychomoteur, d'une anhédonie caractérisée

- 15 - par une perte d'intérêt pour les activités auparavant appréciées, d'un sentiment d'impuissance et d'échec, d'une anxiété marquée et accompagnée d'insomnies, de ruminations anxieuses et de préoccupations constantes concernant son avenir, ainsi que d'une diminution de la concentration et des capacités cognitives, ce qui impactait son aptitude à organiser ses pensées et à prendre les décisions adaptées. Il a, en outre, indiqué que le recourant était sous Sertraline (100 mg/jour) et sous Lexotanil (3 mg le soir) et au besoin 2 à 3 fois par jour. Il a estimé que sa capacité de travail était nulle. Se basant sur ce rapport, le recourant relève notamment que la prise de ce dernier médicament n'est pas compatible avec les activités envisagées par l'intimé, à savoir un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans

le conditionnement, aide-administratif (réception, scannage et autres). Quant à l'intimé, il admet n'avoir pas tenu compte, dans le cadre de son examen du droit à la rente, des autres atteintes (que celles en relation avec l'accident du 12 août 2021) dont le recourant souffre et a préconisé, dans sa duplique du 5 mars 2025, le renvoi du dossier auprès de son administration. Au vu de ce qui précède, la situation médicale du recourant n'a pas été entièrement instruite par l'intimé, qui a, par conséquent, statué en méconnaissance de l'état de santé global du recourant, des limitations fonctionnelles en découlant éventuellement et de sa capacité résiduelle de travail. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – à qui il incombe au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. La décision attaquée doit donc être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

E. 6

A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis l'audition de ses différents médecins traitants et la mise en œuvre d'une expertise

- 16 - médicale pluridisciplinaire. Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'y donner suite. Il a en outre requis la « comparution personnelle des parties ». Pour autant que l'on doive comprendre cette demande comme une requête tendant à la tenue de débats publics, il est relevé que, dans le cas où il est saisi d'une telle demande, le juge doit en principe y donner suite. Il peut cependant s'en abstenir lorsque la demande est abusive, lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien fondé, ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 136 I 279 consid. 1 ; Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 16 ad art. 61 LPGA). En l'occurrence, vu l'issue du litige, il peut être renoncé à la mise en œuvre de tels débats.

E. 7

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 21 août 2024 par l'intimé annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe. c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant 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 1'500 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 intégralement à la charge de l'intimé. Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de

- 17 - l'assistance judiciaire, si bien qu'il peut être renoncé à fixer plus précisément le montant de l'indemnité d'office.