

# VD\_FINDINFO AI 117/09 - 225/2011 vom 16. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_117\\_09\\_-\\_225\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_117_09_-_225_2011)

FR: VD\_FINDINFO AI 117/09 - 225/2011 du 16 mai 2011

IT: VD\_FINDINFO AI 117/09 - 225/2011 del 16 maggio 2011

## Regeste

ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ÉVALUATION MÉDICO-THÉORIQUE, EXIGIBILITÉ, AFFECTION CARDIAQUE | 28 LAI, 4 LAI

## Erwägungen

### E. 2

Le recourant se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle il prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

(anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

### **E. 3**

En l'espèce, est litigieuse la question du droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son degré d'invalidité. Ce dernier est d'avis qu'il présente une incapacité totale de travail et qu'il doit dès lors être mis au bénéfice d'une rente entière. a) Sur le plan psychique, le Dr C. \_\_\_\_\_ a fait état de troubles attentionnels importants, cliniquement observables, en attention sélective et soutenue, ainsi qu'en mémoire de travail, entravant notamment la saisie des consignes et des informations données oralement et empêchant la poursuite de la conduite automobile (rapport du 28 avril 2009). Ces troubles étaient la conséquence d'un stress post-traumatique devant être traité. L'assuré a ainsi entamé dès le mois de mai 2009 une psychothérapie de soutien hebdomadaire avec un traitement antidépresseur prudent vu sa sensibilité aux effets secondaires et l'importance de la co-médication somatique (rapport du 22 octobre 2009 de la Dresse H. \_\_\_\_\_). La psychiatre traitante a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique, attestant une totale incapacité de travail pour une durée indéterminée dès 2006 compte tenu des données anamnestiques. Il convient toutefois de constater que le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, n'a pas relevé la présence d'une atteinte à la santé psychique qui eût été propre à entraîner une incapacité de travail. En outre, l'affirmation selon laquelle il existait déjà en 2006 une incapacité de travail d'une certaine importance d'origine psychique est une hypothèse qui n'est pas étayée par des éléments suffisamment probants, raison pour laquelle elle ne saurait être retenue. On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 266 consid. 1b et les références citées), pouvant donner droit à une modification de la rente si les conditions en sont remplies. b) Sur le plan neurologique, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué dans un rapport du 28 avril 2009 que les difficultés langagières résiduelles en français de l'assuré (moins bonne maîtrise du français oral qu'en 2006, en expression et en compréhension, avec toutefois une préservation de la répétition), ainsi que dans la langue maternelle ne correspondaient pas aujourd'hui aux signes propres d'une aphasie de type conduction. Malgré une péjoration de la situation, il a conclu que les seules anomalies organiques neurologiques ne justifiaient aucune incapacité de travail, car elles consistaient en de discrètes séquelles langagières peu perceptibles dans la communication courante. Dès lors, il y a lieu de retenir que le recourant ne présente aucune affection neurologique susceptible de justifier une incapacité de travail, alors même que, selon l'avis du neurologue, la situation de l'assuré s'était aggravée depuis 2006. c) Sur le plan cardiologique, l'intimé s'est référé aux avis formulés par les Drs D. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré (rapport médical du 3 avril 2007) et S. \_\_\_\_\_ du SMR (communication interne du 19 février 2008, avis médicaux des 4 avril 2008, 23 décembre 2008, 27 mai 2009 et 19 novembre 2009) pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, le Dr D. \_\_\_\_\_ a certes précisé dans un rapport médical du 3 avril 2007 que la sévérité de la cardiopathie présentée par l'assuré avec resténose des

