

VD_GERICHTE ZD15.028428 vom 10. Januar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-01-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.028428

FR: VD_GERICHTE ZD15.028428 du 10 janvier 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.028428 del 10 gennaio 2017

Erwägungen

E. 4

décembre 2012 du Dr H._____. Il soutenait ainsi que les informations recueillies durant le stage d'observation complétaient utilement les données médicales du Professeur P._____. en démontrant concrètement qu'il n'était pas en mesure de mettre en valeur la capacité de travail résiduelle retenue par le médecin du SMR. L'assuré critiquait également le taux d'abattement de 15% retenu par l'Office AI au titre de désavantage

- 15 - salarial en le qualifiant de « nettement insuffisant » au vu de son âge (soixante et un ans) et ses limitations fonctionnelles. Dans un avis SMR du 22 juillet 2014, le Dr H._____ s'est déterminé comme il suit : “[...] L'assuré conteste le projet de décision (refus de rente) du 25.11.2013. Il fournit une lettre du Prof. P._____, médecin traitant, datée du 10.12.2013 dans laquelle ce médecin demande de réévaluer la situation, sans apporter aucun fait médical nouveau. Le 06.02.2014, le conseil de l'assuré apporte ses objections ; il se réfère au médecin traitant et au centre I._____ pour affirmer que l'assuré n'est plus à même de mettre en valeur de manière significative sa CT [capacité de travail] résiduelle ; ces objections ont déjà été discutées dans l'avis SMR du 04.12.2012 et ne sont pas recevables. Nous maintenons notre position.” Par décision datée du 13 mai 2015 mais reçue le 9 juin 2015 par le conseil de l'assuré, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles. B. Par acte du 7 juillet 2015 de Procap Suisse Service juridique, Z._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant avec dépens et principalement à son annulation ainsi qu'à la constatation de son droit aux prestations litigieuses. Subsidiairement, il conclut au renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision sur son droit aux prestations. Il allègue que les rapports du Professeur P._____ et celui du centre I._____ concordent s'agissant de l'étendue des limitations fonctionnelles de sorte que les informations recueillies au cours du stage d'observation complètent utilement les données médicales. En raison de son état de santé, il n'est plus à même de mettre en valeur la capacité de travail résiduelle retenue par le Dr H._____. Il soutient que l'expertise neurologique effectuée le 18 février 2011 à la Clinique [...] ne tient pas suffisamment compte de ses limitations fonctionnelles actuelles. Les constatations de cette expertise sont contredites par les conclusions postérieures des stages I._____ et du Professeur P._____. Passif,

- 16 - extrêmement anxieux et terrorisé par la perspective d'un nouvel AVC, le recourant soutient ne pas « du tout » être apte à produire un rendement de 80% même dans une activité simple ne demandant ni finesse, ni efforts physiques et pouvant être effectuée à son rythme. Le 6 janvier 2014, le médecin traitant a attesté une capacité de travail résiduelle de 20% dans des activités adaptées et confirmé que ses limitations fonctionnelles étaient attribuables à ses atteintes (à savoir, un status post AVC ischémiques multiples

fronto-pariétaux dans le territoire de l'ACA et ACM droite d'origine antéro-artérielle probable avec héli-syndrome moteur et ataxique facio-brachio-crural gauche et quadranoscopie supérieure gauche). L'augmentation du taux de travail de 50 à 100% annoncée le 20 juillet 2010 par le Dr P. _____ à L. _____ ne s'étant pas concrétisée, le recourant fait valoir une évolution défavorable postérieure à l'examen neuropsychologique effectué en 2011 par le Dr V. _____ et requiert que l'instruction du dossier soit complétée par une expertise judiciaire pluridisciplinaire (cardiologique, psychiatrique et neuropsychologique). Outre l'évaluation de son état de santé, il conteste également le calcul de son préjudice économique par l'OAI. Dans l'éventualité où une capacité de travail résiduelle devrait être confirmée au terme de l'instruction complémentaire, il conclut à l'octroi par l'intimé de mesures professionnelles sous la forme d'un réentraînement à l'endurance et d'orientation suivies d'une aide au placement. Par décision du 20 août 2015, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 juillet 2015, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires. Dans sa réponse du 20 octobre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Concédant que sur le plan médical, l'expertise neurologique remontait à 2011, il estime cependant que le Professeur P. _____ n'atteste pas une aggravation postérieurement à cette expertise et que le recourant ne peut être suivi lorsqu'il conclut à une évolution défavorable du simple fait que son médecin traitant a préconisé, dans son rapport du 20 juillet 2010, une augmentation progressive du taux de travail de 50 à 100% puis une

