

VD_GERICHTE ZD25.025286 vom 5. März 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.025286

FR: VD_GERICHTE ZD25.025286 du 5 mars 2026

IT: VD_GERICHTE ZD25.025286 del 5 marzo 2026

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

- 13 - 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). 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 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). d) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2022, applicable ratione temporis au cas d'espèce dans la mesure où le litige porte sur l'existence d'un motif de révision de la rente postérieur à cette date), 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 ; TF 8C_9912025 du 19 août 2025 consid. 4.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap. En 10J010

- 14 - revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 ; 134 V 131 consid. 3). e)

Selon l'art. 28a LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA (al. 1, première phrase) ; lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, le taux d'invalidité pour cette activité est évalué selon l'art. 16 LPGA (al. 3, première phrase). L'art. 16 LPGA prévoit que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. Conformément à l'art. 28b al. 2 LAI, pour un taux d'invalidité compris entre 50 % et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Jusqu'au 31 décembre 2021, la loi prévoyait l'octroi d'une demi-rente d'invalidité si le taux d'invalidité était de 50 % au moins (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'à cette date).

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 140 V 193 consid. 3.2 ; 132 V 93 consid. 4 et les références). 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 10J010

- 15 - 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 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). 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_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis 10J010

- 16 - une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). e) 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 asséculoologique. 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_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). f) 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). 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). 10J010

- 17 -

E. 5

Sur le plan médical, la décision attaquée se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 8 mars 2022 et sur l'avis du SMR, qui retient une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % dès le 1er décembre 2019, sans discontinuer, et qui diverge sur ce point du rapport d'expertise précité.

E. 6

a) La recourante reproche tout d'abord à l'OAI de s'être écarté de l'expertise pluridisciplinaire du 8 mars 2022, laquelle retient une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % dès le 26 novembre 2020 et de 40 % depuis le 1er mai 2021. En substance, elle fait valoir que cette expertise dispose d'une valeur probante entière, qu'il n'y avait pas lieu de douter de son bien-fondé et, partant, de ne pas la suivre pleinement. Elle ajoute que ses médecins traitants ont attesté une aggravation de son état de santé après la réalisation de cette expertise et qu'ils mentionnaient une capacité de travail de l'ordre de 30 %. b) Sous l'angle médical, il ressort, en substance, du dossier les éléments suivants : aa) Dans son

écrit du 26 novembre 2020, la psychiatre traitante de la recourante, la Dre A. _____, mentionne les diagnostics de trouble de la personnalité borderline avec traits narcissiques (CIM-10 F60.3), somatisation (CIM-10 F45.0), trouble panique (CIM-10 F41.0), dysthymie (CIM-10 F34.1), trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (CIM-

E. 10

F33) et de troubles du comportement alimentaire avec hyperphagie (CIM-10 F50.4), sur la base d'une argumentation qui tient sur moins de treize lignes (cf. p. 31s. de l'expertise), étant relevé que la motivation justifiant le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité n'est même pas une phrase. En outre, l'expert liste les diagnostics psychiatriques retenus par d'autres médecins figurant au dossier (trouble panique, traits narcissiques et anxieux, anorexie réactionnelle et dysthymie notamment), 10J010

- 25 - mais n'explique pas pourquoi il les exclut. Par ailleurs, l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés est également très brève et n'expose pas concrètement qu'elles sont les capacités et difficultés de la recourante en lien avec les troubles reconnus. Enfin, l'expert n'explique aucunement les capacités de travail retenues et leur évolution, étant rappelé qu'il a considéré que la recourante disposait d'une capacité de travail dans son activité habituelle de 100 % du 1er décembre 2016 au 20 mai 2019, puis de 0 % jusqu'au 30 novembre 2019, de 50 % depuis le 1er décembre 2019, de 20 % depuis le 1er janvier 2021 et de 30 % depuis mai 2021, ainsi que d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % depuis le 26 novembre 2020, puis de 40 % depuis le 1er mai 2021. Dans son complément d'expertise du 20 juin 2022, le Dr N. _____ a répondu de manière tout aussi lapidaire aux questions posées le médecin du SMR. Il n'a apporté aucun élément supplémentaire qui étayerait ses conclusions. On ne saurait dès lors reconnaître une quelconque valeur probante à l'expertise psychiatrique. Bien que l'OAI ait finalement considéré que l'expertise avait une pleine valeur probante, il s'est tout de même écarté des conclusions de l'expert psychiatre quant à la capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1er mai 2021, admettant par là son caractère non conforme aux réquisits jurisprudentiels. cc) En ce qui concerne le volet rhumatologique, comme le relève le médecin du SMR dans son avis du 3 juin 2022, l'expert ne motive pas les raisons pour lesquelles la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée serait uniquement de 50 %. Dans son complément d'expertise du 20 juin 2022, l'expert n'apporte pas d'éléments substantiels pour étayer ses conclusions. dd) On relèvera encore que la situation de la recourante a évolué de manière significative entre le moment où les experts ont rendu leur rapport en 2022 et la décision attaquée du 11 avril 2025. En effet, la psychiatre traitante a fait état, dans son rapport du 15 juillet 2024, de la 10J010

- 26 - séparation du couple de la recourante. Or, dans l'analyse des ressources de la recourante, les experts ont clairement indiqué que l'intéressée bénéficiait d'importantes ressources extérieures apportées par l'aide quotidienne de son conjoint. Il apparaît cependant que la recourante ne peut plus compter sur cette aide, ce qui est susceptible d'impacter de manière significative sa capacité à travailler et à gérer son quotidien. Ce point n'a cependant pas été instruit par l'OAI. Dans ce même rapport, la psychiatre traitante a relevé que, sur le plan douloureux, la recourante était moins symptomatique, ce qui avait un impact positif sur sa santé psychique, et que cette amélioration de son état de santé influait positivement sa capacité de travail, reconnaissant dorénavant une capacité de travail de 40 % à la recourante, alors que celle-ci n'était estimée qu'à 30 % par le passé, en particulier au moment où les experts ont rendu leur rapport. L'OAI devait investiguer ces points avant de

rendre une décision, notamment en se renseignant sur le caractère durable de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, ce qu'il n'a pas fait. 7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé, afin qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire. En effet, il n'avait pas échappé au SMR, notamment dans son avis du 3 juin 2022, que les volets psychiatriques et rhumatologiques de l'expertise du 8 mars 2022 étaient insuffisamment motivés. 10J010

- 27 - 8. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. La cause étant jugée, la requête d'effet suspensif, respectivement de mesures provisionnelles, devient sans objet. 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 l'intimé, vu l'issue du litige. c) La 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 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 à la charge de l'intimé.

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