

# VD\_FINDINFO AI 433/09 - 50/2011 vom 13. Januar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-01-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_433\\_09\\_-\\_50\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_433_09_-_50_2011)

FR: VD\_FINDINFO AI 433/09 - 50/2011 du 13 janvier 2011

IT: VD\_FINDINFO AI 433/09 - 50/2011 del 13 gennaio 2011

## Regeste

AI{ASSURANCE}, NOUVEL EXAMEN{EN GÉNÉRAL} | 28 LAI, 16 LPGGA, 17 LPGGA, 7 LPGGA, 8 LPGGA

## Erwägungen

### E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. Selon l'art. 16 LPGGA, 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351

consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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 125 V 351 cons. 3a et les références citées). c) Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C\_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 9C\_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 2.2; TF 8C\_183/2007 du 19 juin 2008 consid. 3).

#### **E. 4**

a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204, consid. 3a et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003, consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.1). b) Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et

vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, 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 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 133 V 108, 130 V 75 consid. 3.2). c) Par décision du 7 juin 2002, confirmée sur recours le 13 avril 2004, l'intimé a refusé d'allouer une rente AI à l'assuré, essentiellement au motif que le taux d'invalidité de celui-ci – calculé à 20,55% par l'OAI et à 19,19% par le Tribunal cantonal des assurances – n'ouvrait pas le droit à une rente (cf. let. A.b supra). Le 26 avril 2005, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations sur laquelle l'office a refusé d'entrer en matière par décision du 11 avril 2006. Suite à l'opposition de l'assuré du 16 mai 2006, l'OAI, après avoir examiné la documentation fournie par celui-ci, a ordonné une expertise médicale auprès du CEMed et requis l'avis du SMR. Ce faisant, l'office est entré en matière sur ladite requête (art. 87 al. 3 et 4 RAI), qu'il a malgré tout rejetée sur le fond par décision du 9 juillet 2009. Il s'agit dès lors, pour la Cour des assurances sociales, d'examiner si le refus de prestations est justifié, et plus précisément de déterminer s'il n'y a pas eu de modification de l'état de santé de l'assuré par rapport à la décision du 7 juin 2002 et au jugement du 13 avril 2004, entraînant une modification de la capacité de travail et du degré d'invalidité au sens des dispositions légales.

## **E. 5**

Dans son recours du 11 septembre 2009, l'assuré ne conteste pas les diagnostics retenus par les experts du CEMed et du SMR, mais critique uniquement les conclusions de ces spécialistes se rapportant à sa capacité de travail résiduelle. a) Selon l'expertise du CEMed du 11 septembre 2008 réalisée par les spécialistes indiqués ci-dessus, l'intéressé présente diverses atteintes ayant des répercussions sur sa capacité de travail, à savoir un syndrome pulmonaire obstructif de degré sévère apparemment non réversible (depuis 2007), une tachycardie de repos inexplicquée (depuis 2008), et une adénomégalie ainsi qu'une pneumopathie interstitielle micronodulaire suggestives d'une sarcoïdose (remontant à 1996), stables. Il présente en outre des affections n'ayant pas d'impact sur sa capacité de travail, soit un syndrome douloureux chronique (depuis 1998), une douleur chronique à l'épaule droite sur une arthrose acromio-claviculaire (depuis 1998), un trouble somatoforme indifférencié (depuis 1998), et un trouble anxieux et dépressif mixte (depuis 2000). Les experts retiennent que l'assuré ne subit aucune limitation fonctionnelle en relation avec ses troubles psychiques. Au plan somatique, ils considèrent qu'il est capable d'exercer une activité légère essentiellement sédentaire, sans port de charge de plus de 4 kg avec le membre supérieur droit, respectivement de 8 à 10 kg avec les deux membres supérieurs, et qu'il ne peut pas travailler en hauteur avec les bras, ni exercer de flexion antérieure répétée du tronc. Ils en déduisent que l'intéressé n'est plus à même de travailler comme maçon-coffreur, mais qu'en revanche, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est exigible à temps complet (p. 37 ch. 3.2). b) Les avis médicaux du SMR viennent confirmer les conclusions des experts du CEMed. Ainsi, dans un premier avis du SMR du 6 octobre 2008, le Dr S. \_\_\_\_\_, avec l'aval du Dr R. \_\_\_\_\_, retient que si l'état de santé de l'assuré ne s'est pas dégradé sur le plan rhumatologique et psychiatrique, il s'est en revanche détérioré sur le plan pneumologique. Il relève que cet élément n'empêche pas l'intéressé de travailler en plein dans une activité adaptée, la tachycardie non expliquée dont il est atteint n'étant pas incapacitante dans une activité sédentaire et légère. Ce praticien

