

## **VD\_GERICHTE ZD07.007530 vom 5. Februar 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-02-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD07.007530](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD07.007530)

FR: VD\_GERICHTE ZD07.007530 du 5 février 2010

IT: VD\_GERICHTE ZD07.007530 del 5 febbraio 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 24**

(correspondant à 17 items) réalisé par l'assuré au test de Hamilton le

#### **E. 27**

mars 2009. L'expert estime que le trouble dysthymique pourrait être présent depuis les débuts de l'âge adulte et que la comorbidité du trouble dépressif majeur semble s'être progressivement imposée depuis le début des années 2000 et qu'elle est devenue manifeste en 2007. Il relève que le recourant a été manifestement traumatisé sur le plan psychique dans le contexte du pontage coronarien pratiqué en mai 2005 et se vit comme un être en sursis, alors que sa situation cardiovasculaire apparaît comme stabilisée. S'agissant du début de l'incapacité de travail psychiatrique, qu'il estime difficile à fixer, l'expert note que les multiples rapports médicaux établis à la suite de l'opération chirurgicale de 2005 ne font pas état d'une pathologie psychiatrique, ce qui selon lui permet d'exclure un trouble psychique manifeste, grave et d'emblée incapacitant, dès lors qu'"une dépression sévère ne passe pas inaperçue des non spécialistes". Les troubles psychiatriques sont mentionnés au dossier pour la première fois dans un courrier du 24 janvier 2007 de l'assuré à l'OAI et ne donnent lieu à un suivi spécialisé qu'à partir du 27 février suivant. Au vu de ces éléments, l'expert propose de retenir la date du 1er janvier 2007 comme début de l'incapacité de travail, le recourant ne présentant pas d'incapacité significative auparavant. Quant au taux de l'incapacité de travail, l'expert le fixe à un maximum de 50% sur le plan psychiatrique, dès lors que le recourant conserve des ressources (il relève à cet égard que ce dernier a géré correctement et sans aucune aide extérieure le processus d'expertise, qu'il communique tout à fait correctement et qu'il défend adéquatement son dossier). Dans cette mesure, il estime qu'on peut raisonnablement exiger du recourant qu'il reprenne son activité professionnelle habituelle; par ailleurs, il n'a pas d'autre activité adaptée à proposer en l'occurrence. L'expert précise toutefois que le recourant présente des éléments dépressifs (difficultés à penser et à se concentrer; perte du plaisir et baisse de l'estime de soi; fatigue, fatigabilité et troubles du sommeil) limitatifs dans son activité professionnelle et susceptibles de contribuer à baisser son rendement. Il considère que des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez un sujet qui n'en fait pas la

- 12 - demande, mais qu'une aide au placement pourrait être utile si le recourant se montrait motivé. S'agissant du traitement actuel, l'expert le juge adéquat tant en qualité qu'en quantité. Enfin, l'expert mentionne que la situation pourrait être fixée pour une longue durée, sachant aussi que l'association dysthymie - dépression majeure, occasionnellement appelée double dépression, est connue pour son mauvais pronostic en termes de chronicité. Le SMR ayant jugé l'expertise convaincante par avis du 6 mai 2009, l'intimé a déclaré le 19 mai suivant qu'au vu de l'exigibilité médicale fixée par l'expert à 50% dans l'activité habituelle comme dans toute activité adaptée depuis janvier 2007, il proposait d'admettre le

