

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 115 vom 29. März 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-03-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2012\\_\\_115](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__115)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 115 du 29 mars 2012

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 115 del 29 marzo 2012

### **Regeste**

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, AI{ASSURANCE}, NOUVELLE DEMANDE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉTAT DE SANTÉ, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION MÉDICO-THÉORIQUE | 28 LAI, 4 LAI, 17 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

juin 2010. Le recourant conclut, sous suite de dépens, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès la date que justice dira, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée. Il fait état d'une sensible aggravation de son état de santé en raison d'un accident survenu le 25 février 2007 lequel a causé des séquelles l'empêchant d'exercer une quelconque activité professionnelle exigible sur le marché général du travail, même réputé équilibré. Il requiert enfin la jonction du présent recours avec celui en matière d'assurance-accidents (AA 23/10) et par conséquent, une dispense de l'avance de frais. b) Dans sa réponse du 4 octobre 2010, l'Office AI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. c) Dans sa réplique du 16 novembre 2010, le recourant s'est référé à celle déposé le même jour dans le cadre du litige l'opposant à la CNA. Il soutient ainsi que la CNA ne saurait écarter l'avis du Dr A.L.\_\_\_\_\_ en se référant simplement au fait qu'elle a estimé antérieurement que les vertiges n'étaient pas consécutifs à l'accident de 1999. Il ajoute que ses vertiges se sont aggravés au point de provoquer désormais des chutes assez fréquentes. Il confirme dès lors la nécessité d'une instruction complémentaire. d) Dans sa duplique du 22 décembre 2010, l'Office AI s'est référé au rapport du 27 janvier 2009 du SMR faisant suite à un examen clinique orthopédique concluant à une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ce rapport remplissant toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport médical, l'Office AI a confirmé sa décision du 9 juin 2010. e) Par courrier du 22 novembre 2011, le recourant a produit un rapport médical du 18 novembre 2011 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qui préconise une expertise rhumatologique en raison de la pathologie lombaire et cervicale chronique malgré la composante traumatique qui a causé la pathologie intra-médullaire. f) Par lettre du 6 décembre 2011, le recourant a soumis les questions qui pouvaient être posées dans le cadre d'une expertise rhumatologique et orthopédique (en ce qui concerne le genou). Il soutient ainsi que les dernières observations médicales sont anciennes et ne tiennent pas compte des éléments nouveaux découverts récemment (atteinte intra-médullaire). D. Le 16 février 2012, le juge instructeur a informé les parties que cette cause était instruite et jugée parallèlement à la cause AA 23/10 (recours de l'assuré contre une décision du 20 janvier 2010 de la CNA). Il est donc tenu compte, dans la présente

cause, du dossier de la CNA. E n d r o i t : 1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Interjeté le 8 juillet 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), il est recevable. 2. En l'espèce, le recourant conteste un refus de révision de la décision initiale. Dès lors, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé, de sorte qu'il pourrait prétendre à une rente d'invalidité. a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). 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 (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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). 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). En ce qui

concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 3. 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). 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). 4. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Ainsi, après avoir examiné l'ensemble du dossier médical à sa disposition jusqu'à la date de la décision attaquée du 9 juin 2010, il a considéré que l'état de santé physique du recourant ne justifiait pas l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles. Pour sa part, le recourant soutient qu'il n'est plus en mesure d'exercer une activité professionnelle, ajoutant qu'au vu du rapport médical du 18 novembre 2011 de la Dresse F. \_\_\_\_\_, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique s'impose. a) Il y a dès lors lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations, en procédant à la comparaison des situations de fait existant au moment la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit le jugement du 29 mars 2006 du Tribunal des assurances et la décision litigieuse du 9 juin 2010. Pour statuer sur le droit à la rente, le Tribunal des assurances, dans son jugement du 29 mars 2006 faisant suite au recours formé contre la

décision sur opposition du 6 décembre 2004, s'est référé au rapport du 17 octobre 2000 de la Clinique J. \_\_\_\_\_ qui faisait état de l'existence chez l'assuré de rachialgies diffuses, de troubles statiques discrets, ainsi que de vertiges centraux apparus dans les suites de l'accident de 1999; les médecins de la Clinique J. \_\_\_\_\_ ont en outre relevé que seuls les vertiges limitaient l'aptitude au travail, en hauteur, en raison du risque lié aux pertes d'équilibre. Ils ont dès lors conclu que la capacité de travail de l'intéressé était de 100 % dans une activité excluant le travail sur les toits, les échafaudages, les escabeaux, ainsi que la conduite automobile. Les conclusions des médecins de la Clinique J. \_\_\_\_\_ étant sérieusement motivées et cohérentes, il n'existe aucun indice concret permettant de mettre en doute leur bien-fondé. Il n'y a donc aucun motif de s'en écarter. Dans leur rapport médical du 8 décembre 2003 faisant suite à un examen clinique du recourant du 6 novembre 2003, les Dresses Y. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ du SMR ont relevé que sur le plan somatique, la capacité de travail exigible était entière, se référant sur ce point aux rapports médicaux retenus par la CNA pour fonder ses conclusions. Les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_ quant à la reconnaissance d'une totale incapacité de travail (rapport du 3 décembre 2001) n'étaient donc corroborées par aucun autre document médical, pas même par le rapport du 21 juin 2002 du Dr Q. \_\_\_\_\_, lequel ne se prononçait pas quant au taux d'incapacité de travail du recourant. b) Si les différents praticiens s'accordent à dire que le recourant présente une pathologie au niveau du genou gauche suite à l'accident du 25 février 2007, ainsi que des cervicalgies, des dorsalgies, des lombalgies et des vertiges d'origine indéterminée, ils divergent s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré compte tenu des atteintes qu'il présente. Il y a dès lors lieu de déterminer si le tableau douloureux présenté par l'assuré relève d'une pathologie objectivable sur le plan somatique, susceptible de constituer une aggravation de son état de santé. c) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b). 5. En l'espèce, l'assuré se plaint essentiellement d'une aggravation de son état de santé en raison de douleurs cervicales, de douleurs aux genoux et de vertiges. a) S'agissant des cervicalgies, l'assuré a précisé que les douleurs apparaissaient lorsqu'il faisait des mouvements de rotation de la tête; au repos, il avait peu de douleurs. L'IRM cervicale pratiquée le 12 février 2008 a révélé les mêmes lésions que sur celle effectuée le 7 novembre 2006, soit une protusion discale C4-C5 et des hernies discales C5-C6 et C6-C7. Dans son rapport du 27 janvier 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_ a écarté tout trouble neurologique, précisant qu'il n'y avait pas de trouble de la statique, ni sur le plan frontal, ni sur le plan sagittal. Pour sa part, le Dr A.L. \_\_\_\_\_ a évoqué des douleurs discrètes à la mobilisation dans toutes les directions, sans retenir toutefois de contracture musculaire, de limitation fonctionnelle particulière, ni d'indication chirurgicale (rapport médical du 28 août 2007). b) Le recourant se plaint en outre de vertiges intermittents surtout lors des changements de position, en particulier en se relevant, mais également en position assise ou couchée. Cette pathologie ne repose toutefois sur aucune constatation médicale objective. Ainsi, si le

