

VD_GERICHTE ZD25.014102 vom 8. Oktober 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-10-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.014102

FR: VD_GERICHTE ZD25.014102 du 8 octobre 2025

IT: VD_GERICHTE ZD25.014102 del 8 ottobre 2025

Erwägungen

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 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. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent 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, le caractère invalidant de telles atteintes 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). 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,

- 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). 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). 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). c) 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 1er 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

- 13 - 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). 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. 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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

- 14 - 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 tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne

permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, 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). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré 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 ; TF 9C_631/2012 du

E. 9

novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 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). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation

- 15 - thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2). 5. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la cinquième demande de prestations déposée par l'assuré et a constaté, à l'issue de l'instruction médicale, que le recourant n'avait subi aucune incapacité de travail de plus de trois mois depuis 2021 au moins. Il s'est fondé en particulier sur les conclusions du rapport d'évaluation consensuelle bidisciplinaire établi le 20 novembre 2024 par M. _____, auquel s'est rallié le SMR par avis du 27 novembre 2024. A l'appui de ses objections au projet de décision puis de son recours, l'intéressé s'est limité à déplorer le fait que son médecin généraliste traitant, le Dr B. _____, n'avait pas été invité à fournir un rapport alors qu'il avait délivré des attestations d'arrêt de travail à 100 % sans discontinuer depuis le 26 juillet 2022. b) Le grief du recourant tombe à faux. En effet, l'intimé est d'emblée entré en matière sur la nouvelle demande de prestations et a prié les médecins traitants cités par le recourant de compléter un questionnaire médical. Le Dr B. _____ a donné suite le 6 octobre 2023. Le Dr C. _____, psychiatre traitant, s'est exécuté le 6 avril 2024. L'intimé s'est également procuré une copie du dossier constitué par la CNA, dans lequel figuraient les attestations d'incapacité de travail délivrées dans les suites de l'accident du 26 juillet 2022, notamment celles du Dr B. _____. Cela étant, dans son rapport du 6 octobre 2023, le Dr B. _____ a mentionné des diagnostics rhumatologiques et

- 16 - psychiatriques, mais ne s'est pas prononcé sur les limitations fonctionnelles et les possibilités de réadaptation. A ce propos, il a simplement suggéré de faire appel à des spécialistes pour l'évaluer. Il a par ailleurs indiqué que l'incapacité de travail était basée «

sur les dires du patient ». L'intimé a donc poursuivi l'instruction médicale et a obtenu notamment le rapport d'évaluation interdisciplinaire établi le 4 juillet 2023 par la N. _____ à la demande de la CNA, ainsi que le rapport précité du Dr C. _____ du 6 avril 2024, auquel était joint un rapport d'évaluation neuropsychologique du 11 janvier 2024. Le SMR a procédé à l'analyse de ces différentes pièces et a conclu, dans son avis du 10 juin 2024, qu'elles n'étaient pas suffisantes pour déterminer la capacité de travail du recourant. Sur ce point, l'avis du SMR est étayé et convaincant. En effet, d'une part, l'évaluation de la N. _____ a conclu à l'absence d'atteinte justifiant une incapacité de travail sur les plans psychique et somatique, en relevant que les plaintes du recourant étaient mal systématisées et qu'il s'autolimitait de façon évidente ou opposait un comportement douloureux au cours de l'examen physique. Les experts mandatés par l'intimé durant l'instruction de la troisième demande de prestations avaient déjà procédé aux mêmes constats. D'autre part, le psychiatre traitant a conclu à une incapacité de travail totale en se fondant essentiellement sur les résultats d'un bilan neuropsychologique émettant de sérieux doutes quant à la validité desdits résultats en raison du comportement adopté par l'intéressé lors de la passation des tests, ce qui avait déjà été le cas d'un précédent bilan neuropsychologique effectué en septembre 2017. C'est donc à juste titre que l'intimé a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire pour déterminer l'évolution de l'état de santé du recourant depuis la précédente décision. c) Pour poser leurs conclusions, les experts de M. _____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. synthèse du dossier, annexe 3 du rapport d'expertise), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné le recourant depuis 2015. Les experts ont chacun examiné l'intéressé et établi un rapport portant sur leur spécialité respective (annexes 1 et 2 du rapport d'évaluation). Les

