

VD_GERICHTE ZD25.046391 vom 28. Januar 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.046391

FR: VD_GERICHTE ZD25.046391 du 28 janvier 2026

IT: VD_GERICHTE ZD25.046391 del 28 gennaio 2026

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

a) Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement s'il présente une atteinte à la santé incapacitante. b) Dans son écriture du 18 novembre 2025, l'intimé a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire, notamment sur le plan médical. Il convient de rappeler que l'acquiescement est en principe inopérant en droit des assurances sociales, dans lequel prévaut la maxime d'office (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), en ce sens qu'il ne dispense pas le 10J010

- 6 - juge de se prononcer sur le recours, de sorte qu'il y a lieu de rendre une décision sur le fond (TF 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 2.1 ; TF 9C_149/2017 du 10 octobre 2017 consid. 1 et les références citées). c) Aux termes de l'art. 82 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé. Dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD).

E. 3

a) Dans la mesure où la décision litigieuse, rendue le 15 septembre 2025, refuse toute prestation, à la suite d'une demande déposée le 17 mai 2024, il convient d'appliquer le nouveau droit de l'assurance-invalidité en vigueur depuis le 1er janvier 2022 (ATF 148 V 21 consid. 5.3). b) 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. c) 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 10J010

- 7 - 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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. d) 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). e) 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 10J010

- 8 - 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). f) En l'espèce, il ressort de l'ensemble des rapports médicaux que le recourant souffre d'un trouble délirant persistant. Par ailleurs, le rapport d'expertise du 28 février 2023 fait état de répercussions sous la forme notamment de refus d'un suivi médical, d'entrave dans les démarches administratives et de refus de signer certains documents. Selon l'avis du SMR du 11 novembre 2025, ces éléments laissent entrevoir l'existence de limitations fonctionnelles, notamment sur les plans émotionnelle et relationnelle, et ils sont propres à jeter un doute sur la capacité de

travail du recourant. Il y a lieu de suivre cet avis, qui conclut, de manière convaincante, que l'expertise contient des éléments objectifs dans le sens d'une atteinte psychique durable affectant significativement la capacité de travail. Dans la mesure où l'expertise, ordonnée dans le cadre civil, ne portait pas spécifiquement sur les questions des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, une instruction complémentaire s'avère nécessaire. Il se justifie par conséquent d'annuler la décision du 15 septembre 2025 et d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA. Il lui incombera notamment de déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant, puis de se prononcer sur son éventuel droit à des prestations.

E. 4

A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale. Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'y donner suite. 10J010

- 9 -

E. 5

a) En définitive, le recours, manifestement bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI 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 l'intimé, au vu de l'issue du litige. c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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