

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 janvier 2011

---

Présidence de M. DIND

Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville, assesseurs

Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Nyon, recourant, représenté par Me Henri Bercher, avocat à Nyon,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à Vevey, intimé.

---

**Art. 7, 8, 16 et 17 LPGA ; art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1959, maçon-coffreur de profession, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en date du 28 avril 1998, indiquant être en incapacité de travail totale pour cause de maladie depuis le 28 janvier 1998, et se référant pour le surplus à des rapports médicaux. Le premier de ces rapports, du 11 novembre 1997, rédigé par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies des poumons, faisait état d'une sarcoïdose de stade I à II, de comorbidités de tachycardie sinusale idiopathique et d'une suspicion de maladie de Bechterew. Le second rapport, du 25 février 1998, établi par le Dr C. \_\_\_\_\_ du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier [...] (Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_), indiquait une probable sarcoïdose de stade I, des talalgies dans le contexte de troubles statiques et des rachialgies diffuses.

Dans un rapport du 26 mai 1998, le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré et spécialiste FMH en médecine interne, allergologie et immunologie clinique, a notamment confirmé les diagnostics précités tout en mentionnant l'existence de cervico-brachialgies droites, et en indiquant que l'intéressé pouvait travailler pour autant que l'effort physique fût modéré.

Du 31 janvier au 10 mars 2000, l'assuré a effectué un stage d'observation au Centre de formation [...] de [...], qu'il a dû interrompre prématurément pour raisons médicales, le directeur du centre ayant en outre relevé que l'intéressé rencontrait des difficultés insurmontables en théorie et que ses aptitudes pratiques étaient faibles.

Le Dr E. \_\_\_\_\_ a complété ses observations par écrit du 23 mai 2000, relevant chez l'assuré une péjoration de la dyspnée, une diminution des capacités physiques, ainsi qu'une lithiase urinaire symptomatologique depuis mars 2000 ; il a joint à ses lignes un rapport du

20 octobre 1997 du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales, objectivant des douleurs de la colonne cervicale imputables à une hernie discale C5-C6, ainsi que des douleurs de la colonne dorsale et de la colonne lombaire.

L'OAI s'est adressé au Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. Celui-ci a rendu son rapport le 10 septembre 2000, diagnostiquant un trouble somatoforme indifférencié, une sarcoïdose (dyspnée d'effort) ainsi que des difficultés socio-économiques. L'expert a relevé l'absence d'état dépressif ou de trouble anxieux, et a observé qu'aucune comorbidité psychiatrique notable n'était associée au trouble somatoforme indifférencié, ce qui signifiait que les douleurs n'étaient pas intenses au point d'engendrer une atteinte émotionnelle. Il a dès lors considéré qu'il n'y avait jamais eu de réduction de la capacité de travail d'un point de vue psychique, et que l'assuré pouvait entreprendre n'importe quel reclassement professionnel adapté à ses problèmes respiratoires en fonction de ses compétences professionnelles.

L'OAI s'est, par ailleurs, adressé à la Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales. Dans son rapport du 28 septembre 2000, cette dernière a posé les diagnostics de sarcoïdose pulmonaire de stade I-II à confirmer, de syndrome douloureux chronique (avec rachialgies à prédominance cervico-dorsale, brachialgie droite, gonalgies et une talalgie inférieure bilatérale sur fasciite plantaire chronique des deux pieds), d'hernie discale molle C5-C6 para-médiane droite (IRM du 16.07.1996) asymptomatique, de lithiases urétérales droites, et de stéatose hépatique. Elle a notamment ajouté que l'expertise rhumatologique ne concluait pas à une incapacité de travail sur le plan ostéo-articulaire.

Dans un rapport d'expertise du 19 mars 2001, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies des poumons, a fait état d'une probable sarcoïdose de stade II depuis 1996, d'un syndrome douloureux chronique avec rachialgies diffuses et talalgies depuis 1996, ainsi que d'un syndrome obstructif de degré sévère en décembre 2000 et

de degré moyen depuis novembre 2000. Il a considéré que l'assuré avait une capacité de travail conservée sur le plan strictement pneumologique, dans une activité sédentaire en position assise ou debout, voire nécessitant quelques déplacements (marche lente), mais sans port de charge, ni exposition à des poussières ou à des agents irritants.

