

# VD\_GERICHTE ZD24.041178 vom 13. März 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-03-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD24.041178](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.041178)

FR: VD\_GERICHTE ZD24.041178 du 13 mars 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD24.041178 del 13 marzo 2025

## Erwägungen

### E. 3

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

- 11 - 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (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). 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 (art. 29 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 d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner 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 (dans sa teneur en vigueur au

1er janvier 2022), qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

- 12 - Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

#### **E. 4**

a) 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\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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

- 13 - 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

#### **E. 5**

a) En l'espèce, l'intimé statuait sur la seconde demande du recourant. Lors de la première procédure, l'instruction a porté sur les douleurs de la main droite persistant depuis son accident du 19 novembre 2018. Sur la base des constatations des médecins du Service D. \_\_\_\_\_, ainsi que d'un rapport d'examen du Dr C. \_\_\_\_\_, il a été retenu que l'atteinte touchant la main droite ne permettait plus au recourant de reprendre une activité telle que celle qu'il occupait au moment de son accident, mais que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. A l'appui de sa seconde demande, l'assuré a fait état d'un nouvel accident professionnel touchant sa main

droite et a produit des pièces médicales indiquant que le diagnostic d'hémochromatose avait été posé en fin d'année 2023. L'intimé est dès lors entré en matière et s'est adressé à l'assurance-accidents ainsi qu'aux médecins et spécialistes traitants indiqués par le recourant. Les pièces recueillies ont été soumises pour analyse SMR, qui a conclu à l'absence de modification significative de l'état de santé du recourant depuis le premier examen. b) Dans ses objections du 17 mai 2024 au projet de décision de l'intimé, le recourant s'est référé aux limitations fonctionnelles décrites dans le courrier de la CNA du 24 mai 2024. Il s'agit cependant d'un courrier par lequel la CNA a informé l'assuré de la fin prochaine du paiement des prestations de l'assurance-accidents dans la mesure où il présentait une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles induites par son atteinte à la main droite. Sur ce point, le médecin d'arrondissement a

- 14 - confirmé les limitations qu'il avait décrites en 2019, et qui avaient été retenues par l'intimé dans sa décision du 2 mars 2020, à savoir : pas de port de charge au-delà de 5 kg, pas de force d'empoignade supérieure à 4 kg incluant des manœuvres. Il était par ailleurs précisé que la dextérité fine des doigts était possible, avec l'utilisation de souris informatiques ou d'éléments fins distaux, de même que le porté à plat passif avec l'aide du membre supérieur gauche ou l'utilisation comme levier des deux membres supérieurs à condition que le poignet ne soit pas mis en tension. Dans les suites de l'accident du 16 février 2023, les médecins traitants du recourant ont délivré des arrêts de travail, dès lors que l'activité exercée par le recourant était un travail manuel nécessitant l'utilisation en force de la main droite. En revanche, bien qu'interrogés spécifiquement à ce sujet près d'une année après l'accident, les médecins du Service D. \_\_\_\_\_ ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Or, dans son rapport du 6 février 2024, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a mentionné uniquement les limitations fonctionnelles suivantes : douleurs au poignet limitant la mobilité du poignet droit, sa dextérité, limitant fortement toute tâche manuelle en force. Ces conclusions sont superposables à celles du Dr C. \_\_\_\_\_. Il apparaît en outre que le diagnostic de CRPS, évoqué au cours d'une consultation au Service D. \_\_\_\_\_ en août 2023, n'a pas été confirmé par la suite. Quant au diagnostic d'hémochromatose posé en automne 2023, il n'a pas même été mentionné par le médecin généraliste traitant dans son rapport du 1er avril 2024. Il faut ainsi constater, à l'instar de l'intimé et du SMR, qu'il n'existe pas d'élément médical plaidant dans le sens d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la première décision de l'intimé. c) En définitive, le recourant a principalement fait valoir dans ses écritures que ses limitations fonctionnelles constituaient un frein à ses recherches d'emploi. A ce propos, il convient de rappeler que l'art. 16 LPGA définit l'invalidité en se référant à la notion de marché du travail équilibré (art. 16

- 15 - LPGA). Il s'agit d'une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C\_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 et la référence). Certes, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en

considération pour lui (art. 7 al. 1 et 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; cet examen s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive. 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'œuvre. 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 (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C\_627/2023 précité consid. 7.2 et la référence). En l'occurrence, la question de l'exigibilité d'un changement d'activité a été dûment examinée par l'intimé au moment de statuer sur la première demande de prestations du recourant. Il a été relevé, dans la fiche de calcul du salaire exigible du 6 janvier 2020, que l'intéressé

- 16 - pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres). Les limitations fonctionnelles du recourant n'ayant pas changé, il n'y a pas lieu de revenir sur cette appréciation, étant au demeurant relevé que seuls les travaux de force impliquant la main droite sont proscrits.

## **E. 6**

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse 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). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il sera cependant exceptionnellement renoncé à la perception de frais judiciaires au vu des circonstances (art. 50 LPA-VD). La partie recourante n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause et qu'elle a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

- 17 -