

VD_GERICHTE ZD24.008573 vom 27. August 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-08-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.008573

FR: VD_GERICHTE ZD24.008573 du 27 août 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.008573 del 27 agosto 2025

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). c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré

- 13 - d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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, si nécessaire, 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. d) En l'espèce, il convient de faire application des règles précitées dans la mesure où le recourant se prévaut d'une péjoration de son état de santé, respectivement de ses limitations fonctionnelles, postérieurement à l'arrêt de la Cour de céans du 24 février 2020 (cause AI 382/18 – 63/2020). Il s'agit par conséquent de déterminer si les pièces médicales versées à

son dossier depuis lors font effectivement état d'une dégradation de la situation susceptible de constituer un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

E. 5

a) Pour pouvoir 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il

- 14 - a recueillies, 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 contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). c) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), 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. Il n'en va différemment que si des médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

- 15 - d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 assécurologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). e) Il

appartient aux experts médicaux d'évaluer l'état de santé de la personne assurée et les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C_441/2019 du 28 octobre 2019 consid. 3.1 et les références citées). Ces principes ne signifient cependant pas que le médecin a la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Son rôle consiste à prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir à procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. Les données médicales constituent un élément important pour l'appréciation juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Elles peuvent si nécessaire être complétées pour évaluer la capacité fonctionnelle pouvant être mise économiquement à profit par l'avis des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelles (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les arrêts cités).

E. 6

a) En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise confiée au H. _____, dont la valeur probante a été confirmée par la Cour de céans dans son arrêt du 24 février 2020 (cause AI 382/18 – 63/2020). Les experts retenaient, au titre de diagnostics incapacitants, un diabète

- 16 - insulino-dépendant, une gonarthrose avec chondropathie fémoropatellaire et une lombalgie commune avec dissécation des disques L3-S1. Les limitations fonctionnelles avaient trait aux contraintes engendrées par le diabète et aux mesures d'épargne du rachis.

b) A la date de la décision querellée du 19 janvier 2024, le recourant se prévaut des rapports de ses médecins traitants, tout particulièrement du Dr C. _____, pour considérer que son état de santé se serait aggravé au point de justifier de nouvelles limitations fonctionnelles et de restreindre sa capacité de travail à un taux n'excédant pas 50 %. c) On ne saurait toutefois suivre le raisonnement du recourant à cet égard. On relève, à l'instar de l'intimé, respectivement du SMR, que le Dr C. _____ a pour l'essentiel fait état de diagnostics superposables à ceux retenus au sein du H. _____. Il a en effet rapporté une gonarthrose interne, une arthrose fémoro-rotulienne et des rachialgies chroniques en L3-S1, connues et investiguées par les experts dans leur rapport du 14 mars 2018 (cf. rapports du Dr C. _____ du 13 novembre 2020 et du DAL du Centre hospitalier D. _____ du 19 mars 2020). Ultérieurement, le Dr C. _____ a certes mentionné une péjoration de la situation en raison d'une décompensation des deux genoux (cf. rapports des 6 décembre 2022 et 8 février 2023). Dans ce contexte, le Dr F. _____ a envisagé la pose de prothèses totales des genoux, excluant toutefois qu'une telle intervention revête un caractère d'urgence, tandis que des mesures hygiéno-diététiques et du sport (vélo et natation) étaient recommandées. Le recourant a par ailleurs différé, de son propre chef, l'intervention chirurgicale envisagée, le Dr F. _____ s'étant dès lors limité à préconiser un contrôle à l'échéance d'une année (cf. rapports du Dr F. _____ des 23 juin et 5 décembre 2023). Ces pièces font donc état, pour l'essentiel, de l'aggravation temporaire des lésions dégénératives des genoux, ce qui constitue l'évolution naturelle de telles affections, et d'un traitement destiné à soulager la symptomatologie présentée par le recourant. On ne voit donc pas que ce dernier serait affecté de nouvelles atteintes à la