- 17 - deux rapports comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec le recourant, incluant ses déclarations spontanées, des anamnèses familiale, sociale, scolaire et professionnelle, les antécédents médicaux ainsi qu'une description de sa journée-type (ch. 3) et, d'autre part, les observations (ch. 4), les éventuelles informations obtenues de tiers (ch. 5), une évaluation médicale incluant l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité ainsi que les diagnostics retenus (ch. 6), une évaluation médico-assurantielle (ch. 7) et enfin les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé (ch. 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle propose une synthèse étayée de la situation médicale du recourant établie après une conférence consensuelle en présence des deux experts, qui s'est tenue le 6 novembre 2024 (cf. ch. 5 de l'évaluation consensuelle). Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Sur le plan somatique, le Dr Q. _____ a retracé l'historique médico-assurantiel et a procédé à un examen complet du recourant. Il a également étudié de nouveaux clichés radiographiques effectués dans le contexte de l'expertise. Il a ainsi constaté, comme les médecins de la N. _____ en 2023, des incohérences entre les plaintes exprimées, l'examen et le diagnostic. Dans son rapport, il a précisé les raisons pour lesquelles il ne retenait ni incapacité de travail, ni limitations fonctionnelles, notant en particulier que les lésions subies lors des divers accidents documentés dès 1990 avaient toujours été mineures et ne pouvaient justifier une incapacité de travail de plus de trois mois, tandis que la seule atteinte notable, un hallux valgus de l'avant-pied gauche avec arthrose, ne s'opposait pas à une reprise du travail sur un chantier avec des chaussures orthopédiques adaptées et pouvait, en cas de gêne trop forte, être aisément prise en charge chirurgicalement. Sur le plan psychiatrique, le Dr Z. _____ a

également procédé à un examen complet et a obtenu des renseignements supplémentaires auprès du psychiatre traitant ainsi qu'un dosage plasmatique des psychotropes avant de rédiger son rapport. Dans son évaluation médicale,

- 18 - il a rappelé et commenté les rapports psychiatriques figurant au dossier de l'intimé. Pour sa part, l'expert a retenu celui d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.01) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), en précisant les éléments qui l'amenaient à cette conclusion et en se positionnant sur les diagnostics différentiels. Il a également constaté que les éléments anamnestiques ne permettaient pas de retenir un épisode dépressif moyen ni la survenance de précédents épisodes dépressifs. Ses conclusions sont convaincantes et les divergences avec celles des psychiatres traitants successifs sont étayées. Le recourant n'a pas contesté les constatations faites par les experts, ni opposé d'élément d'ordre médical à l'encontre de leurs conclusions, étant au demeurant relevé que l'intéressé ne bénéficie d'aucun suivi spécialisé orthopédique ou rhumatologique. Aucune pièce médicale récente au dossier n'est ainsi susceptible de porter le doute sur l'expertise bidisciplinaire de M. _____, à laquelle une pleine valeur probante doit donc être reconnue. d) Il découle de ce qui précède que l'intimé était fondé à retenir l'absence d'incapacité de travail et de gain durable depuis le dernier examen matériel du droit à la rente comprenant une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, soit celle du 10 août 2020 rejetant la troisième demande de prestations. Par ailleurs, à défaut d'incapacité de travail supérieure à une année, condition préalable à l'ouverture d'un droit à la rente posée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'intimé pouvait rejeter la demande sans procéder à une comparaison des revenus, ce que le recourant n'a d'ailleurs pas contesté. 6. a) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours apparaît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend, à bref délai, une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2).

- 19 - En l'occurrence, le recours est manifestement mal fondé. En effet, l'intimé a rendu sa décision sur la base d'une expertise médicale bidisciplinaire, contre laquelle le recourant n'a opposé aucun argument puisqu'il s'est uniquement prévalu d'attestations d'arrêt de travail non étayées dûment prises en compte par l'intimé. Ainsi, le recours doit être rejeté en application de l'art. 82 LPA-VD et la décision attaquée confirmée, sans autre échange d'écriture. b) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD). Le caractère manifestement mal fondé du présent recours et son défaut prévisible de chance de succès commandent le rejet de la requête d'assistance judiciaire (art. 61 let. f LPGA), indépendamment de la situation financière dans laquelle se trouve le recourant. c) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Les frais, par 600 fr., sont mis à la charge de la partie recourante, qui succombe. d) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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