- 17 - diminution de la capacité de travail à 20% en 2014. Il observe que si le Professeur P. _____ est constant dans ses rapports s'agissant de son appréciation selon laquelle le recourant est en incapacité totale de travailler depuis 2010, il module toutefois son point de vue en retenant des pourcentages d'exigibilité de 20% à 50%. L'OAI considère avec le SMR dans ses avis successifs que le 29 septembre 2010 - et dans ses rapports postérieurs des 3 mai 2012, 10 décembre 2013 et 6 janvier 2014 -, le Dr P. _____ ne fait nullement part d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis l'expertise en 2011. L'intimé précise qu'une éventuelle future péjoration compte tenu des risques de récurrences mentionnés dans le rapport du 6 janvier 2014 pourrait alors faire l'objet d'une nouvelle appréciation. Concernant les stages effectués au centre I. _____, le premier ayant été interrompu prématurément au début 2012 il n'a pas pu aboutir à une évaluation concluante. Quant au deuxième, l'évaluation du rendement (à 25% d'un taux d'activité à 50% en regard des exigences de l'économie) en présence d'un assuré décrit comme très démonstratif, anxieux et préoccupé par ses propres problèmes et dont le rythme était irrégulier, reproduit le comportement observé mais sans illustrer l'exigibilité médicale. S'en référant aux conclusions du rapport d'expertise neurologique du 7 mars 2011, confirmées par le médecin du SMR au terme de ses avis ultérieurs, l'Office AI maintient que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail avec une diminution du rendement de 20% maximum compte tenu d'une fatigabilité associée aux troubles exécutifs et attentionnels minimes observés. L'OAI réfute pour terminer en totalité les griefs élevés par l'intéressé en lien avec le calcul de son préjudice économique. En réplique, le 12 novembre 2015, le recourant a maintenu les moyens de preuve requis et les conclusions prises à l'appui de son acte du

E. 7

juillet 2015. Il répète que l'expertise datant de 2011 n'est manifestement plus suffisamment actualisée au regard des constatations médicales plus récentes de son médecin traitant, lesquelles concordent avec les conclusions du stage d'observation effectué. A suivre le recourant, l'existence de doutes sur les conclusions de l'expertise précitée

- 18 - impose la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire pluridisciplinaire (cardiologique, psychiatrique et neuropsychiatrique). Il se réfère pour le surplus aux griefs élevés dans son mémoire de recours en lien avec le calcul de son degré d'invalidité par l'intimé. Au terme de sa duplique du 7 décembre 2015, l'OAI a maintenu ses conclusions dans le sens du rejet du recours et de la confirmation de la décision litigieuse. 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'assurance-invalidité. 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 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

- 19 - du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c, et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).
b) La question litigieuse porte en premier lieu sur l'évaluation de l'état de santé du recourant, respectivement de la capacité de travail résiduelle de celui-ci dans une activité adaptée et partant son droit à la rente et, le cas échéant, à d'éventuelles mesures professionnelles. Il s'oppose également, dans un second temps, à l'évaluation de son préjudice économique par l'OAI (calcul des revenus sans et avec invalidité ainsi que le taux d'abattement retenu). 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 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 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'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1er janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de

travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. b) L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: (a.) sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne

- 20 - peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; (b.) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et (c.) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 5.4). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les

- 21 - médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1er juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante.