recours en ce sens qu'il reconnaissait à l'assuré le droit à une demi-rente dès le 1er janvier 2008. Dans ses déterminations du 16 juin 2009, le recourant a maintenu ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière fondée sur une invalidité de 100% dès le 1er mai 2005. Il a également produit deux nouvelles pièces médicales établies respectivement par le Dr F. \_\_\_\_\_ le 10 juin 2009 et par le Dr R. \_\_\_\_\_ le 13 juin suivant. Le Dr F. \_\_\_\_\_ précise ainsi avoir suivi médicalement le recourant de 1996 au mois d'août 2004, puis de nouveau depuis le mois de janvier 2007, et relève que le début de l'état dépressif de son patient est difficile à dater mais qu'"anamnestiquement cet état devait être présent peu de temps après son opération". Quant au Dr R. \_\_\_\_\_, il conteste les conclusions de l'expert N. \_\_\_\_\_ s'agissant du taux de l'incapacité de travail retenu ainsi que de la chronologie d'apparition des troubles psychiques. En substance, il considère que le recourant présentait un trouble dépressif majeur de degré sévère au moins depuis le 27 février 2007 et jusqu'à l'été 2007 en raison duquel il était dans l'incapacité de se concentrer sur une tâche suivie même simple et ne pouvait à plus forte raison s'impliquer dans une activité lucrative, et que la relative amélioration obtenue depuis l'automne 2007 n'est pas suffisante pour lui permettre d'envisager une reprise d'activité professionnelle même à temps partiel, mais lui permet tout au plus de faire des petits projets pour la journée, tels d'aller faire une brève

- 13 - excursion ou de rencontrer une connaissance. En ce qui concerne la chronologie d'apparition des troubles psychiques, le Dr R. \_\_\_\_\_ note ce qui suit : "Lors d'un entretien téléphonique qu'il m'a fait après avoir terminé son rapport, le Dr N. \_\_\_\_\_ m'a fait part d'une hypothèse selon laquelle le développement et la persistance chez l'expertisé d'un état d'incapacité complète de travail serait la résultante du facteur psychologique suivant : l'expertisé, dans les suites de son opération de pontage coronarien, a eu le sentiment qu'il allait mourir. Cette impression entrait en résonance avec le souvenir d'un épisode de son enfance, où, à la suite d'une opération des amygdales, on avait cru qu'il était mort. Il en serait résulté chez lui, dans les suites de l'opération de 2005, le sentiment qu'il ne pouvait plus s'investir dans une activité, qu'il devait à tout prix s'économiser, ne rien entreprendre, car il serait en danger mortel s'il ne se ménageait pas de cette manière. Ce sentiment serait cause d'un blocage psychologique empêchant l'expertisé de sortir de sa position d'incapacité. Le Dr N. \_\_\_\_\_ évoque d'ailleurs brièvement cette hypothèse en p. 15 : "Dans le contexte d'un pontage coronarien en mai 2005, l'expertisé a été manifestement traumatisé sur le plan psychique. Il se vit maintenant comme un être en sursis, alors que sa situation cardiovasculaire apparaît comme stabilisée". Le Dr R. \_\_\_\_\_ déclare dès lors ne pas comprendre le choix de l'expert de faire débiter en 2007 l'apparition du trouble dépressif majeur s'il estimait que celui-ci s'était développé dans la suite de l'opération de 2005. E n d r o i t : 1. Interjeté dans le délai de trente jours dès la notification de la décision sur opposition attaquée et respectant les autres exigences formelles légales, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD).

- 14 - La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants

se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 c. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 4ème révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). En revanche, les modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, ne sont pas applicables au présent cas, qui doit être examiné au regard des normes légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. L'entrée en vigueur de la LPGA n'a pas modifié la définition de l'invalidité et la jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi est ainsi toujours applicable. En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 c. 3.4; TFA, arrêt du 17 mai 2005 en la cause I 7/05, c. 2; arrêt du 6 septembre 2004 en la cause I 249/04, c. 4). 3. 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 art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un

- 15 - 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). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. b) En vertu de l'article 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. c) Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger de l'assuré que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; RCC 1987 p. 458). 4. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur

- 16 - probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 125 V 351 c. 3a et les références citées). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leur conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF 9C\_776/2007 du 14 août 2008; ATF A, 28 octobre 2002, I 523/02, c. 3; ATF 125 V 351 c. 3a). 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; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport

