

## **VD\_GERICHTE ZD17.017477 vom 16. Mai 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-05-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.017477](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.017477)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.017477 du 16 mai 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.017477 del 16 maggio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

juillet 2012, 22 janvier 2013, 19 mai 2015, 23 février 2016 et 2 mai

- 20 - 2017 de la Dresse N. \_\_\_\_\_ sont en contradiction avec les déclarations qu'elle a faites à l'OAI le 5 juin 2012 et au Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR le 15 août 2012. Notamment, le dernier rapport du 2 mai 2017 n'indique pas d'incapacité de travail et les effets secondaires (dentaires et ORL) cités entraînent surtout pour conséquence des soins fréquents et coûteux, sans qu'il soit fait mention de limitations fonctionnelles en lien avec ces effets secondaires. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a en outre tenu compte dans ses expertises des éléments relevés par la Dresse N. \_\_\_\_\_. Concernant les autres points invoqués par la médecin pour justifier une capacité de travail restreinte, soit en particulier le déficit de mémoire épisodique et un état dépressif (rapports des 22 janvier 2013, 19 mai 2015 et 23 février 2016), il s'agit d'atteintes qui relèvent de la sphère neuropsychologique et non oncologique. Il convient donc de se référer aux rapports des spécialistes et non à ceux de la Dresse N. \_\_\_\_\_. Il ne ressort à cet égard d'aucun document du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier S. \_\_\_\_\_ que ces atteintes justifieraient une capacité de travail de 30 %. Le rapport dudit Service du 4 septembre 2014 mentionne une diminution partielle de rendement et un taux d'activité à ajuster par rapport à la fatigabilité, mais il n'est aucunement question d'une capacité de travail de 30 %. Pour ce qui est de l'état dépressif, la Dresse R. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas dans son rapport du 6 octobre 2013 de diminution de la capacité de travail. S'agissant du rapport du 18 juillet 2017 du Service d'oncologie médicale du Centre hospitalier S. \_\_\_\_\_, mettant en avant l'échec de la reprise d'un travail à un taux supérieur à 30 %, il ne repose pas sur des investigations récentes et fait référence à un examen neuropsychologique de « l'année passée » alors qu'il n'y en a pas eu après 2014 (contrairement à ce qu'affirme également la Dresse N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 février 2016 en parlant d'une péjoration des performances cognitives). Pour l'essentiel, ce rapport du 18 juillet 2017 relaie les propos de la recourante et n'objective pas la diminution de la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles relevées dans ce rapport ont en outre été prises en compte par le Dr K. \_\_\_\_\_.

- 21 - d) Sur le plan neuropsychologique, l'examen recommandé par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 29 décembre 2012 a été pratiqué à deux reprises, soit en 2013 et 2014. Le premier examen du 4 mars 2013 met en évidence de légers troubles phasiques, un déficit de mémoire épisodique antérograde verbale, ainsi qu'un fléchissement exécutif et attentionnel. La Professeure G. \_\_\_\_\_ estime dans son rapport du 20 mars 2013 que ces résultats sont à mettre en lien en grande partie avec la problématique émotionnelle traversée par la recourante en raison de sa situation financière précaire et considère en conséquence importante la poursuite du suivi psychiatrique. Elle demeure à disposition pour un bilan d'évolution après amélioration de la thymie. On constate à cet égard que la recourante a