- 22 - Cependant, selon la Haute Cour, 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 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C 91/2008 du 30 septembre 2008). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1, 9C_748/2013 du

E. 10

février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1, 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

- 23 - b) Selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références citées; TFA 762/2002 du 6 mai 2003 consid. 2). Cela étant, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF 107 V 17 consid. 2b; TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3, 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9

juillet 2013 précités, 9C_739/2010 du 1er juin 2011 consid. 2.3 et les références citées). 6. En l'espèce, le médecin du SMR, dans ses avis des 4 décembre 2012 et 22 juillet 2014, constate l'absence d'éléments dans le sens d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis le rapport d'expertise neurologique et neuropsychologique du 7 mars 2011 du Dr V._____. Le SMR retient que si l'activité de grutier est définitivement compromise, il subsiste néanmoins une capacité médico-théorique de travail de l'assuré à 100% avec diminution de rendement de 20%, depuis octobre 2010, dans une activité adaptée (à savoir un travail de chantier au sol); se calquant sur l'expert mandaté, le médecin du SMR retient une diminution de rendement de 20% maximum depuis lors en raison d'une fatigabilité associée aux troubles exécutifs et attentionnels minimes observés, sans limitation physique particulière (cf. rapport SMR du 16 mars 2011 du Dr H._____. Afin de compléter et préciser cette capacité de travail, en particulier en terme de rendement, dans le cadre de l'instruction de sa demande par l'Office AI, le recourant a entrepris le 30 novembre 2011 un

- 24 - stage d'évaluation-orientation, à un taux de présence de 100%, prévu sur trois mois, aux ateliers du centre I._____. En raison de plusieurs incapacités de travail attestées par le Professeur P._____, il n'effectue au final que six jours d'évaluation durant lesquels il s'est montré, aux dires de ses examinateurs, comme quelqu'un de plutôt démonstratif et plaintif avec un discours focalisé sur sa santé et ses difficultés. Il se levait et alternait les positions constamment. Un nouveau stage chez I._____ est organisé du 23 octobre au 30 novembre 2012. Il ressort du rapport de stage du 26 novembre 2012 que l'activité a été réalisée à un taux de 50% avec un rendement alors estimé à 25% et que malgré son petit niveau de connaissance, l'assuré a montré des dispositions manuelles et pratiques pour assembler, à son rythme, du matériel électromécanique de manière adéquate. Il y est précisé que celui-ci nécessite cependant du personnel d'encadrement afin d'être guidé et rester actif dans son activité. Il est décrit comme quelqu'un en apparence angoissé, très démonstratif, se déplaçant à l'aide d'une béquille en se tortillant, en grimaçant et en gémissant, toussotant très fréquemment. Le recourant est perçu comme étant de nature pessimiste, vivant dans la crainte d'un nouvel AVC et peinant à se projeter dans l'avenir. Au vu de leurs observations, les responsables au centre estiment que le recourant ne « peut manifestement pas prétendre à un emploi rémunéré dans l'économie » et que « seule une activité adaptée et à temps partiel en atelier protégé est envisageable » (cf. rapport de stage du 26 novembre 2012 du centre I._____ p. 7). En parallèle à ces constatations, le Professeur P._____ atteste dans ses rapports, une capacité de travail variable puis une diminution à 20% en 2014 dans les suites (fluctuation des symptômes) des AVC ischémiques multiples fronto-pariétaux dans le territoire de l'ACA et ACM droite d'origine antéro-artérielle probable avec héli-syndrome moteur et ataxique facio-brachio-crural gauche et quadranoscopie supérieure gauche. Le 2 mai 2012, soit plus d'une année après le rapport d'expertise neuropsychologique du 7 mars 2011, il estime toujours que l'incapacité de travail de son patient est totale. Il joint notamment un rapport du Dr D._____, dont il résulte l'introduction par ce dernier d'un