- 17 - de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 c. 5.2). En revanche, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et 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 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces 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 c. 3). 5. a) Le recourant conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, fondée sur une incapacité de travail totale dans toute activité, dès le 1er mai 2005. L'intimé reconnaît quant à lui que l'assuré a droit à une demi-rente dès le 1er janvier 2008 en raison d'une incapacité de travail de 50%, dans son activité habituelle comme dans toute activité adaptée, consécutive à une atteinte à sa santé psychique. b) Sur le plan psychique, si les parties admettent que le recourant présente un trouble dépressif entraînant une diminution de sa capacité de travail, elles diffèrent quant à l'intensité de cette atteinte et à la date à partir de laquelle débute l'incapacité de travail. L'OAI se fonde sur les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr N.\_\_\_\_\_. Le recourant formule pour sa part diverses critiques à l'égard de celle-ci et se prévaut de l'avis de son psychiatre traitant, le Dr R.\_\_\_\_\_. Le recourant fait d'abord grief à l'expert de ne pas avoir motivé le taux de 50% retenu pour fixer son incapacité de travail. Ce reproche tombe toutefois à faux dès lors qu'en l'occurrence, l'expert a clairement indiqué que l'évaluation de l'incapacité de travail dans le cas de troubles dépressifs était toujours un exercice difficile et qu'on ne saurait simplement se fonder sur le degré de sévérité desdits troubles mais qu'il s'agissait bien plutôt de prendre en considération certaines de leurs caractéristiques (telles qu'incapacité à penser, perte

d'énergie,

- 18 - baisse d'intérêt, ralentissement). Il a ensuite procédé à l'évaluation concrète de l'incapacité du recourant en se fondant, d'une part, sur les limitations engendrées par les troubles dépressifs dans son activité professionnelle (difficultés à penser et se concentrer; perte du plaisir et baisse de l'estime de soi pouvant rendre difficile l'élaboration de projets, même s'ils ne sont pas conséquents; fatigue, fatigabilité et troubles du sommeil avec leurs répercussion diurnes), et d'autre part, sur les ressources conservées par l'intéressé. S'agissant précisément de ces dernières, le recourant reproche à l'expert de les avoir mal évaluées, affirmant au contraire qu'il peut à l'heure actuelle tout au plus faire des petits projets pour la journée, "tels d'aller faire une brève excursion ou de rencontrer une connaissance", comme le mentionne le Dr R.\_\_\_\_\_. Or, force est de constater avec l'expert qu'en participant de bout en bout, sans aucune aide extérieure, à satisfaction et de manière adéquate au processus d'expertise, notamment en communiquant tout à fait correctement et en défendant adéquatement son dossier, le recourant a démontré de manière concrète posséder des ressources supérieures aux compétences très limitées citées par son psychiatre traitant, lequel reconnaît d'ailleurs une amélioration dans l'état de son patient depuis l'automne 2007. Au demeurant, le caractère restreint des ressources du recourant n'est pas incompatible avec la capacité de travail réduite de moitié retenue par l'expert. Enfin, le recourant qualifie d'arbitraire la date du 1er janvier 2007 retenue par l'expert comme début de l'incapacité de travail, affirmant qu'elle n'est fondée sur aucun raisonnement ou observation scientifique. Tel n'est cependant pas le cas. En effet, tant le Dr N.\_\_\_\_\_ que le Dr R.\_\_\_\_\_ soulignent le rôle de l'opération chirurgicale subie par le recourant en mai 2005 dans l'apparition des troubles dépressifs. Le recourant entend dès lors y faire remonter le début de son incapacité de travail. L'expert relève cependant à juste titre qu'aucun des nombreux documents médicaux établis au cours de la convalescence du recourant et par la suite ne fait mention d'une quelconque pathologie psychiatrique, alors qu'un trouble dépressif majeur ne saurait échapper à l'attention des