**b)** Dans un projet de décision du 30 janvier 2002, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande, au motif que le taux d'invalidité retenu (20,55%) était inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI.

L'intéressé s'est opposé à ce projet par acte du 14 mai 2002, appuyé par une lettre du Dr E. \_\_\_\_\_ du 7 février 2002, dans laquelle ce dernier affirmait que son patient était incapable d'effectuer une activité professionnelle quelle qu'elle fût.

Le 7 juin 2002, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré pour les motifs indiqués dans son projet de décision. Ce prononcé a été confirmé sur recours par le Tribunal cantonal des assurances dans un arrêt du 13 avril 2004, retenant toutefois un taux d'invalidité de 19,19%.

**B. a)** Le 26 avril 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente.

Le 31 janvier 2006, le Dr E. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport du 27 janvier 2006 rédigé par le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin-adjoint à l'Hôpital psychiatrique de D. \_\_\_\_\_ et médecin traitant de l'assuré, qui proposait, d'une part, qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique, et relevait, d'autre part, que les troubles somatiques présentés par son patient avaient induit une réaction défensive très marquée et un sentiment d'insécurité profond, symptômes assimilables à un état anxio-dépressif.

En date du 22 février 2006, le Dr E. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un rapport médical relevant, au titre de diagnostics avec répercussion sur

la capacité de travail, des troubles respiratoires chroniques secondaires à une sarcoïdose probable stade II en 1996, des troubles dépressifs et anxieux, ainsi que des cervico-brachialgies et des douleurs ab-articulaires diffuses. Il était également souligné que le patient présentait une altération durable de sa santé sur les plans respiratoire, ostéo-articulaire et psychiatrique, et que le pronostic était défavorable.

A la requête de l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (SMR), a relevé, dans un rapport du 14 mars 2006, que les nouveaux éléments médicaux versés au dossier n'attestaient pas d'une d'aggravation de l'état de santé physique ou psychique de l'intéressé.

**b)** Par décision du 11 avril 2006, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, retenant que l'aggravation de ses pathologies n'était pas établie au vu des pièces médicales produites.

**c)** Par acte du 16 mai 2006 rédigé par son mandataire, l'intéressé s'est opposé à ce refus, alléguant que son état de santé s'était détérioré depuis l'arrêt sur recours du 13 avril 2004. Il a joint diverses pièces à son opposition, dont il ressortait notamment qu'il avait effectué un stage du 6 février au 3 mars 2006 auprès de l'entreprise W.\_\_\_\_\_, que les tâches qui lui avaient été confiées avaient dû être restreintes en raison d'une forte gêne respiratoire, et *«qu'un poste dans l'économie n'était pas envisageable [...]. Les tâches possibles étant trop limitées, seul un placement en atelier protégé pourrait être envisagé»*.

Le 18 mai 2006, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport médical du 13 mai 2006 établi par le Dr J.\_\_\_\_\_. Ce praticien soulignait notamment que l'état de santé psychique de son patient s'était dégradé de manière invalidante depuis 2002, et que celui-ci présentait, d'une part, des symptômes dépressifs (se manifestant sous la forme de désespoir, d'aboulie, d'anhédonie, de manque d'entrain, de tonus et d'initiative, d'un ralentissement psychomoteur modéré et d'une forme d'émoussement affectif, avec parfois l'expression d'idées noires, voire suicidaires), et,

d'autre part, des symptômes anxieux. Ces derniers s'étaient amplifiés avec une tendance prononcée à l'expression d'une anxiété anticipatrice importante accompagnée de symptômes secondaires, comme une tension musculaire, des troubles du sommeil, des difficultés d'attention et de concentration, étant souligné que les pathologies respiratoires avaient tendance à accentuer l'expression du symptôme anxieux, dans la mesure où la dyspnée pouvait apparaître comme provenant des plaintes somatiques (sarcoïdose) et psychiques.