- 25 - comprimé de Cipralex® 10 mg, soit un antidépresseur, en raison de plaintes multiples (sensations inhabituelles héli-corporelles gauches) de l'assuré. Le Professeur P._____ joint également un électrocardiogramme du 28 mars 2012 « presque normal ». Il retient alors les limitations fonctionnelles suivantes, valables depuis le 1er avril 2012 : pas d'activité uniquement en position assise ou uniquement debout, exercée principalement en marchant (terrain irrégulier), en se penchant, pas de travail avec les bras au-dessus de la

tête, accroupi, pas de soulèvement ni port de charges et pas de montée sur une échelle, un échafaudage ou les escaliers. Or ces restrictions sont compatibles avec l'étendue des restrictions observées en octobre - novembre 2012 durant le stage au centre I._____. S'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant, le 10 décembre 2013, le Professeur P._____ l'évalue à 50% maximum depuis 2010. Il fait part d'une aggravation dans son rapport du 6 janvier 2014, indiquant un taux de présence à 20% possible dans une activité adaptée pour un travail physique très léger, exercé en position assise. Le médecin traitant n'exclut en outre pas une récurrence des troubles déjà chronicisés chez l'intéressé. Au vu de ce qui précède, on observe que les rapports du Professeur P._____ et celui du centre I._____ concordent tant en ce qui concerne l'étendue des limitations fonctionnelles présentées par le recourant qu'en ce qui a trait au taux de capacité de travail résiduelle de celui-ci dans une activité adaptée. Partant, le médecin-conseil du SMR ne peut être suivi dans son appréciation lorsqu'il écarte les conclusions du centre I._____ et du médecin traitant en raison de leurs constatations essentiellement subjectives et empathiques. Les informations recueillies à l'occasion du stage complètent au contraire utilement les données médicales fournies par le Professeur P._____ en démontrant, concrètement, qu'en étant passif, extrêmement anxieux, terrorisé à la perspective d'un nouvel AVC, l'assuré n'est pas à même de produire un rendement de 80% dans une activité simple ne demandant ni finesse, ni efforts physiques et pouvant être effectuée à son rythme. Le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a ainsi constaté qu'au vu du bilan chez I._____, un reclassement du recourant au sein de l'économie n'était pas

- 26 - envisageable, qualifiant lui-même toute mesure visant cet objectif d'« illusoire » (cf. rapport final du 30 novembre 2012 p. 2). Ces opinions contraires sont aptes notamment à faire naître un sérieux doute à la faveur d'une évolution défavorable postérieure à l'examen neurologique et neuropsychologique effectué en février 2011. En définitive, le médecin du SMR – et par suite l'OAI dans sa décision du 13 mai 2015 –, n'était pas fondé à fixer la capacité de travail résiduelle du recourant à 100%, depuis octobre 2010, avec une baisse de rendement de 20% dans toute activité adaptée à son état de santé en se basant uniquement sur les constatations et conclusions de l'expertise neurologique et neuropsychologique du Dr V._____ datant de 2011, ceci à l'exclusion tant des appréciations professionnelles postérieures faites par le centre I._____ que des rapports successifs du Professeur P._____ sur la période de 2012 à 2014. Comme on l'a vu ci-avant, les conclusions du stage précité corroborent utilement les données médicales du médecin traitant, de sorte qu'un doute subsiste quant à une évolution défavorable postérieure à l'examen neurologique et neuropsychologique effectué en 2011. 7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à

- 27 - l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur son éventuelle capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établis de manière probante. L'instruction doit être complétée et actualisée. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise avec au moins un volet cardiologique, psychiatrique et neuropsychologique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant. Au vu de l'issue du litige, la question litigieuse de l'évaluation du préjudice économique par l'OAI peut également souffrir de demeurer indécise en l'état. 8. En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

- 28 - a) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ces frais doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l'intimé qui succombe. b) Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]) et qu'il y a lieu de fixer à 1'000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire.

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