souligne également que le tableau psychiatrique de l'assuré n'est pas incapacitant au sens de l'AI et n'engendre pas de limitations fonctionnelles. Il ajoute que le syndrome somatoforme indifférencié est seulement possible et qu'en l'absence d'isolement social et de comorbidité psychiatrique, il est dépourvu de valeur incapacitante. Pour le surplus, le Dr S. \_\_\_\_\_ déclare n'avoir aucune raison de s'écarter des conclusions des experts du CEMed. Par avis complémentaire du 17 décembre 2008, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR relève que la détérioration des fonctions pulmonaires de l'assuré depuis 2007 entraîne une augmentation des limitations fonctionnelles, l'intéressé ne pouvant plus exercer qu'une activité sédentaire légère. En date du 1<sup>er</sup> mai 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_ expose, s'agissant de la pathologie pulmonaire de l'assuré, que la pleine exigibilité d'une activité adaptée peut être objectivement appuyée sur la base des examens médicaux pratiqués sur l'intéressé en corrélation avec les tables relatant les efforts possibles en lien avec les performances réalisées. Il observe au passage que l'assuré fume quotidiennement quelques cigarettes et/ou cigares, ce qui ne peut être que délétère pour ses capacités respiratoires. Sur le plan psychiatrique, ce praticien relève pour l'essentiel que le psychiatre traitant de l'assuré n'apporte aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions des experts du CEMed. Enfin, par deux autres avis des 8 juillet et 4 novembre 2009, le SMR a considéré que les arguments de l'assuré n'étaient pas susceptibles de remettre en question les conclusions du CEMed. c) Le recourant, dans son mémoire du 11 septembre 2009, fait valoir que sa capacité de travail résiduelle ne s'élève qu'à 50% et non à 100%. Il se prévaut des opinions médicales des Drs E. \_\_\_\_\_, J. \_\_\_\_\_, Q. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_. Il prétend tout d'abord qu'il existe une contradiction entre les conclusions finales de l'expertise du CEMed et le commentaire figurant en page 35 chiffre 2.2 du rapport, ainsi libellé : « sur le plan pneumologique, des investigations complémentaires (pour la tachycardie de repos et la suspicion de sarcoïdose) semblent encore nécessaires, pour tenter d'améliorer la situation fonctionnelle s'il en découle une option thérapeutique. Dans le cas contraire, une activité sédentaire est envisageable à temps partiel au moins ». En outre, il se prévaut d'un courrier du 16 juin 2009 rédigé par la Dresse Q. \_\_\_\_\_, dans lequel cette dernière explique avoir retenu, sur la base de l'examen pneumologique pratiqué sur l'assuré, qu'une réorientation professionnelle n'était envisageable qu'à temps partiel ; aussi se déclare-t-elle surprise des conclusions finales du rapport du CEMed « mentionn[a]nt une capacité complète dans l'activité professionnelle exercée à ce jour ». La Cour relève tout d'abord que la remarque figurant en page 35, chiffre 2.2 du rapport du CEMed se limite à indiquer que, sur le plan pneumologique, pour le cas où aucune option thérapeutique n'apparaîtrait possible à l'issue de nouvelles investigations, une activité sédentaire demeurerait envisageable à temps partiel au minimum. Cette formulation n'exclut donc pas un taux d'occupation supérieur à 50%. On notera, au demeurant, que le corps médical a en définitive renoncé à pratiquer des nouveaux examens, au motif que ceux-ci « ne modifierai[en]t en rien l'évaluation de [l']aptitude au travail » du recourant (cf. lettre du Dr E. \_\_\_\_\_ du 6 mars 2009 let. B.g supra). A cela s'ajoute que les constatations formulées sur le plan pneumologique en page 31 de l'expertise en question (sous la rubrique VI. Synthèse et discussion, situation actuelle, cf. let. B.d supra) ne contiennent aucune indication selon laquelle la capacité de travail résiduelle de l'assuré serait de 50%. Dans ces conditions, la Cour retient que le commentaire 2.2 en page 35 du rapport du CEMed n'est pas incompatible avec les conclusions finales de ce document, selon lesquelles le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Par ailleurs, dans l'exposé préliminaire dudit rapport, les experts du CEMed, dont la Dresse Q. \_\_\_\_\_, déclarent