- 17 - santé, qui justifieraient une réduction de sa capacité de travail résiduelle ou de nouvelles limitations fonctionnelles. d) Il est établi que le recourant a été victime d'un infarctus du myocarde en septembre 2020, lequel a été responsable d'une incapacité totale de travail jusqu'en avril 2021 selon l'intimé, respectivement le SMR (cf. avis du 10 mai 2021). Cette conclusion est fondée sur les éléments communiqués par le cardiologue traitant du recourant, le Dr G._____. Ce dernier a en effet expressément indiqué, le 27 avril 2021, que son patient avait recouvré un état stable sans complications subséquentes et qu'il ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan cardiologique. Il n'y a donc pas lieu de remettre en question l'appréciation de l'intimé de ce point de vue, ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas. e) Enfin, le recourant ne peut tirer aucune conclusion médicale des rapports consécutifs aux mesures d'orientation professionnelle, lesquels tiennent compte non seulement des limitations observées auprès du recourant, mais également de son niveau de compétences et de ses difficultés linguistiques, ainsi que de son déconditionnement (cf. notamment : rapport de l'I._____ du 4 mai 2021 et d'U._____ du 15 juin 2022). f) Compte tenu des éléments qui précèdent, on ne voit aucune raison objective de se distancer de l'appréciation communiquée par le SMR dans ses avis des 10 mai 2021 et 18 janvier 2024. Force est donc de constater, avec l'intimé, qu'à la date de la décision litigieuse, le tableau clinique présenté par le recourant – en dépit d'une période d'incapacité totale de travail entre septembre 2020 et avril 2021 – ne justifie pas de conclure à une modification substantielle de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et de ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, il y a lieu de nier la réalisation d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA et de considérer que le recourant est toujours doté d'une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée à son état de santé. Partant, il n'y a aucune raison de réévaluer le degré d'invalidité du recourant, chiffré à 33,53 %,

- 18 - lequel a été expressément confirmé par la Cour de céans dans son arrêt du 24 février 2020 (cause AI 382/18 – 63/2020 consid. 5). Un tel taux d'invalidité exclut le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI).

E. 7

a) A titre informatif, on rappellera qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent

qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). Dans ce cadre, le juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid 5.2).

- 19 - b) Les griefs du recourant en lien avec l'abattement de 15 % pris en compte par l'intimé auraient dû être soulevés lors de la précédente procédure de recours. On peut néanmoins relever que dit abattement n'apparaît pas critiquable dans la mesure où il tient compte adéquatement de la situation personnelle du recourant, singulièrement de ses restrictions fonctionnelles et de son âge.

E. 8

a) 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

E. 10

% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2 (revenu d'invalidé déterminé en fonction des valeurs statistiques). Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible. b) D'après le chiffre II des dispositions transitoires relatives à la modification du RAI du 18 octobre 2023 (RO 2023 635), lorsque l'octroi d'une rente ou d'un reclassement a été refusé avant l'entrée en vigueur de cette modification parce que le taux d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande n'est examinée que s'il est établi de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26bis al. 3 RAI pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou au reclassement (al. 2). c) Ainsi que l'a relevé à juste titre l'intimé dans sa duplique du

E. 11

juin 2024, l'application de l'art. 26bis al. 3 RAI susmentionné ne modifierait pas le droit aux prestations du recourant, dans la mesure où l'abattement opéré sur le revenu d'invalidé n'excéderait pas 10 %. Son degré d'invalidité serait ainsi inférieur au taux reconnu en sa faveur de 33,53 % et n'atteindrait donc pas le seuil de 40 %. d) On précisera, à l'attention du recourant, que l'abattement prévu par l'art. 26bis al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2024, ne saurait être additionné à celui prévu sous l'ancien droit, comme il le fait valoir dans son mémoire de recours du 26 février 2024.

- 20 - 9. 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. Il s'ensuit qu'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'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de

travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). b) En l'occurrence, quoi que soutienne le recourant, il dispose, en dépit de son âge, d'une capacité de travail entière et présente des limitations fonctionnelles – somme toute modestes – compatibles avec nombre d'activités légères sur le marché de l'emploi. Dans ce contexte, les activités mises en évidence par le Service de réinsertion professionnelle de l'intimé, à savoir dans le domaine industriel léger, dans le conditionnement, l'administration simple ou la vente, apparaissent compatibles avec l'état de santé du recourant et accessibles sans formation professionnelle certifiée (cf. à cet égard : rapport du Service de réinsertion professionnelle de l'intimé du 22 juin 2021). On ne saurait retenir qu'un potentiel employeur devrait faire des concessions irréalistes en cas d'engagement du recourant. L'exigibilité de la mise à profit de la capacité de travail du recourant sur le marché ordinaire du travail

- 21 - n'apparaît par conséquent pas contestable. Les conclusions ressortant des mesures d'orientation professionnelle, dont se prévaut le recourant, ne légitiment pas une conclusion différente. En particulier, les stages mis en œuvre (en tant que conducteur de balayeuse et d'employé de voirie) ont eu lieu dans des domaines où les limitations fonctionnelles du recourant ne sont pas forcément respectées, alors que les activités légères retenues par le Service de réinsertion professionnelle de l'intimé n'ont pas été concrètement testées. 10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 19 janvier 2024 confirmée. b) 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe. c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne peut prétendre à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGa).

- 22 -

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