effectivement consulté la Dresse R. \_\_\_\_\_ et le traitement a pris fin en septembre 2013. La psychiatre a diagnostiqué un épisode dépressif en voie de rémission et n'a pas prescrit d'antidépresseurs. Le second examen neuropsychologique réalisé le 2 septembre 2014 montre une légère amélioration des performances cognitives avec toutefois encore la persistance d'un déficit modéré à sévère de la mémoire épisodique verbale associé à un fléchissement attentionnel. La Professeure G. \_\_\_\_\_ n'émet aucune recommandation particulière. Dans son deuxième rapport daté du 4 septembre 2014, elle fait mention d'une diminution partielle du rendement du travail. Selon la thérapeute, le taux d'activité exigible devrait être probablement ajusté par rapport à la fatigabilité accrue de sa patiente. Toutefois, aucun suivi, ni traitement médical n'a été instauré sur la plan neuropsychologique. La Dresse R. \_\_\_\_\_ a quant à elle considéré que la capacité de concentration et de compréhension n'étaient pas limitées, mais qu'il existait en revanche des limitations en termes de capacité d'adaptation et de résistance. Dans son expertise du 16 juillet 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de déficit modéré de la mémoire épisodique. Il a considéré que ce déficit permettait la réalisation d'activités professionnelles simples avec des consignes claires, sans perte de rendement, d'autant que la recourante n'indiquait pas devoir procéder à des prises de notes et autres

- 22 - rappels dans sa vie professionnelle, ni dans ses activités de la vie quotidienne. Dans ses conclusions, il retient une éventuelle perte de rendement de quelques pourcents, afin de tenir compte de l'asthénie, ce qui n'entre néanmoins pas en contradiction avec l'absence de perte de rendement susmentionnée, dès lors que l'expert ne fait qu'émettre une réserve (choix des termes « possible » et « éventuelle »), ce qui parle en faveur de l'exhaustivité et de l'objectivité de son rapport. Partant, il y a lieu de suivre les conclusions de la Dresse R. \_\_\_\_\_ et de la Professeure G. \_\_\_\_\_, confirmées par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 16 juillet 2016 et qui vont également dans le sens de l'examen clinique du 31 octobre 2013 de la Dresse M. \_\_\_\_\_, non critiquée par la recourante. e) Du point de vue ophtalmologique, le dossier ne comporte aucun document qui permettrait de retenir une atteinte incapacitante. En particulier, le rapport du 5 juin 2012 Dr V. \_\_\_\_\_ confirme l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. f) Au vu de ce qui précède, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle indique ne pouvoir travailler qu'à un taux de 30 % et l'appréciation de l'intimé sur le plan médical doit être confirmée. 5. a) Dès lors que la recourante ne remet pas en cause le fait qu'il existe sur le marché du travail des activités exigibles telles que décrites par l'intimé, soit par exemple des postes en tant qu'employée de bureau ou au contrôle de qualité, dans le télémarketing ou comme réceptionniste-téléphoniste, il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision entreprise, qui n'est au demeurant pas critiquable sur ce point. b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché

- 23 - équilibré du travail (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a LAI). Procédant au contrôle d'office des éléments économiques retenus dans la décision entreprise, au demeurant non-contestés par la recourante, la Cour de céans constate que les calculs de l'invalidité de l'intimé reposent sur des données inexactes, sans toutefois influencer le droit à la rente. Il ressort en effet du rapport du 10 mai 2012 de l'employeur (magasin F. \_\_\_\_\_) que le salaire horaire de la

recourante aurait atteint 20 fr. 50 en 2012, indemnité de vacances par 10,63 % et indemnité de jours fériés par 3,91 % en sus. Compte tenu en conséquence d'un salaire horaire brut de 23 fr. 48, d'un horaire hebdomadaire de 44 heures, d'une moyenne de 3,92 semaines de travail par mois (47/12) et du 13ème salaire, le revenu annuel brut sans invalidité affère à 52'647.80 (23,48 x 44 x 3,92 x 13). Au vu du revenu avec invalidité, non critiquable, de 45'738 fr. 81, la perte de gain s'élève à 6'908 fr. 99 et le degré d'invalidité à 13,12 %. En présence d'un préjudice très largement inférieur à 40 % (8 % selon l'intimé, 13% selon la Cour de céans), le droit à la rente n'est pas ouvert. 6. Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre de l'expertise requise par la recourante n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1). 7. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 9 mars 2017 confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être - 24 - fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (61 let. g LPGA).

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