

VD_GERICHTE ZD25.030954 vom 19. Januar 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.030954

FR: VD_GERICHTE ZD25.030954 du 19 janvier 2026

IT: VD_GERICHTE ZD25.030954 del 19 gennaio 2026

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (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).

- 11 - 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) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (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). aa) 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 103 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). bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

- 12 - Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). dd) Selon l'art. 26bis al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2024, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2, si en dépit de son invalidité, l'assuré peut encore travailler avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI supérieure à 50 %. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

E. 5

a) 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

- 13 - 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). b) 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). c) 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

- 14 - (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). d) 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 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

E. 6

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

- 15 - 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).

E. 7

a) En l'espèce, l'OAI a nié le droit à une rente d'invalidité au recourant en se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 17 février 2025 de la BD. _____, avec volets en psychiatrie, en neurologie, en neuropsychologie et en rhumatologie. Les experts ont retenu que depuis août 2019, le recourant dispose d'une capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 20 % en raison de la fatigue, dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles, lesquelles sont exclusivement d'ordre neurologique et rhumatologique. Les experts en neuropsychologie et en psychiatrie sont parvenus à la conclusion qu'ils ne pouvaient pas retenir de diagnostics incapacitants. Sur cette base, le préjudice économique du recourant calculé par l'intimé s'élevait à 24 % en 2020 et à 28 % en 2024, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. b) aa) A l'appui de son acte de recours du 30 juin 2025, le recourant ne remet pas en cause le bien-fondé des conclusions expertales sur les plans de la rhumatologie, de la neuropsychologie et de la psychiatrie. Il n'y a donc pas lieu de revenir sur ces différents volets, étant simplement constaté que les rapports d'expertise remplissent les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. En effet, les experts ont arrêté les atteintes à la santé du recourant en prenant en compte l'ensemble des pièces au dossier, les plaintes de l'intéressé et leurs propres constatations cliniques et ils ont posé des anamnèses complètes. bb) Le recourant estime en revanche que sa capacité de travail sous l'angle neurologique, compte tenu de ses crises d'épilepsie fréquentes et imprévisibles, est nulle en toute activité. Il convient à cet égard de relever en premier lieu, les nombreuses incohérences mises en

- 16 - évidence tant par les experts de la BD. _____ que par la médecin traitante de l'assuré (la Dre G. _____), laquelle met en doute les atteintes à la santé alléguées par le recourant (cf. note d'entretien téléphonique du 24 novembre 2023). De son côté, l'expert neurologue a étudié l'ensemble des rapports médicaux concernant sa spécialité médicale au dossier, y compris un rapport de consultation du 9 janvier 2025 du Prof. P. _____ et de la Dre E. _____ qui ne figurait pas au dossier médical mis à sa disposition. Cet expert a recueilli les plaintes du recourant et a dressé l'anamnèse dont il ressort que la fréquence des crises d'épilepsies était alors estimée à trois par mois, lesquelles survenaient systématiquement pendant le sommeil, étant décrites par la conjointe, l'intéressé constatant que l'urination ou la morsure de sa langue (cf. volet neurologique de l'expertise, p. 4). L'expert a également noté une fatigue ressentie par l'assuré, d'étiologie certainement multifactorielle, mais qui faisait potentiellement intervenir les traitements antiépileptiques, à savoir l'Ontozry et le Topiramate (cf. volet neurologique de l'expertise, pp. 7 et 8). Posant le diagnostic d'épilepsie à point de départ fronto-temporal droit avec bilatéralisation secondaire morphéique, d'origine inconnue (cryptogénique) (G40.1), cet expert retient une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % en lien avec la fatigue, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : pas de transport de personnes, pas de conduite de poids lourds et pas d'horaires de travail de nuit. cc) S'agissant des répercussions de l'état de santé déficient du recourant sur son aptitude à travailler, il convient de relever que la Dre G. _____ conclut qu'il n'y a de toute façon pas d'incapacité de travail en lien avec l'épilepsie (déjà présente à l'entrée en Suisse) si ce n'est éventuellement pour le travail de nuit. La médecin traitante conclut à une capacité de travail entière dans une activité adaptée (rapports du 24 août 2020, du 1er novembre 2021, du 20 janvier 2023 et entretien téléphonique du 24 novembre 2023). dd) De leur côté, les médecins du Service de neurologie du CHUV sont plus hésitants. Ainsi, les Drs J. _____ et N. _____ ont retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (rapport

du 27

- 17 - novembre 2020) alors que les Drs K. _____ et L. _____ ont retenu une capacité de travail partielle, à 80 %, avec baisse de rendement (rapports des 27 octobre 2021 et 1er mars 2022), que le Prof. BB. _____ et la Dre BC. _____ l'ont estimée à 70 % (rapport du 28 août 2023) et que le Prof. P. _____ l'a évaluée à environ 60 % (rapport du 5 mai 2023). Il ressort cependant de ces divers rapports que ces médecins tiennent compte de troubles relevant de la neuropsychologie. Or, en l'absence de diagnostic neuropsychologique, il n'a pas été retenu de limitations fonctionnelles cognitives avec répercussion sur la capacité de travail dans le cadre de l'expertise de la BD. _____ (cf. volet neuropsychologique de l'expertise, p. 9). Il sied d'en déduire, comme l'a fait le SMR et après lui l'OAI dans sa décision, que la capacité de travail résiduelle du recourant de 80 % ressortant de l'expertise de la BD. _____ pour tenir compte exclusivement de limitations fonctionnelles liées aux crises d'épilepsies, apparaît convaincante. ee) Enfin, le rapport de consultation du 11 avril 2025 du Prof. P. _____ et de la Dre E. _____ ne se positionne pas sur la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, mais renferme uniquement des remarques et propositions sur le traitement thérapeutique. Le contenu de ce dernier rapport n'est pas de nature à rediscuter le bien-fondé des conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la BD. _____ du 17 février 2025, qui a pleine valeur probante, et sur lesquelles l'OAI pouvait se fonder pour rendre sa décision. c) Reste à examiner les prestations auxquelles le recourant peut prétendre sur cette base.

E. 8

En ce qui concerne le calcul du taux d'invalidité, le recourant ne revient pas sur la méthode utilisée par l'office intimé pour déterminer le degré d'invalidité. Il convient également de relever que l'OAI a, à juste titre, procédé à deux calculs, l'un pour l'année 2020 tenant compte d'un abattement supplémentaire de 5 % en lien avec le fait que le recourant ne peut plus travailler à 100 % et l'autre pour l'année 2024, compte tenu de l'entrée en vigueur du nouvel art. 26bis al. 3 RAI. Les chiffres retenus à titre

- 18 - de revenus avec et sans invalidité ainsi que les calculs des degrés d'invalidité peuvent être confirmés, étant précisé que l'abattement de 5 % retenu dans le calcul concernant l'année 2020 est très favorable au recourant.

E. 9

Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'apparaît donc pas nécessaire de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il se justifie dès lors de renoncer à une telle mesure d'instruction par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

E. 10

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 2 juin 2025 par l'intimé confirmée. b) 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). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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