sous leur signature que leur rapport a été établi conjointement après examen de l'intéressé, qu'il s'agit d'un travail nécessitant un consensus, et qu'il a été réalisé selon les règles de l'art et en toute indépendance des parties. Aussi, les déclarations de cette spécialiste, dans sa lettre du 16 juin 2009, qui remet en cause des conclusions communes prises sous la signature des quatre médecins chargés de l'expertise, paraissent surprenantes, dans la mesure où elles marquent une nette prise de distance par rapport à l'expertise à laquelle ce médecin a participé. Bien plus, selon cette lettre, le rapport du CEMed aurait retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle du recourant, ce qui est manifestement erroné. Dans ces conditions, il paraît hors de question d'accorder valeur probante aux arguments de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ dans son courrier précité. S'agissant des critiques formulées par le Dr E.\_\_\_\_\_ dans son courrier du 6 mars 2009, elles ne sauraient être considérées comme décisives. D'une part, ce praticien y fait état d'une contradiction entre l'appréciation de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et les conclusions finales de l'expertise du CEMed. Or, ainsi qu'il a été exposé ci-dessus, cet argument n'est pas relevant. Par ailleurs, ce praticien soutient, dans son courrier, avoir appris par « différents pneumologues » que de nombreux insuffisants respiratoires de même sévérité que le recourant auraient été mis au bénéfice d'une rente de l'AI. Bien que l'assuré ne s'en soit pas prévalu à l'appui de son recours, la Cour souligne qu'en tout état de cause, elle ne saurait se prononcer d'une manière générale sur les cas de rentiers AI souffrant de pathologies respiratoires. De toute façon, les allégations abstraites de son médecin traitant ne peuvent pas être déterminantes. Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, il estime, dans son rapport du 5 mars 2009, que les experts du CEMed ont sous-évalué la gravité de l'état anxio-dépressif du recourant, et se sont prononcés sans mise en contexte et vue d'ensemble somato-psycho-sociale. Il relève qu'à l'inverse de ce qu'ont retenu les spécialistes, son patient présente un sentiment de détresse souvent présent, ainsi qu'un sentiment d'anxiété que l'on ne saurait qualifier de léger. Il ajoute que compte tenu de ses pathologies physiques, l'assuré n'est plus en mesure de s'imaginer exercer un emploi. Ce faisant, le Dr J.\_\_\_\_\_ expose donc uniquement sa propre appréciation des faits, mais ne conteste pas les diagnostics posés par les spécialistes du CEMed – ce qu'il reconnaît lui-même dans son écrit – et ne se réfère à aucun élément pertinent que ces experts auraient méconnu. Il en va de même concernant le courrier du 26 août 2009 du Dr Y.\_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier déclare qu'au terme d'une expertise réalisée en 2001, il a d'emblée conclu à une incapacité de travail complète de l'assuré dans l'activité de maçon, et que si à l'origine, du point de vue pneumologique, une activité adaptée sédentaire paraissait appropriée, tel n'est plus le cas désormais. Il estime, dès lors, que l'exercice d'une activité adaptée n'est exigible qu'à 50%, compte tenu des pathologies respiratoires et psychiatriques de l'assuré. D'une part, si le Dr Y.\_\_\_\_\_ s'est tout d'abord prononcé sur le cas du recourant en tant qu'expert en 2001, il est ensuite devenu l'un de ses médecins traitants. Ses déclarations doivent donc être examinées à la lumière du lien particulier existant entre un médecin traitant et son patient (cf. consid. 3c supra). D'autre part, dans sa prise de position à la motivation somme toute relativement succincte, ce praticien ne fait pas état d'un élément déterminant que les experts du CEMed n'auraient pas mentionné dans leur rapport détaillé.

d) Il sied de rappeler, à ce stade, que l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (cf. consid. 3c supra). En l'occurrence, l'expertise du CEMed du 11 septembre 2008 procède d'un examen exhaustif du cas du recourant; la situation médicale y est clairement décrite et l'évaluation de la capacité de travail en fonction des diagnostics retenus a été examinée de manière

complète. Les experts énoncent par ailleurs précisément l'ensemble des limitations fonctionnelles découlant des atteintes à la santé. Enfin, les conclusions des spécialistes sont motivées et convaincantes. Les médecins du SMR y ont d'ailleurs entièrement adhéré, ainsi qu'il appert de leurs avis indiqués ci-dessus. Cette expertise satisfait ainsi pleinement aux réquisits jurisprudentiels permettant qu'on lui accorde pleine valeur probante. A cela s'ajoute que les médecins dont l'avis est invoqué par le recourant ne font pas état d'éléments qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise, ainsi qu'il a été précédemment exposé. C'est le lieu de relever que les craintes du recourant quant à l'impartialité et à l'indépendance des experts du CEMed sont infondées. Le seul fait que cette entité soit constituée en société commerciale et s'occupe de mandats confiés par l'OAI ne remet pas en cause l'objectivité des médecins qui la composent (cf. dans ce sens arrêt TFA I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 5 et réf. cit.). Au cas d'espèce, l'assuré n'avance aucun élément de preuve pertinent démontrant une quelconque prévention des spécialistes sollicités. Sur ce point, il est utile de rappeler le préambule de l'expertise du 11 septembre 2008, dans lequel les quatre spécialistes mandatés affirment que l'expertise en cause a été réalisée selon les règles de l'art et en toute indépendance des parties. Dans ces circonstances, on peut accorder pleine valeur probante à l'avis dûment motivé des experts du CEMed, qui retiennent sur une base consensuelle que la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée.

#### **E. 7**

S'agissant du calcul du préjudice économique, non contesté par le recourant, la comparaison des revenus telle qu'effectuée par l'OAI n'apparaît pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. On peut ainsi retenir que le degré d'invalidité se chiffre à 21%, si bien qu'il s'avère inférieur au minimum de 40% ouvrant le droit à bénéficier d'un quart de rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

#### **E. 8**

a) Il découle des considérations qui précèdent que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 450 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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