En date du 8 juin 2007, le Dr E. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un nouveau rapport médical, dans lequel il retenait les diagnostics suivants :

- "- Broncho-pneumopathie chronique obstructive de degré moyen de stade II selon Gold avec composante d'asthme avec composante allergique (hypersensibilité aux acariens de la poussière).
- Sarcoïdose pulmonaire de stade II.
- Syndrome d'apnées du sommeil, appareillées.
- Cervico-brachialgies droites sur probable syndrome radiculaire C8.
- Conflit sous acromial droit.
- Arthrose acromio.claviculaire droite.
- Hépatalgies et stéatose hépatique.
- Diabète de type II.
- Gastrite aspécifique.
- Probable trouble dépressif et anxieux.
- Status après ulcère bulbaire en 1995, 1996 et 1999.
- Statue après lithiase urétérale droite en 2000.

Dans son écrit, le Dr E. \_\_\_\_\_ a notamment souligné que l'assuré présentait une détérioration progressive de ses troubles respiratoires, tant du point de vue clinique, que fonctionnel et radiologique. Il a estimé que la capacité de travail de l'intéressé devait être fortement diminuée et qu'une nouvelle expertise médico-psychiatrique s'imposait.

Dans des observations complémentaires du 3 juillet 2007, le Dr E. \_\_\_\_\_ a précisé qu'une des mesures de l'examen des fonctions pulmonaires, le VEMS (volume expiratoire maximum par seconde), avait diminué de 32% depuis 1996 et que cette progression était pathologique.

Dans un rapport du 28 septembre 2007, le Dr J. \_\_\_\_\_ a repris en substance ses précédentes constatations, tout soulignant une

aggravation de l'état psychique de l'assuré sous la forme d'un effondrement anxio-dépressif progressif.

**d)** A la requête de l'OAI, le Centre d'expertise médicale de T.\_\_\_\_\_ (ci-après : le CEMed), par les Drs Z.\_\_\_\_\_ (FMH en rhumatologie), P.\_\_\_\_\_ (FMH en psychiatrie-psychothérapie), Q.\_\_\_\_\_ (FMH en pneumologie) et X.\_\_\_\_\_ (FMH en cardiologie), a procédé à une expertise pluridisciplinaire de l'assuré entre les 10 et 12 juin 2008, et a exposé ses conclusions dans un rapport du 11 septembre 2008, faisant notamment état de ce qui suit :

"[...]

VI. Synthèse et discussion

[...]

Situation actuelle:

Sur le plan ostéo-articulaire, on peut retenir plusieurs problématiques. Des cervico-brachialgies droites connues depuis un certain nombre d'années, une hernie discale ayant été décrite au niveau C5-C6 à droite, mais sans corrélation clinique et sans atteinte radiculaire nette. Des cervicalgies et les dorsalgies qui se sont chronicisées, et plutôt amplifiées depuis l'interruption de l'activité professionnelle.

De plus, l'assuré présente une douleur chronique de l'épaule droite attribuée tout d'abord à [...] une tendinopathie et à un conflit sous-acromial. D'après les derniers examens, il s'agit plus d'une arthrose débutante acromio-claviculaire, ce qui explique les douleurs en fin d'abduction et d'antépulsion, ainsi que la restriction de mobilité active et non passive. Il n'y a pas de lésion de la coiffe des rotateurs à l'IRM de 2007. Une tendinite du tendon sous-scapulaire est possible, mais en tous les cas sans rupture, puisque tous les tests contre résistance sont possibles. On a donc surtout une douleur sur arthrose acromio-claviculaire droite qui pourrait bénéficier d'une infiltration, mais dont le résultat est toutefois aléatoire, puisqu'un état douloureux chronique polyarticulaire s'est installé depuis 1998.

Ce tableau ostéo-articulaire ne justifie pas une incapacité de travail, pour autant que l'activité professionnelle soit adaptée : les charges portées par le membre supérieur droit ne devraient pas excéder trois à quatre kilos, et par les deux membres supérieurs ensemble, huit à dix kilos, Il faudrait également éviter le travail en hauteur, l'exposition au froid et les flexions antérieures fréquentes du tronc. Si ces conditions sont remplies, la capacité de travail est de 100%.

Sur le plan cardiologique, Monsieur V.\_\_\_\_\_ présente essentiellement des plaintes liées à un essoufflement au moindre effort. Au status, on observe une tachycardie sinusale au repos à 100 bpm, et une tachypnée à 20 bpm avec présence d'un wheezing inspiro-expiratoire diffus.

