

VD_GERICHTE ZD25.023014 vom 19. Mai 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-05-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.023014

FR: VD_GERICHTE ZD25.023014 du 19 mai 2026

IT: VD_GERICHTE ZD25.023014 del 19 maggio 2026

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 10J010

- 21 - 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 atteint dans sa santé (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). 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, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1er janvier 2022), 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 cette disposition, 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) 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 10J010

- 22 - l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 10J010

- 23 -

E. 6

a) En l'espèce, l'office intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 7 juin 2024 par le recourant, celui-ci ayant produit dans ce cadre divers rapports médicaux propres à rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé tant sur le plan somatique que psychiatrique. Après instruction, l'OAI a toutefois nié au recourant le droit à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles, au motif que son état de santé ne s'était pas aggravé de manière significative depuis la décision du 25 octobre 2022, entrée en force. b) Dans ce contexte, il s'agit pour la Cour de céans d'examiner si l'état de santé du recourant s'est modifié de façon significative entre la décision de refus de rente et de mesures professionnelles du 25 octobre 2022 et la décision litigieuse rendue le 2 avril 2025. On rappellera en particulier que la décision du 25 octobre 2022 avait été rendue par l'intimé après qu'il avait mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, réalisée par les médecins du

BL. _____, dont le rapport du 26 novembre 2021 dresse un tableau clinique du recourant sur les plans psychiatrique, rhumatologique et internistique. c) À l'appui de sa nouvelle demande de prestations, le recourant a produit divers rapports de ses médecins traitants, qu'il convient d'examiner pour déterminer s'ils établissent une aggravation de son état de santé depuis octobre 2022. aa) S'agissant du diagnostic de toux chronique, le rapport du 2 novembre 2023 de la Dre CB. _____ mentionne que ce diagnostic est sans incidence sur la capacité de travail. En outre, ce diagnostic n'est pas nouveau, ayant déjà été posé par le Dr BF. _____ dans son rapport du 17 février 2015, par le Dr G. _____ dans son rapport du 9 décembre 2019 et par les experts du BL. _____ dans leur rapport du 26 novembre 2021. Le recourant en avait d'ailleurs lui-même fait état dans sa troisième demande de prestations du 15 novembre 2019. 10J010

- 24 - bb) Pour l'aphtose buccale récidivante déjà mentionnée par le recourant dans sa troisième demande de prestations du 15 novembre 2019 et par le Dr G. _____ et les experts du BL. _____ (cf. rapports des 9 décembre 2019, 23 mars 2020 et 26 novembre 2021), le rapport du 16 novembre 2023 du département de dermatologie et vénéréologie du CHUV indique l'absence de lésions actuelles. cc) Dans ses rapports des 15 février et 12 septembre 2024, le Dr G. _____ a notamment posé les diagnostics incapacitants de discopathies étagées C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7, de rétroliothésis de C4- C5 de 2 mm, de discopathie en L4-L5 et L5-S1 avec image de dessiccation discale et diminution de la hauteur du disque, de protrusion discale postéro- médiane, de genu varum, de hernie discale L3-L4 en 2001 symptomatique avec déficit moteur résiduel, de hernie discale dorsale, de méniscopathie interne sévère avec déchirure complexe de la corne postérieure et du corps méniscal interne, de chondropathie de stade II de la facette interne de la rotule du genou droit et de déchirure du ménisque interne du genou gauche. On peut déjà constater que ces diagnostics ne sont pas nouveaux et sont présents depuis de longues années (cf. rapports du Dr C. _____ des 23 avril 2001 et 24 août 2005, des experts CG. _____, F. _____ et CK. _____ du 27 mai 2002, de la Dre M. _____ du 26 février 2007, du Dr L. _____ du 22 décembre 2008, du Dr K. _____ du 10 février 2011, des experts du N. _____ du 24 août 2011, du Dr G. _____ des 9 décembre 2019 et 23 mars 2020 et des experts du BL. _____ du 26 novembre 2021). Ensuite, le seul nouveau diagnostic, celui de cupulolithiase (diagnostic clinique), posé dans le rapport du 15 février 2024, n'a pas été repris dans le rapport du 12 septembre 2024. S'agissant des limitations mentionnées par le Dr G. _____ dans son rapport du 12 septembre 2024, elles étaient déjà évoquées dans son rapport du 9 décembre 2019 et avaient également été retenues par le SMR dans son avis du 9 septembre 2011, dans lequel il était indiqué qu'il fallait « varier les positions assise et debout, éviter les rotations en position assise ou debout. Pas de travail accroupi ou à genoux. Pas de port de charges lourdes ». Il en va de même du rapport du 26 novembre 2021 du BL. _____ 10J010

- 25 - qui avait retenu, du point de vue rhumatologique, qu'il fallait, pour éviter toute aggravation des troubles dégénératifs lombo-vertébraux et cervicaux, que l'activité adaptée permette d'alterner les positions assise et debout, en limitant le port de charges à 10 kg, tout en évitant toute activité qui demandait une position agenouillée ou accroupie, une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles et une posture forcée non ergonomique qui surchargeait le rachis dans sa totalité. Ainsi, les rapports des 15 février et 12 septembre 2024 du Dr G. _____ n'apportent aucun élément nouveau qui aurait permis d'établir l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant. dd) Dans son rapport du 8

avril 2024, le Dr J._____ a notamment posé les diagnostics de probable trouble de la relaxation du plancher pelvien et de prostatite chronique probable à germe indéterminé. Comme l'a relevé le SMR dans son avis du 9 juillet 2025, il ne s'agissait que d'un examen de contrôle, qui ne rapportait aucune notion d'aggravation, les troubles mictionnels étant déjà décrits dans l'expertise du BL._____ de 2021. Quant au rapport du 26 juillet 2024, il ne répondait à aucune question et renvoyait au précédent rapport en précisant qu'il n'y avait aucune évolution sur le plan urologique. ee) Sur le plan psychique, le recourant a produit deux rapports du Dr BJ._____ des 7 juin et 10 septembre 2024, qui mentionnaient une fixation des troubles, puis une aggravation au début de l'année 2023. Il faut toutefois observer que les diagnostics posés en 2024 sont les mêmes que ceux retenus en 2020 (cf. rapport du 17 avril 2020) et que le Dr BJ._____ a indiqué une persistance des troubles déjà décrits dans son précédent rapport. En outre, le médecin n'explique pas en quoi l'accentuation des sentiments de désespoir avec des idéations suicidaires fluctuantes, des sentiments d'impuissance et une irritabilité à fleur de peau auraient une influence sur la capacité de travail du recourant, le Dr BJ._____ ne s'étant d'ailleurs pas déterminé sur cette question. On notera encore l'absence de traitement médicamenteux et d'hospitalisation (cf. avis SMR du 9 juillet 2025). 10J010

- 26 - ff) Dans un courrier du 30 novembre 2024, la Dre P._____ a indiqué que le recourant présentait des douleurs cervicales en aggravation depuis quatre mois et qu'il signalait une irradiation occasionnelle de type décharge électrique dans le bras gauche depuis plusieurs mois, voire années, ainsi que des problèmes lombaires, considérés comme peu importants pour le moment. Sa plainte principale et très invalidante en janvier 2024 se rapportait à des douleurs aux trapèzes et à la nuque, avec un point particulièrement douloureux en regard de C7. Ces douleurs ne sont toutefois pas nouvelles, le Dr G._____ mentionnant déjà en 2019 un port de charges limité en raison de douleurs dans la région des trapèzes et de la nuque. Quant aux diagnostics posés par la Dre P._____ dans son rapport du 16 décembre 2024, à savoir ceux de douleurs musculosquelettiques secondaires chroniques avec des douleurs cervicales et thoraciques hautes chroniques et de possible syndrome myofascial, ils sont en lien avec les différentes douleurs que connaît le recourant depuis longtemps, sans que la Dre P._____ ne fasse mention d'une quelconque aggravation. En outre, cette médecin ne s'est pas prononcée sur la question de la capacité de travail, des limitations fonctionnelles et de la situation professionnelle du recourant, ayant précisé, dans son rapport, ne pas être en mesure de répondre à ces questions. d) En définitive, aucun des rapports produits par le recourant ne permet de retenir une modification significative de son état de santé depuis le 25 octobre 2022. e) Pour le reste, le recourant s'attache à présenter un historique de ces différentes demandes en tentant de mettre en exergue ce qu'il considère comme étant des incohérences ou des contradictions, en particulier dans les expertises réalisées en 2011 et 2022, et plus généralement dans le traitement de ses demandes de prestations depuis 2002. Ce faisant, le recourant se limite à présenter librement ses critiques contre les différentes décisions de l'OAI rendues depuis 2008, 10J010

- 27 - aujourd'hui entrées en force, sans se prévaloir aucunement de la découverte, dans l'intervalle, de faits nouveaux importants ou de moyens de preuve nouveaux susceptibles de justifier une révision (cf. art. 53 al. 1 LPGA). On ne distingue par ailleurs, dans les explications du recourant, aucun élément de nature à établir que les décisions rendues le concernant seraient manifestement erronées, si bien qu'une reconsidération (cf. art. 53 al. 2

LPGA) n'entre pas non plus en ligne de compte. On notera encore ici que le recourant fait valoir que le SMR n'avait pas pris en compte ses douleurs cervicales dans son avis du 22 février 2006, ne mentionnant que des lombosciatalgies et une anxiété généralisée, ce qui aurait ensuite faussé la suite de la prise en charge de son dossier. Il faut toutefois constater que l'examen rhumatologique et psychiatrique, proposé dans l'avis du SMR du 22 février 2006, n'a jamais été mis en œuvre, dès lors que la capacité de travail de 80 %, attestée par le Dr C. _____, qui avait posé le incapacitant de cervicalgies importantes sur discopathies étagées, concordait avec la reprise d'activité du recourant à 80 % (cf. avis SMR du 12 mai 2006). Ainsi, l'absence de la mention d'une pathologie cervicale en 2006 n'a pas faussé la suite de l'instruction du dossier du recourant. Enfin, la critique de l'intéressé, selon laquelle le SMR avait omis de prendre en compte la synergie entre les pathologies physiques et psychiques, ne saurait être suivie dans la mesure où une évaluation consensuelle a été fait lors de l'expertise pluridisciplinaire de 2021.

E. 7

Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause sans qu'il n'apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise, telle que requise par le recourant. Il se justifie dès lors de renoncer à une telle mesure d'instruction par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

E. 8

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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 10J010

- 28 - de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient de les arrêter à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors que celui-ci a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire en la forme d'exonération d'avances et d'exonération des frais judiciaires, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat, par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est cependant rendu attentif au fait qu'il devra rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). c) Le recourant a conclu, dans son acte de recours du 15 mai 2025, au remboursement des frais engagés auprès de l'association SOS Droits des patients par 3'100 fr. dans le cadre du dépôt de sa quatrième demande du 7 juin 2024. Outre le fait que le recourant n'a plus été assisté par cette association dans la procédure de recours devant la Cour de céans, il n'a également pas obtenu gain de cause. Dans cette mesure, il ne saurait prétendre à une quelconque indemnité en remboursement de ses frais (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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