

VD_GERICHTE ZD24.044706 vom 28. Januar 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.044706

FR: VD_GERICHTE ZD24.044706 du 28 janvier 2026

IT: VD_GERICHTE ZD24.044706 del 28 gennaio 2026

Erwägungen

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 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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 10J010

- 11 - 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

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 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1). b) Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

E. 6

a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 27 novembre 2023 après un premier refus de prester prononcé en 2019. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la décision de refus de rente du 12 juin 2019 et la décision litigieuse du 9 septembre 2024, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. b) La première demande de prestations de la recourante auprès de l'OAI a été déposée en raison d'une tendinopathie du sus-épineux droit. 10J010

- 12 - Sur le plan médical, la décision de refus de prester rendue à la suite de cette demande était fondée sur l'appréciation du médecin-conseil de l'assureur perte de gain. Celui-ci avait estimé que l'assurée était en mesure de reprendre une activité professionnelle à 100 % dès le 1er octobre 2017, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas d'abduction de plus de 90° et pas de mouvements répétitifs du membre supérieur droit. c) La seconde demande de prestations a été déposée à la suite d'une chute subie par l'assurée le 26 mai 2023, laquelle a provoqué des douleurs cervicales et dorsales. Les examens auxquels s'est soumise l'assurée ont mis en évidence plusieurs atteintes. Au niveau des cervicales, elle présente des discopathies, modérées en C4-C5 et C5-C6 et sévère en C6-C7, avec une spondylo-uncarthrose bilatérale à prédominance droite en C6-C7 et des remaniements inflammatoires en miroir des corps vertébraux, ainsi qu'une sténose neuro foraminale bilatérale sévère en C6-C7, à prédominance droite (cf. rapport du Dr F. _____ du 30 mai 2023 ; rapport du Dr G. _____ du 14 juin 2023 ; rapport du Dr J. _____ du 22 juin 2023 ; rapport du Dr K. _____ du 13 mars 2024). Au niveau des lombaires, l'assurée souffre principalement d'un remaniement dégénératif affectant les articulaires postérieures en L4-L5 et en L5-S1 ainsi que d'une lésion de Romanus séquellaire en L3-L4, associés à une discrète ostéopénie et une minime attitude scoliotique à convexité gauche (cf. rapport du Dr H. _____ du 24 novembre 2023 ; rapport du Dr K. _____ du 15 mars 2024 ; rapport du Dr M. _____ du 16 avril 2024). Il est ainsi constant que depuis la première demande déposée en 2017, la recourante a présenté de nouvelles atteintes, venues s'ajouter à celles dont elle souffrait déjà à l'épaule droite. Reste à déterminer si lesdites atteintes influencent son droit à des prestations de l'assurance- invalidité. 10J010

- 13 - d) Dans sa décision du 9 septembre 2024, l'intimé s'est fondé sur l'appréciation du Dr M. _____ pour admettre une entière capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée dès le mois d'avril 2024, moyennant le respect des limitations fonctionnelles posées dans le cadre de la première demande de prestations, en lien avec les atteintes à l'épaule droite, auxquelles s'ajoutait celle de « travail non-physiquement lourd ». Il sied en premier lieu de relever que l'appréciation de ce médecin est très succincte et n'est assortie d'aucune explication. Dans ces conditions, on peut d'emblée douter que son évaluation réponde aux exigences de motivation auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport médical (cf. supra consid. 4b). Par ailleurs, les conclusions du Dr M. _____ concernant les limitations fonctionnelles de la recourante manquent de clarté. Le terme « non-physiquement lourd » ne permet en effet pas de déterminer quels mouvements sont interdits ou doivent être limités en raison des nouvelles atteintes subies, ni quelles charges peuvent encore être portées, pas plus que la fréquence ou l'intensité auxquelles certains gestes demeurent autorisés. De tels renseignements sont pourtant indispensables pour déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante. En ce qui concerne la date à

partir de laquelle l'exercice d'une activité adaptée pouvait être exigé, l'intimé a retenu le mois d'avril 2024, alors que le Dr M. _____ a expressément indiqué qu'il était dans l'impossibilité de définir à partir de quand une telle reprise était envisageable (cf. rapports du 16 avril 2024). L'intimé n'a pas non plus interpellé son service médical à ce sujet. Or la capacité de travail est une question qui doit être évaluée en premier lieu par un médecin (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Partant, en l'absence d'une telle évaluation médicale, l'intimé n'était pas fondé à admettre qu'une activité adaptée était exigible dès le mois d'avril 2024, sans instruire plus avant. 10J010

- 14 - Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que l'appréciation du Dr M. _____, très succincte, peu claire et insuffisamment motivée, ne pouvait pas fonder la décision de refus de rente de l'intimée. e) A cela s'ajoute que des rapports médicaux établis postérieurement à la décision litigieuse font état de pathologies supplémentaires, en lien avec les douleurs importantes ressenties par la recourante. Dans la mesure où ils ont également trait à la période antérieure à la décision entreprise, il y a lieu d'en tenir compte dans l'appréciation de la capacité de travail de l'intéressée (cf. supra consid. 5). Le Dr BB. _____ a diagnostiqué un syndrome douloureux myofacial avec des phénomènes de sensibilisation centrale de la corne dorsale médullaire et une allodynie coccygienne (cf. rapports des 6 mai et 30 septembre 2024). En décembre 2024, le Dr P. _____ a lui aussi objectivé d'importantes douleurs avec une hypersensibilité au toucher sur tout le rachis, avec irradiations des douleurs cervicales jusqu'au pharynx, derrière les yeux, à la racine du nez et à la région frontale médiane, les positions assises ou dans le lit augmentant celles-ci. Selon ces deux médecins, une sensibilisation centrale et périphérique à la douleur était probable. En janvier 2025, le Dr BB. _____ a encore évoqué la possible présence d'un syndrome de Covid long, avec douleurs musculo-squelettiques persistantes présentes avant la chute du mois de mai 2023. Ces nouveaux éléments doivent être investigués, afin de déterminer si et dans quelle mesure ils impactent la capacité de travail résiduelle de l'intéressée. f) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'instruction du dossier menée par l'OAI est lacunaire, de sorte que cette autorité n'était pas fondée à rendre la décision litigieuse sans autres mesures d'instruction. Il se justifie par conséquent d'annuler la décision entreprise et d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe 10J010

- 15 - inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG).

E. 7

a) En définitive, le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction 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 la partie intimée, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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