L'échocardiographie montre une fonction ventriculaire gauche globale et segmentaire normale, des cavités cardiaques de dimensions normales et l'absence de valvulopathie significative. On ne peut malheureusement pas évaluer la pression pulmonaire en l'absence de

régurgitation tricuspидienne, mais il n'y a pas d'argument échocardiographique pour une hypertension artérielle pulmonaire sévère.

L'ergométrie a été menée jusqu'à 75 W, ce qui correspond à une faible aptitude physique. L'examen est arrêté en raison d'un essoufflement, qui est marqué. On retrouve une tachycardie sinusale au repos, augmentant rapidement à l'effort.

Il n'y a pas de contre-indication cardiologique à une activité professionnelle. En revanche, il existe une limitation fonctionnelle tout à fait évidente, remarquable par l'essoufflement survenant déjà à une charge de 75W, ce qui correspond à une activité physique légère, et par une tachycardie sinusale présente déjà au repos, se majorant rapidement à l'effort. La présence d'une VO max. estimé à 16 ml/kg/min. rend, à mon avis, l'activité professionnelle exercée inenvisageable.

Sur le plan pneumologique, le bilan effectué met en évidence une perturbation des échanges gazeux et un syndrome pulmonaire obstructif nécessitant un traitement inhalé bien dosé. Il n'y pas d'argument pour un syndrome des apnées du sommeil pouvant contribuer à l'asthénie du patient. Par contre, il existe une tachycardie de repos inexplicquée. Enfin, l'image pulmonaire interstitielle, associée aux adénopathies, pourrait correspondre à une sarcoïdose, bien que celle-ci n'ait jamais fait l'objet d'une preuve diagnostique. Au vu de l'aggravation du syndrome pulmonaire obstructif malgré le traitement inhalé, une bronchoscopie et une éventuelle nouvelle biopsie pulmonaire chirurgicale permettraient probablement de clarifier le diagnostic. Si la sarcoïdose pulmonaire pouvait être démontrée, une atteinte musculaire, cardiaque ou cérébrale devrait aussi être recherchée, dans l'idée d'expliquer certaines des plaintes.

Sur le plan psychique, l'assuré rapporte des idées noires, des ruminations, des angoisses somatiques, des hallucinations auditives, une fatigue importante, de la tristesse, une réduction de la capacité à éprouver du plaisir, des troubles du sommeil et une diminution de la libido. Spontanément, l'assuré n'exprime pas de plainte somatique, notamment pas de douleurs. Lorsqu'il est invité à le faire, il décrit des douleurs assez diffuses et permanentes.

A l'examen clinique, on observe surtout une certaine angoisse qui s'atténue au cours de l'entretien. Il n'y a pas de tristesse manifeste. L'assuré ne présente pas de trouble cognitif manifeste non plus, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, ni de fatigue. On n'observe pas de comportement algique, ni de rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs. En revanche, son esprit est assez focalisé sur les problèmes de santé physique.

Sur la base de ces éléments, nous retenons le diagnostic de possible syndrome somatoforme indifférencié. L'assuré n'exprime pas spontanément des douleurs. Les symptômes ne se limitent pas aux douleurs, mais sont plutôt focalisées sur d'autres atteintes somatiques, essentiellement respiratoires. Il n'y a pas non plus de démarche répétée en vue d'une prise en charge pour un traitement antalgique. A notre sens, ceci exclut un syndrome douloureux somatoforme persistant. Nous émettons une réserve sur ce diagnostic parce que l'assuré souffre bel et bien d'affections somatiques documentées. L'assuré décrit une certaine restriction au niveau de son fonctionnement psychosocial, mais essentiellement par crainte du regard des autres, surtout d'être mal jugé au vu de son incapacité de

travail. Toutefois, il ne souffre pas d'isolement social et il continue à côtoyer ses connaissances, notamment d'anciens collègues de travail.

L'assuré présente aussi un trouble mixte, anxieux et dépressif. Les troubles présentés par l'assuré n'atteignent pourtant pas le seuil diagnostic d'un épisode dépressif. A la limite, le diagnostic différentiel peut se poser avec une dysthymie secondaire à l'évolution chronique d'un trouble de l'adaptation.

Il n'y a pas d'élément psychopathologique manifeste. L'assuré a peu de capacité d'introspection et d'élaboration psychique. Toutefois, il peut mobiliser ses ressources personnelles en vue d'éviter un isolement social.

