

VD_GERICHTE ZD24.045904 vom 11. Juli 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-07-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.045904

FR: VD_GERICHTE ZD24.045904 du 11 juillet 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.045904 del 11 luglio 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. 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) 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 (art. 29 al. 1 LAI).

- 13 -

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). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – 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 – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances

propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que 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). 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

E. 6

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

- 14 - 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 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). c) 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

- 15 - administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1). d) 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. 7

a) En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande déposée en mai 2023 par la recourante, estimant qu'il était vraisemblable que son état de santé se soit aggravé. En conséquence, il lui appartenait d'instruire d'office le cas. Dans son acte de recours, la recourante conteste la capacité de travail retenue dans la décision litigieuse et se prévaut d'une instruction insuffisante de son état de santé. Pour soutenir son propos, elle a produit plusieurs rapports médicaux visant à démontrer l'existence de diverses atteintes à la santé ayant un impact sur sa capacité de travail et, qui n'ont, selon elle, pas été prises en considération par l'intimé. b) Les rapports médicaux postérieurs à la décision attaquée sont recevables, car ils concernent tous l'état de santé de la recourante qui prévalait déjà avant que celle-ci ne soit rendue, ce qu'admet d'ailleurs implicitement le SMR dans ses avis médicaux produits en cours de procédure. c) Tant les rapports médicaux établis avant le prononcé de la décision que ceux rédigés postérieurement font état de plusieurs nouvelles atteintes que l'intimé n'a pas investiguées. Pour commencer, il ressort des rapports radiologiques des 24 juin et 18 juillet 2024 et du rapport du 24 septembre 2024 de la Dre K. _____, que la recourante souffre de différentes fractures et

- 16 - présente une ostéoporose fracturaire avec un haut risque de fractures à

E. 10

ans, soit une nouvelle atteinte à la santé en sus de celles à l'épaule gauche et au genou droit. Ces rapports se réfèrent tous à des examens et des consultations antérieurs à la décision du 11 septembre 2024, qui ont tous été signalés par la recourante dans un échange de courriels avec l'intimé des 19 et 20 août 2024. Il ressort du dossier que l'intimé a exclu une incapacité durable induite par ces atteintes sur la base d'un avis extrêmement sommaire du SMR du 10 septembre 2024, sans plus amples mesures d'instruction. Ensuite, il ressort des rapports produits dans le cadre de la présente procédure que la recourante souffre de fortes gonalgies nécessitant une prise en charge antalgique (cf. rapport du 17 février 2025 du Dr Y. _____) pour lesquelles le diagnostic d'algoneurodystrophie est évoqué par plusieurs médecins (cf. rapport du 4 février 2025 du Dr T. _____ et rapport du 12 février 2025 du Dr M. _____) et de lombalgies liées aux fractures vertébrales pour lesquelles le diagnostic d'ostéoporose fracturaire a été confirmé (cf. rapport du 24 septembre 2024 de la Dre K. _____). En outre, des répercussions psychiques des atteintes physiques sont évoquées (cf. rapport du

E. 11

février 2025 de Mme A. _____). Or ces éléments n'ont pas non plus été instruits par l'intimé. Dans son avis du 25 mars 2025, auquel se réfère l'OAI dans sa duplique, le SMR relève que l'accumulation des atteintes peut avoir une influence sur la capacité de travail de la recourante et a préconisé la reprise de l'instruction. On ne peut que le suivre. En conséquence, il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée, 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 incombera ainsi à l'intimé de compléter le dossier, en requérant des rapports médicaux auprès des médecins récemment consultés et, cas échéant, de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, au

besoin pluridisciplinaire. Cela

- 17 - fait, il incombera à celui-ci de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de l'intéressée. 8. a) La recourante se plaint également des revenus avec et sans invalidité retenus par l'OAI pour calculer son préjudice économique. Compte tenu de ce qui précède, il apparaît prématuré d'examiner la fixation de son revenu avec invalidité, puisque celui-ci dépendra des atteintes à la santé, des limitations fonctionnelles et du niveau de compétence dans une activité adaptée finalement retenus. En revanche, les critiques concernant le revenu sans invalidité peuvent déjà être traitées par économie de procédure. b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 102 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). c) En l'occurrence, le dernier emploi de la recourante avant ses atteintes à la santé était responsable du groupe vente des produits non food auprès de W._____. Il ressort du questionnaire pour l'employeur rempli le 18 août 2015 que le salaire annuel de la recourante s'élevait alors à 83'200 francs. Dans son premier projet de décision du 21 novembre 2019 concernant la première demande de la recourante, l'intimé a tenu compte de ce montant indexé à 2016. En revanche, dans son projet du 15 juin 2022 confirmé par décision du 14 novembre 2022, concernant toujours la première demande, ainsi que dans la décision attaquée portant sur la deuxième demande, l'intimé s'est fondé sur un extrait de compte individuel de la recourante du 14 août 2015 sur lequel ne figure pas l'année 2015 et a fait une moyenne des salaires annuels perçus de 2010 à 2014, sans préciser pourquoi il ne se référait plus au salaire de 83'200 francs. La seule pièce au dossier qui mentionne ce

- 18 - changement est une note interne du 29 janvier 2021, dans laquelle l'intimé a simplement indiqué que le calcul du revenu sans atteinte à la santé était erroné, sans toutefois en exposer les motifs. Dans la présente procédure, l'intimé n'a pas non plus expliqué pourquoi la prise en compte du dernier salaire de la recourante serait incorrecte, indiquant uniquement que le montant retenu était le même que dans la décision du

E. 14

novembre 2022 entrée en force. La Cour de céans n'étant pas liée par le contenu de cette décision qui ne lui a pas été soumise et qui ne déploie des effets qu'en lien avec la première demande de l'assurée, cet argument n'est pas pertinent. Il convient donc de constater que le salaire réalisé avant l'atteinte à la santé de la recourante en 2015 s'élevait à 83'200 francs. Il incombera donc à l'OAI de calculer le préjudice économique de l'intéressée sur cette base, en l'indexant. 9. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis 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 le sort du recours. c) 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 LPG). 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.