stents et le développement d'une insuffisance ventriculaire gauche étaient autant d'éléments qui contre-indiquaient la reprise d'une activité professionnelle quelconque, tout en confirmant en date du 27 juillet 2007 que son patient présentait une totale incapacité de travail dès le 4 juillet 2006, soit depuis une coronarographie de sécurité, pratiquée au Q. \_\_\_\_\_ qui avait révélé une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Toutefois, suite à la demande du Dr S. \_\_\_\_\_, le Dr D. \_\_\_\_\_ a nuancé sa position en ce sens qu'il a indiqué qu'il existait une pleine exigibilité médico-théorique dans une activité sédentaire, sans effort physique, de type administratif ou dans la manutention de petites pièces. Le SMR n'a ainsi pas admis l'incapacité de travail dans toute activité retenue par le Dr R. \_\_\_\_\_, cardiologue traitant du recourant, en considérant qu'elle était justifiée par l'énoncé de diagnostics et non par des limitations fonctionnelles réelles (avis médical du SMR du 23 décembre 2008). Cette appréciation des preuves apparaît dans le contexte du dossier comme insoutenable, voire arbitraire et viole donc le droit fédéral. L'intimé a perdu de vue que le rapport médical du Dr R. \_\_\_\_\_ du 3 avril 2007 est le seul document dans le dossier émanant d'un spécialiste en cardiologie, qui s'est prononcé quant à la reprise éventuelle d'une activité professionnelle. Il a ainsi considéré que le myocarde de son patient était à protéger au mieux, rendant inenvisageable une quelconque reprise professionnelle pouvant correspondre à ses compétences restreintes en raison de la problématique hématologique, neurologique, coronarienne et ventriculaire gauche. Dans ce contexte, on peine à comprendre les raisons qui ont motivé le SMR à solliciter des renseignements complémentaires auprès d'un médecin généraliste, plutôt qu'auprès d'un spécialiste en cardiologie afin de déterminer les capacités fonctionnelles du cœur et la capacité de travail médico-théorique. L'intimé n'a en effet pas jugé opportun de requérir un rapport médical auprès des Drs M. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ du Q. \_\_\_\_\_, établissement dans lequel l'assuré a séjourné en janvier et juillet 2006 et qui ont, semble-t-il, prescrit un arrêt de travail définitif avec mention des démarches AI à entreprendre (rapport médical du Dr R. \_\_\_\_\_ du 3 avril 2007 sous point A in fine), malgré une fraction d'éjection systolique de 40 % qualifiée de moyennement diminuée par le SMR (avis médical du 23 décembre 2008). Dans un courrier du 20 novembre 2006 adressé au Dr D. \_\_\_\_\_, le Dr R. \_\_\_\_\_ avait en effet constaté une nette péjoration par rapport aux données recueillies en janvier 2006. Alors que l'assuré avait repris une activité professionnelle le 3 avril 2006, il semble que tel n'ait plus pu être le cas en juillet 2006 en raison de l'avis des médecins du Q. \_\_\_\_\_ et du Dr R. \_\_\_\_\_. Il n'est dès lors pas admissible que l'appréciation médicale des médecins spécialisés en la matière relative à l'influence de ces affections sur une activité professionnelle ait été écartée au profit d'avis médicaux émanant de praticiens non spécialisés, sans procéder à une instruction complémentaire, le SMR justifiant une capacité de travail dans une activité adaptée par le fait que l'activité exercée d'aide-monteur trop physique était certainement contre-indiquée (rapport du SMR du 4 avril 2008). Certes, l'assuré a fait preuve d'une tolérance aux efforts de la vie quotidienne sans symptomatologie significative nouvelle dans la sphère cardiovasculaire (lettre du 18 juin 2007 du Dr R. \_\_\_\_\_ adressée au Dr D. \_\_\_\_\_), le cardiologue traitant faisant le même constat en mai 2008, avec une fraction d'éjection systolique de 55 % (rapport d'échocardiogramme du 6 mai 2008), en amélioration par rapport à 2007. Toutefois, aucun élément probant ne vient confirmer la corrélation de ces constatations avec une totale capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr R. \_\_\_\_\_ n'ayant à aucun moment envisagé la reconnaissance d'une capacité de travail résiduelle. Enfin, mis à part un risque de thrombose du stent relevé par le SMR (communication interne du 19 février 2008), il

persiste une affection hématologique, la demande AI ayant été déposée en raison d'un fort taux de plaquettes et de coagulant. Ce point aurait également mérité une instruction complémentaire, afin de déterminer si une capacité médico-théorique pouvait être retenue malgré cette atteinte.

#### **E. 4**

Dans ces conditions, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux conséquences des atteintes physiques sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. L'instruction menée par l'intimé est manifestement lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. En préférant statuer en l'état, sans chercher à élucider ce point essentiel, l'intimé a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais a encore failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA et 69 al. 2 RAI).

#### **E. 5**

Partant, le Tribunal de céans n'a pas d'autre alternative que d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise indépendante (art. 44 LPGA, compte tenu des prises de position du SMR en procédure), respectivement toute mesure utile au regard des affections présentées par le recourant, puis qu'il rende une nouvelle décision.

#### **E. 6**

a) 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure. b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire obtient gain de cause, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton si les dépens ne peuvent être obtenus de la partie adverse ou qu'ils ne le seront vraisemblablement pas. Le canton est subrogé à concurrence du montant versé à compter du jour du paiement (art. 122 al. 2 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Monique Gisel, avocate au Mont-sur-Lausanne, à compter du 10 février 2009 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celle-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 3'693 fr. 60 (dont 273 fr. 60 de TVA) à titre d'honoraires et à 108 fr. (dont 8 fr. de TVA) à titre de débours, soit à un total de 3'801 fr. 60, TVA comprise. c) Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer équitablement à 2'500 francs, compte tenu de ses frais d'avocat et des autres frais indispensables occasionnés par le litige (art. 7 al. 1 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).