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle en lien avec son status psychiatrique, les atteintes retenues n'étant pas sévères et, d'autre part, sujette à caution pour le trouble somatoforme indifférencié. Il n'y a pas non plus de tendance à la majoration, parce que l'on ne retrouve pas de comportement démonstratif. En revanche, l'assuré semble pris dans un processus de revendication. De plus, il vit une situation familiale très pénible.

D'un point de vue psychiatrique, l'assuré pourrait travailler 8 heures par jour sans diminution de rendement. Il y a bien des limitations pour une réadaptation professionnelle, mais, malgré les échecs antérieurs successifs, on peut raisonnablement exiger de sa part un effort de volonté. Toutefois, en raison du déconditionnement important et des limitations dans ses capacités d'apprentissage, l'assuré doit être bien encadré.

A notre sens, la symptomatologie anxieuse et dépressive est réactionnelle à son incapacité de travail ou à son inactivité, plutôt que la cause éventuelle d'une incapacité de travail. Dans ce sens, l'aggravation du tableau clinique décrit par le Dr J. \_\_\_\_\_ est secondaire à la persistance des divers problèmes (incapacité de travail, difficultés familiales et sociales), plutôt que la cause de ces problèmes, pour ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription d'un antidépresseur n'est pas formellement indiquée, toutefois ce type de traitement a généralement un effet bénéfique sur la perception subjective de la douleur.

## VII. Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité

### A. *Questions cliniques*

[...]

#### 4. *Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)*

##### *4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail*

*Depuis quand sont-ils présents?*

- Syndrome pulmonaire obstructif de degré sévère, apparemment non réversible (2007).
- Tachycardie de repos inexpliquée (2008).
- Adénomégalie et pneumopathie interstitielle micronodulaire suggestives d'une sarcoïdose (1996), stables.

##### *4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail*

*Depuis quand sont-ils présents?*

- Syndrome douloureux chronique depuis 1998.
- Douleur chronique de l'épaule droite sur arthrose acromio-claviculaire, depuis 1998.
- Trouble somatoforme indifférencié (F45.1) de puis 1998.
- Trouble mixte, anxieux et dépressif (F41.2) depuis 2000.

[...]

## *B. Influences sur la capacité de travail*

### 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

#### *Sur le plan somatique*

Activité légère essentiellement sédentaire, sans port de charge de plus de 4 kg avec le membre supérieur droit, de 8-10 kg avec les deux membres supérieurs, pas de travail en hauteur avec les bras, pas de flexion antérieure répétée du tronc.

Le syndrome pulmonaire obstructif, en aggravation depuis 2007, rend impossible un travail lourd de maçon. De plus, la tachycardie contribue à la dyspnée et à la limitation des performances physiques.

#### *Sur le plan psychique et mental*

Aucune.

#### *Sur le plan social*

Aucune

### 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

#### *2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?*

Le syndrome pulmonaire obstructif en aggravation par rapport à 2007 rend impossible un travail physique de maçon. De plus, la tachycardie contribue à la dyspnée et à la limitation physique.

#### *2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail*

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.

Sur le plan ostéo-articulaire, la capacité de travail est complète dans une activité adaptée qui tienne compte des limitations ostéo-articulaires décrites.

Sur le plan cardiologique, la capacité est complète dans une activité adaptée légère essentiellement sédentaire.

Sur le plan psychique, la capacité de travail est complète.

*2.3 L 'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?*

Sur le plan somatique, non

Sur le plan psychique, oui à 100%.

*2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?*

Sur le plan somatique, sans objet.

Sur le plan psychique, non.

*2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?*

Sur le plan somatique, depuis 1998 (voire même 1996 quand le diagnostic de probable sarcoïdose a été posé).

Sur le plan psychique, sans objet.

*2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?*

Sur le plan somatique, totale depuis 1998 dans l'activité exercée.

Sur le plan psychique, sans objet.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré (e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui.

*C. Influences sur la réadaptation professionnelle*

[...]

*2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?*

Non.

[...]

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

Oui.

*3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?*

Sous réserve des investigations complémentaires proposées et des éventuelles options thérapeutiques qui en découleraient.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

En plein, huit heures par jour.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Non.

[...]