Dr A.L. \_\_\_\_\_ a signalé la présence de vertiges en précisant qu' "il me paraît évident que cette symptomatologie est consécutive à l'accident de 1999" , il n'a émis qu'une appréciation générale sur la base des plaintes de son patient. En outre, l'IRM cérébrale pratiquée le 26 janvier 2007 était dans les limites de la norme, de même que l'EMG (électromyogramme) effectuée le 14 mars 2008. En tout état de cause, le Dr A.L. \_\_\_\_\_ n'a mis en évidence aucune aggravation de cette atteinte depuis l'appréciation médicale du 1<sup>er</sup> février 2001 du Dr B.L. \_\_\_\_\_, qui concluait à une capacité de travail entière. Au contraire, il a signalé que l'évolution était relativement favorable, mais très lente. c) S'agissant du syndrome fémoro-patellaire bilatéral, tant le Dr A.L. \_\_\_\_\_ que le Dr S. \_\_\_\_\_ admettent une aggravation de cette atteinte, notamment depuis l'accident du 25 février 2007 ayant provoqué une déchirure du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne, associé à une contusion osseuse et un épanchement intra-articulaire. L'IRM pratiquée le 7 mars 2007 a également mis en évidence une méniscopathie grade II du ménisque interne. Les médecins précités ont dès lors exclu la reprise de l'activité habituelle de manœuvre dans la construction. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites. Le Dr A.L. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur ce point, se limitant à mentionner que tout reclassement professionnel était illusoire, sans donner de plus amples explications. d) Au vu des éléments précités, il y a lieu de retenir que par rapport aux circonstances qui ont justifié le refus d'octroi d'une rente d'invalidité par jugement du 29 mars 2006, la situation du recourant ne s'est pas modifiée, à tout le moins que son état de santé n'a pas subi de détérioration significative ayant une incidence sur son droit à la rente dans le sens d'une augmentation. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a en effet exposé de manière convaincante les motifs pour lesquels d'une part, l'assuré n'était désormais plus en mesure de reprendre son activité de manœuvre dans la construction et d'autre part, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé devait toutefois lui être reconnue. Par conséquent, l'appréciation de l'atteinte à la santé sur le plan médical a été clairement définie par le Dr S. \_\_\_\_\_ dont le rapport du 27 janvier 2009, fondé notamment sur l'ensemble des examens d'imagerie et cliniques effectués par les praticiens consultés par l'assuré et par l'expert du SMR, remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. L'intimé s'est dès lors fondé à juste titre sur ces constatations pour statuer sur le droit aux prestations. Le dossier permettant ainsi de juger la cause en l'état, il ne se justifie pas d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique. e) Au regard de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimé a considéré qu'il présentait un taux d'invalidité nettement inférieur à 20 %, ne justifiant pas l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession. L'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé (moins de 7 %) se fonde à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a plus repris d'activité professionnelle depuis plus de 10 ans. Vérifié d'office, le calcul du taux d'invalidité que l'Office AI a effectué dans le cadre de la décision attaquée ne prête pas flanc à la critique. Il n'y a pas lieu de revenir plus en détail sur ce calcul, dans la mesure où le recourant se limite à contester la capacité résiduelle de travail constatée par l'intimé, sans soulever de grief relatif aux taux d'invalidité inférieur à 20 % finalement retenus. 6. Le recourant estime enfin qu'il n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle sur un marché du travail équilibré. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la

concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b et les références). b) In casu, il y a lieu de rappeler que compte tenu des limitations fonctionnelles décrites par les médecins, le nouveau poste de travail n'impliquerait pas nécessairement d'adaptations particulières. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (TF I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4), on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant. A titre d'exemples, on peut citer les activités de surveillant de machines, gardien de parking ou ouvrier d'usine (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). A cet effet, une aide au placement a été accordée afin que l'assuré puisse obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié. Il sied enfin de rappeler que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées). 7. a) Au vu de ce qui précède, il s'avère que le recourant présente une capacité de travail entière dans le cadre d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, de sorte qu'il n'existe aucun motif justifiant de procéder à une révision de la décision statuant sur le droit à la rente. Dès lors, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par le recourant. 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'AI 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 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 450 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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