

VD_GERICHTE ZD25.020083 vom 13. November 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.020083

FR: VD_GERICHTE ZD25.020083 du 13 novembre 2025

IT: VD_GERICHTE ZD25.020083 del 13 novembre 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).

- 18 - c) L'art. 28b LAI dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47,5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2,5 %). d) 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 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 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). e) 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

- 19 - 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. 4.3

et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

- 23 -

E. 5

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 citées ; 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 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

- 20 - 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 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). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation 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 l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations

- 21 - du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). e) 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 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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

E. 6

a) 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). b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité

- 22 - physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid.

E. 7

L'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par le recourant le 4 février 2022, qu'il a instruite en demandant des rapports aux différents médecins traitants et en mettant en œuvre une expertise auprès du Centre d'expertises X._____. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision du 18 janvier 2010, entrée en force et reposant sur un examen complet du droit aux prestations, et la décision litigieuse du 21 mars 2025, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. a) Le recourant a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 19 janvier 2009 à la suite d'un accident de la voie publique, ayant entraîné un polytraumatisme (traumatisme crânio-cérébral sévère, fractures de l'avant-bras gauche et du fémur gauche ; lésions du plexus brachial gauche et de l'artère sous-clavière gauche). Sur le plan du traumatisme crânio-cérébral, des fractures et de la lésion vasculaire, l'évolution est favorable avec le traitement. En revanche, malgré une révision chirurgicale le jour de l'accident, puis une neurolyse effectuée par la Dre D._____ en juillet 2008, il persistait une parésie importante du membre supérieur gauche. Se fondant sur le consilium du Dr V._____ du 17 décembre 2008, le SMR a conclu que la probable structure de la personnalité schizotypique ne constituait pas une atteinte psychiatrique incapacitante. En réalité, le Dr V._____ ne s'était nullement déterminé sur la capacité de travail de l'assuré sur le plan psychiatrique, rappelant le contexte d'évaluation (insuffisance d'éléments anamnestiques, brièveté de l'observation, faite uniquement dans le contexte hospitalier). Le SMR a finalement estimé que dans une activité adaptée, soit sans utilisation du membre supérieur gauche, la capacité de travail était complète dès mars 2009, sans diminution de rendement (avis médical du 14 juillet 2009). L'office AI a dès lors rendu une décision le 18 janvier 2010 confirmant un projet du 19 novembre 2009 niant tout droit à la

rente. b) Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 4 février 2022, le recourant a fait valoir une atteinte physique en s'appuyant

- 24 - sur les rapports médicaux de ses médecins traitants. Constatant une aggravation de l'état de santé de l'assuré, l'office AI est entré en matière sur la nouvelle demande et a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire auprès du Centre d'expertises X. _____ que l'office AI a finalement écartée, estimant qu'elle n'avait pas de valeur probante en se fondant sur l'avis juridique du 3 mai 2024, respectivement sur l'appréciation du SMR, lequel s'est dès lors substitué à l'évaluation des experts.

E. 8

a) aa) Sur le plan somatique, le rapport établi le 12 mars 2024 par le Dr M. _____ dans le cadre de l'expertise confiée par l'office intimé au Centre d'expertises X. _____ remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale et socioprofessionnelle), il a été rédigé en pleine connaissance du dossier médical et asséculogique mis à disposition. L'expert a en outre procédé à une analyse du contexte psychosocial dans lequel le recourant évoluait, de même qu'il s'est renseigné sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Ses plaintes ont par ailleurs été prises en considération. L'évaluation de l'état de santé du recourant se fonde sur des examens cliniques complets en vue de déterminer sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. L'expert a également discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et l'authenticité, de même qu'il a examiné la personnalité, les ressources et les difficultés du recourant. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées. bb) Cela étant, l'intimé ne saurait être suivi, lorsqu'il affirme que sur le plan somatique, « la capacité de travail résiduelle de 30 % retenue résulte vraisemblablement en grande partie d'une appréciation différente du caractère invalidant de l'atteinte au bras et main gauches suite à l'accident de 2008 qui a rendu l'assuré mono-manuel, outre le fait que des atteintes touchent la jambe et les genoux depuis juin 2020 » (avis juriste du 3 mai 2024). En effet, il sied de constater que l'office AI a rendu un projet de décision le 19 novembre 2009, soit seulement dix-huit mois après l'accident du 28 mai 2008. A cet égard, il y a lieu de relever que le

- 25 - Dr A. _____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, avait procédé à un examen médical le 26 novembre 2009, soit une semaine plus tard, lors duquel il avait estimé que le cas n'était pas stabilisé, qualifiant le projet de décision de l'office AI de prématuré et l'évaluation de la capacité de travail et de gain de « particulièrement irréaliste ». Ce n'est que quatre ans plus tard que la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières et a octroyé une rente d'invalidité de 32 % en tenant compte d'un taux d'abattement de 25 % lié au handicap (cf. décision du 10 décembre 2013). Toutefois, comme l'a exposé le Dr M. _____, l'atteinte au membre supérieur gauche provoque des douleurs neurogènes chez l'assuré, élément qui n'a jamais été pris en compte dans l'évaluation réalisée par l'office AI en 2009, étant précisé qu'entre 2008 et 2012, l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales et a effectué plusieurs séjours à la Clinique C. _____ sans évocation de douleurs neurogènes (cf. rapport d'examen neurologique du 24 décembre 2008). Son membre supérieur gauche est douloureux en permanence, il ressent des engourdissements, une sensation de poids, des crispations, des brûlures 24 heures sur 24. Sur questionnement, il précise que la douleur peut être de type électrique, avec des picotements et parfois, comme un électrochoc, même la nuit. Interpellé, il évalue ces

douleurs entre 4 et 5 en fond douloureux permanent à l'EVA (échelle visuelle analogique), pouvant atteindre jusqu'à 7, voire 8. Il ne reçoit pas de traitements pour ces douleurs. cc) Concernant le genou droit, l'assuré parle d'épisodes de lâchages, se manifestant par un craquement et un déboîtement douloureux, suivis de gonflement. Les déroboements peuvent arriver à n'importe quel moment et il est difficile d'en préciser les circonstances ainsi que la fréquence. Il indique que cela peut arriver en sortant de voiture, à domicile, par exemple s'il glisse dans la salle de bains. Après ces épisodes, il fait état d'un gonflement pendant trois à quatre jours et reste alors tranquille. Les douleurs du genou droit évoluent par crise ; il peut en avoir deux à trois par mois, puis plus aucune pendant deux mois ; les

- 26 - crises sont plus fréquentes l'hiver que l'été. Il traite ces crises par la prise de 1 g à 3 g de Dafalgan pendant trois à quatre jours, du repos et l'application d'une couverture chauffante. Il a des douleurs lorsqu'il utilise les escaliers, à la descente plus qu'à la montée. Il peut alterner les marches, sauf dans les périodes de crise. Il évalue son périmètre de marche à une heure au maximum, indique qu'il doit se concentrer sur son genou droit pour qu'il ne se dérobo pas, ce qui entraîne une fatigue. Il ne peut pas courir, même derrière son fils de 4 ans, tout comme il ne peut pas jouer au ballon avec ses deux enfants. La marche sur terrain irrégulier lui est particulièrement pénible. En position assise, il ne peut maintenir l'angle droit de manière prolongée, il doit allonger son genou, changer de position. C'est le cas après une heure en voiture ; il ajoute qu'il a également à ce moment-là des douleurs au dos ; il peut faire un voyage plus long, mais il doit alors faire des pauses et au bout d'une heure, il doit allonger sa jambe droite. Il n'utilise et n'a aucune aide technique pour pallier les déficiences de son membre supérieur gauche comme des cannes anglaises, indiquant que celles-ci sont trop onéreuses. Il préfère se débrouiller par lui-même ; il ne peut couper sa viande, mais la pique avec la fourchette et grignote ainsi. Les seules aides techniques dont il dispose ont concerné l'aménagement de son véhicule automobile avec un pommeau de volant et un boîtier de commande électronique pris en charge par l'office AI, mais son véhicule a été détruit et un ami garagiste a remonté les adaptations sur un véhicule de prêt que l'assuré emprunte parfois. dd) Concernant le genou gauche, l'assuré n'a pas de douleur spontanée ni sur questionnement. Il en est de même pour la cheville gauche, où il fait état parfois de quelques douleurs en dorsiflexion, par exemple, lors des quelques exercices personnels qu'il effectue afin de muscler ses cuisses et pour éviter de grossir. ee) L'assuré mentionne également des douleurs lombaires basses, irradiant en ceinture et vers le haut, existant depuis quelques années, possiblement depuis son accident de moto. Ces douleurs sont

- 27 - également permanentes, diurnes et nocturnes, pouvant le réveiller, mais il indique qu'il bouge beaucoup la nuit. Il ne décrit pas d'irradiation aux fesses ou aux membres inférieurs, indique sur questionnement qu'elles peuvent parfois être impulsives au Valsalva. ff) A la demande de l'expert, l'assuré évoque également des douleurs cervicales basses, entre le cou et les omoplates, qu'il attribue aux compensations de son membre supérieur paralysé. Il n'indique pas de difficultés dans les mouvements de rotation, par exemple, pour conduire ou garer le véhicule. Il ajoute que son coude droit peut être comme épuisé, à force de compenser, toutefois, sans blocage véritable, mais, selon ses propres termes, « il n'est pas à 100 % ». gg) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, contrairement à l'office intimé, qu'au vu de l'expertise du Dr M. _____, dont on ne voit pas de motif de s'écarter, le recourant dispose, depuis le

En définitive, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision du 21 mars 2025, en ce sens que S. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er août 2022.

E. 12

a) 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. b) 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 2'000 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.

- 33 -

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