Remarques et/ou autres questions:

Des investigations complémentaires sont nécessaires pour poser un diagnostic de certitude sur le plan pulmonaire. Nous proposons une bronchoscopie. En cas de résultats négatifs des biopsies et du lavage broncho-alvéolaire par bronchoscopie, une biopsie pulmonaire et une éventuelle biopsie des ganglions médiastinaux pourraient être discutées. Si le diagnostic de certitude d'une sarcoïdose était posé, une IRM cérébrale et une biopsie myocardique ou de la musculature striée, devraient être envisagées."

e) Dans un avis médical du SMR du 6 octobre 2008, le Dr S. \_\_\_\_\_ avec l'aval du Dr R. \_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint de ce service pour la Suisse romande, a relevé ce qui suit :

"On retiendra pour l'essentiel : l'absence d'aggravation au plan rhumatologique et psychiatrique, une aggravation au plan pneumologique qui n'empêche cependant pas le travail en plein dans une activité adaptée, une tachycardie d'origine non expliquée mais non incapacitante dans une activité sédentaire et légère. En effet l'assuré ne présente pas les éléments constitutifs pour un épisode dépressif incapacitant ; relevons [u]n trouble mixte, anxieux et dépressif, qui pose le diagnostic différentiel avec une dysthymie secondaire à l'évolution chronique d'un trouble de l'adaptation : quoiqu'il [sic] en soit, le tableau psychiatrique n'est pas incapacitant au sens de l'AI et n'engendre pas de limitation fonctionnelle. Le syndrome somatoforme indifférencié est seulement possible, et en l'absence d'isolement social, de comorbidité psychiatrique, il n'[a] pas valeur incapacitante.

[...]

NB : les experts proposent encore des investigations au plan pulmonaire, afin de clarifier le diagnostic. Cette proposition n'a pas d'impact sur l'exigibilité.

Je n'ai pas de raison médicale de m'écarter des conclusions des experts."

Par avis médical complémentaire du 17 décembre 2008, le SMR, par le Dr G. \_\_\_\_\_, a souligné que la détérioration des fonctions

pulmonaires de l'assuré depuis 2007 entraînait une augmentation des limitations fonctionnelles, ce dernier ne pouvant plus exercer qu'une activité sédentaire légère.

**f)** Le 19 décembre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision rejetant sa demande de prestations, attendu que selon le rapport du CEMed du 11 septembre 2008, l'intéressé bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, si bien que son taux d'invalidité devait être maintenu à 19,19% conformément à l'arrêt rendu par le Tribunal cantonal des assurances le 13 avril 2004.

**g)** Par acte du 31 mars 2009, l'assuré a contesté ce projet de décision. Il s'est prévalu d'un rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 5 mars 2009, dans lequel ce dernier précisait ne pas remettre en question les diagnostics posés par les experts du CEMed, mais observer une sous-évaluation de la gravité de l'état anxio-dépressif de l'intéressé, ainsi que l'absence d'une mise en contexte et d'une vue d'ensemble somato-psycho-sociale. L'assuré a également invoqué un courrier du Dr E. \_\_\_\_\_ du 6 mars 2009, dans lequel ce dernier relevait que son patient ne subirait pas de bronchioscopie supplémentaire, et contestait les conclusions du rapport du CEMed, dès lors qu'une «*contradiction grave*» existait entre l'opinion de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ figurant à la lettre B, chiffre 2.2 dudit rapport, selon laquelle une activité sédentaire était envisageable à temps partiel au moins, et la lettre C, chiffre 3.2 qui mentionnait qu'une activité adaptée à l'invalidité pouvait être exercée en temps complet. En outre, le Dr E. \_\_\_\_\_ soulignait que de nombreux insuffisants respiratoires de même sévérité que l'assuré avaient été mis au bénéfice d'une rente AI.