- 19 - multiples intervenants médicaux, y compris les médecins traitant du recourant, à plus forte raison s'agissant d'un épisode dépressif de degré sévère. Ce n'est que le 24 janvier 2007 que le recourant fait pour la première fois état de difficultés de nature psychique, qui entraînent une prise en charge thérapeutique dès le 27 février suivant. Au surplus, tant l'expert que le Dr R.\_\_\_\_\_ relèvent l'existence d'une tendance dépressive de longue date chez le recourant et évoquent le caractère progressif du développement du processus dépressif. Il convient dès lors d'admettre avec l'expert que le recourant ne présentait pas de trouble psychique manifeste entraînant une incapacité de travail significative avant le 1er janvier 2007. L'avis du Dr F.\_\_\_\_\_ n'est pas pertinent à cet égard, dès lors que, comme ce praticien l'indique lui-même dans son avis du 10 juin 2009, il n'a pas été consulté par le recourant durant la période d'août 2004 à fin 2006. Cela étant, il y a lieu de reconnaître que l'expertise, qui intègre une anamnèse complète, développe une discussion du cas fondée sur les critères diagnostiques internationaux reconnus et les observations résultant des investigations menées, aboutit à des conclusions claires, précises et convaincantes, ayant ainsi valeur probante au sens des critères jurisprudentiels (cf. c. 4 supra). c) Sur le plan somatique, le recourant se prévaut d'une réduction de sa capacité de travail de 50% en raison d'une atteinte pulmonaire, attestée par son pneumologue traitant, le Dr B.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 6 mai 2006. Cet avis n'est cependant pas confirmé ultérieurement par le Prof. T.\_\_\_\_\_, du service de pneumologie de [...], qui conclut le 29 septembre 2006 à

une pleine capacité de travail du recourant dans une activité sédentaire de bureau, telle notamment son activité d'informaticien, sans limitation fonctionnelle. Le Prof. T. \_\_\_\_\_ fonde sa position sur la valeur VO<sub>2</sub>/kg du recourant mesurée à l'ergospirométrie, supérieure en l'espèce au seuil requis par la littérature spécialisée pour effectuer un travail sédentaire. Il constate en outre une augmentation de la capacité vitale et capacité vitale fonctionnelle du recourant sur le plan fonctionnel respiratoire, et ne prévoit pas une

- 20 - évolution défavorable en l'état. Mieux étayé et plus convaincant, l'avis du Prof. T. \_\_\_\_\_ doit l'emporter sur celui du Dr B. \_\_\_\_\_, et, de par sa spécialisation, sur celui du Dr D. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant. Au surplus, on ne voit pas en quoi un port de charges limité à 8-10 kg tel qu'évoqué par le Dr F. \_\_\_\_\_ en rapport avec la dyspnée d'effort serait incompatible avec l'activité d'informaticien du recourant. Le recourant invoque également des lombalgies persistantes et se plaint de paresthésies, fourmillements et crampes aux membres inférieurs. Les investigations menées en 2002 et 2005 par le Dr L. \_\_\_\_\_, neurologue, n'ont toutefois pas révélé de pathologie à ces niveaux ni permis d'expliquer la symptomatologie présentée. Quant aux discopathies sévères étagées et à la petite hernie discale médiane L5-S1 sans signe de compression radiculaire montrées par l'examen IRM pratiqué en 2007, le Dr J. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé le 5 juin 2007 qu'elles ne pouvaient être cause d'invalidité dans une activité légère, ce qui n'est infirmé par aucun élément médical au dossier. Enfin, les avis des Drs F. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, médecins généralistes traitant successifs, n'établissent pas en quoi les paresthésies et lombalgies qu'ils diagnostiquent limiteraient la capacité de travail exigible du recourant et ne sont au demeurant corroborés par aucun autre avis médical. d) Le dossier médical du recourant s'avérant suffisamment complet pour permettre à la cour de céans de statuer, il n'y a dès lors pas lieu d'en compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise sur le plan somatique, comme le demande le recourant dont la requête en ce sens doit être écartée. 6. En conclusion, il convient d'admettre le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré de 50% depuis le 1er janvier 2008 (soit au terme du délai d'un an prévu par l'art. 29 al. 1 LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), comme le reconnaît l'intimé.

- 21 - Cela étant, le recours doit être admis partiellement et la décision attaquée réformée dans le sens de ce qui précède. 7. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 52 al. 1 LPA-VD). Obtenant en partie gain de cause, le recourant, assisté d'un avocat, a droit à des dépens, dont le montant doit être fixé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige; cette indemnité sera mise à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

- 22 -