**h)** Dans un avis du SMR du 1<sup>er</sup> mai 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_, avec l'aval du Dr R. \_\_\_\_\_, a précisé notamment ce qui suit :

"Pathologie pulmonaire

la CT d'une pleine Certes, au plan pneumologique au point 2.2 (p35), il est précisé que dans une activité sédentaire est envisageable à temps partiel au moins mais dans le cadre du consensus réalisé entre les 4 experts, décision d'une pleine CT a été prise (point 33.1 et 3.2 en p37). On peut appuyer

cette exigibilité par des éléments objectifs : l'assuré a réalisé un test d'effort sans désaturation significative, dont la charge maximale atteinte correspond à 4.7 METS, ce qui correspond à une VO2 max estimée à 16 ml/kg/min ; or selon les tabelles officielles, on sait que de nombreuses activités requièrent moins de 16ml/kg/min (Exemples: assis au bureau à écrire, calculer : 4.25 / travail debout à un bar : 8.75 / marche à 4.8km/h : 10,5 / marche à 5.6km/h : 14 / conduite de voiture : 4.25 / conduite d'un camion : 5.3 / grutier: 8.75 / conduite d'un gros poids lourd :10.5 / pompiste: 9.45 / entretien des sols (ponçage, cirage, etc) :9.45 / assemblage de petites pièces en position debout : 8.75 / assemblages plus lourds (mécanique agricole), brasage léger et stockage d'objets légers 10.5 / etc). Précisons en outre que l'assuré présente un trouble diffusif décrit comme léger, alors qu'en fait il peut être considéré comme encore normal, puisque la DLCO a été mesurée à 76% du score prédit ; or au-delà de 75% le résultat est considéré comme normal le trouble de diffusion est estimé comme léger entre 61 et 75% (réf: ATS/ERS Task Force, Eur Respir J 2005 ;26 :948- 66). Enfin l'assuré continue à fumer quelques cigarettes et/ou cigares / jour, ce qui ne peut être que délétère pour ses capacités respiratoires.

Aux tables relatives aux examens pratiqués, corrélés aux tables relatant les efforts possibles en lien avec les performances réalisées, on est en droit d'admettre une pleine CT dans une activité adaptée.

#### Pathologie psychiatrique

Dans sa lettre du 15.03.2009, le Dr [...] J.\_\_\_\_\_, manifeste son désaccord sur les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise. Il se positionne en tant que médecin traitant, dont on sait que ce rôle empêche une sereine objectivité, et on devra préférer l'appréciation de l'expert, lequel n'avait par ailleurs pas manqué d'avoir un entretien avec le psychiatre traitant et de discuter la teneur de ses RM. L'assuré ne reçoit pas de traitement psychotrope, ce qui paraît surprenant pour un « état anxio-dépressif » que le Dr J.\_\_\_\_\_ semble juger comme plutôt grave ; il n'évoque pas le syndrome somatoforme indifférencié pourtant retenu par le Dr [...] M.\_\_\_\_\_ et par les experts du COMAI. Il demande une réévaluation de l'IT, sans pour autant la chiffrer. Le Dr J.\_\_\_\_\_ n'apporte pas les éléments qui permettent de mettre en doute les conclusions de l'expertise du COMAI, dans laquelle (p32) les plaintes de l'assuré sont rapportées, dans laquelle il est bien précisé que l'assuré ne présente ni trouble cognitif majeur, ni ralentissement psychomoteur, ni fatigue (symptômes que rapporte le psychiatre traitant) ; l'anxiété n'est pas niée, mais elle s'estompe eu fil de l'entretien ; elle est par ailleurs connue, et déjà rapportée au syndrome somatoforme par le Dr M.\_\_\_\_\_ ; enfin les experts motivent leurs diagnostics en p32, finissant par conclure que la symptomatologie anxieuse et dépressive (qui n'est donc pas niée, mais dont l'intensité n'est pas suffisante pour engendrer des limitations fonctionnelles, et/ou le diagnostic d'épisode dépressif) est réactionnelle à l'inactivité ou à l'incapacité de travail et aux problèmes sociaux plutôt que la cause éventuelle d'une incapacité de travail."

**i)** Par écrit du 16 juin 2009, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'au terme de l'expertise pneumologique réalisée entre les 10 et 12 juin 2008, elle avait adressé au CEMed un rapport indiquant que l'activité professionnelle de l'assuré ne pouvait plus être poursuivie et qu'une réorientation était envisageable à temps partiel. Aussi était-elle surprise

que «*les conclusions finales du rapport CEMed mentionnent une capacité complète dans l'activité professionnelle exercée à ce jour*». Elle a ajouté qu'il était indispensable de réévaluer la situation de l'assuré, qu'une activité à temps partiel dans un travail à faible sollicitation physique serait négociable, et que l'altération de la capacité fonctionnelle respiratoire de l'intéressé était de l'ordre de 50%, ce qui illustre sa limitation physique.

**j)** En date du 8 juillet 2009, le SMR, par le Dr G.\_\_\_\_\_, a considéré que le rapport médical de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments nouveaux.

**C.** Par décision du 9 juillet 2009, l'OAI a rejeté l'opposition. Sur le plan médical, l'office s'est fondé sur les conclusions de l'expertise du CEMed du 11 septembre 2008, confirmées par le SMR dans des avis des 1<sup>er</sup> mai et 8 juillet 2009, pour retenir que le prénommé avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a, en revanche, estimé que les positions des Drs J.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ n'étaient pas susceptibles de remettre en cause l'appréciation des experts précités. Sous l'angle économique, pour déterminer le revenu d'invalidé de l'intéressé, l'OAI a tenu compte du salaire statistique d'hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé de la production et des services, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2006. Il a calculé un montant de 4'933 fr. 11 par mois ou 59'197 fr. 32 par année en 2006, pour un horaire hebdomadaire de travail de 41,7 heures ; adaptée à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008, la rémunération annuelle atteignait 61'347 fr. 36. Compte tenu d'un abattement pour les limitations fonctionnelles de 15%, le revenu annuel d'invalidé a été arrêté à 52'145 fr. 26. Comparant ce revenu à la rémunération que le recourant aurait perçue sans invalidité dans son ancienne activité en 2008, soit 65'921 fr., l'OAI a déterminé que le degré d'invalidité était de 20,90%, résultat qu'il convenait d'arrondir à 21%. Ce taux étant inférieur au seuil de 40%, l'OAI a retenu que l'assuré n'avait pas droit à une rente d'invalidité. Pour le surplus, l'office a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'accorder des mesures professionnelles, dès lors qu'elles ne permettraient pas de réduire le

préjudice économique subi, l'assuré pouvant en revanche prétendre à une aide au placement.

**D.** Agissant par l'entremise de son conseil, V. \_\_\_\_\_ a recouru le 11 septembre 2009 contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente, subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction. En substance, il remet en cause la valeur probante de l'expertise du CEMed, attendu que ses médecins traitants les Drs E. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, comme les experts Y. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ estiment que sa capacité de travail dans une activité adaptée est de 50% et non de 100%. Il relève que l'expertise en cause n'a pas tenu compte des réserves de la Dresse Q. \_\_\_\_\_. Il met en doute la valeur probante de cette expertise, dans la mesure où le CEMed est une société commerciale dont le principal client serait l'OAI. Il produit divers documents pour étayer ses dires, dont un rapport médical du 26 août 2009 établi par le Dr Y. \_\_\_\_\_, indiquant que la capacité de travail dans une activité adaptée ne serait que de 50%.

Dans sa réponse du 12 novembre 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, se fondant sur l'expertise du CEMed ainsi que sur l'avis du SMR du 1<sup>er</sup> mai 2009. Il joint à ses déterminations un nouvel avis du SMR du 4 novembre 2009, dans lequel le Dr L. \_\_\_\_\_, avec l'approbation du Dr R. \_\_\_\_\_, explique que l'argumentation et les pièces fournies par le recourant ne sont pas susceptibles de modifier l'appréciation dudit service.

Dans sa réplique du 9 décembre 2009, l'intéressé reproche au SMR de placer sa propre exégèse des pièces au centre de l'affaire.

Par duplique du 6 janvier 2010, l'OAI confirme la décision querellée, à laquelle il renvoie pour le surplus.

**E n d r o i t :**

**1. a)** 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). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable à la forme.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant notamment d'un refus de rente.

**2, a)** La LAI ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en

considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 9 juillet 2009.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>e</sup> révision de ladite loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

**b)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366; 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références citées; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 p. 366; 117 V 287 consid. 4 p. 293 et les références citées; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2; TF 9C\_931/2008 du 8 mai 2009, consid. 4.3).

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, 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 LPGA, 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 LPGA, 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).

**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.

**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 inexpliquée (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[an]t 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'Al. 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 Al 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.

**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).

**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).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 9 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice fixés à 450 fr. sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- à Me Henri Bercher (pour le recourant),
- à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- à l'Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :