

VD_GERICHTE ZD19.001806 vom 3. September 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.001806

FR: VD_GERICHTE ZD19.001806 du 3 septembre 2019

IT: VD_GERICHTE ZD19.001806 del 3 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

- 7 - décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

E. 3

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 les médecins, 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256

- 8 - consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées). c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle

qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2). d) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR

- 9 - auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

E. 4

a) K. _____ a été victime d'un infarctus du myocarde avec arrêt cardio-respiratoire le 15 avril 2016. Il a pu reprendre son activité professionnelle dès le 19 juin 2016, à 50 % seulement, en raison d'un syndrome de fatigue chronique d'origine mixte attesté par le Dr Q. _____. Selon ce médecin, cette fatigue a pour origine la diminution de la fonction cardiaque, un état dépressif et des troubles neuropsychologiques (cf. rapport du 27 octobre 2016). L'OAI, sur avis du SMR et sans examen clinique préalable du recourant (cf. consid. 3d supra), a cependant retenu, au terme de sa décision du 13 septembre 2018, que l'assuré présentait une capacité de travail de 70 % dans toute activité. b) Au plan cardiologique, l'assuré a été traité, dans les suites immédiates de son accident cardiaque, par thrombectomie et mise en place de stents actifs. Il présente depuis lors une dysfonction ventriculaire gauche modérée et une dyspnée d'effort (cf. bilan cardiologique réalisé le 1er mai 2018), qui le limite dans ses activités quotidiennes. Selon le Dr V. _____, l'assuré ne peut pas effectuer de travaux de force (rapport du 25 juillet 2018). Il a précisé dans un rapport complémentaire du 13 décembre 2018 qu'une activité dans un lieu de stress avec activité physique importante était contre-indiquée. Le Dr W. _____, du SMR, s'est rallié à l'avis du Dr V. _____, en proposant de retenir, au titre de limitations fonctionnelles, les travaux physiques légers en raison de l'atteinte cardiaque (avis des 27 avril et 27 août 2018). L'atteinte cardiaque et ses effets sur les capacités fonctionnelles de l'assuré étant bien documentés, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des médecins précités. Au surplus, aucun élément au dossier, notamment le cahier des charges produit par le recourant, ne permet de retenir que l'activité exercée de gestionnaire logistique, qui s'exécute sur ordinateur et ne requiert pas de port de charges, n'est pas adaptée aux limitations fonctionnelles précitées (cf.

- 10 - note d'entretien avec l'assuré datée du 13 février 2017 et IP – Proposition de DDP du 28 mars 2017). c) Au plan psychologique, l'assuré a été pris en charge, sur recommandation du cardiologue traitant, par le psychologue qu'il consultait déjà dans un cadre familial avec son fils cadet. Le Dr C. _____ a retenu dans son rapport du 27 juin 2018, les diagnostics de trouble panique, d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'autres événements difficiles ayant un incident sur la famille et le foyer. Pour tenir compte des difficultés cognitives d'attention et de concentration, une baisse d'énergie du fait du tableau dépressif et des symptômes anxieux résiduels interférant avec les capacités d'adaptation requise au travail, le Dr C. _____ a attesté d'une incapacité de travail de 50 % de juin 2016 à décembre 2017, et de 30 % dès janvier 2017. Force est d'admettre que, sous réserve d'une erreur de plume, C. _____ se contredit dans la mesure où l'incapacité de travail ne peut être à la fois de 50% et de 30% pour la période de janvier à décembre 2017. On comprend cependant, en lisant le rapport établi le 9 avril 2018 par le Dr Q. _____, que la situation de l'assuré s'est améliorée en 2017, par la prise de médicaments, de sorte qu'on peut admettre avec le SMR que l'incapacité de travail au plan psychiatrique n'est plus que de 30 % à partir 1er janvier 2017. d) Au plan neuropsychologique, l'assuré a présenté, ensuite de son accident cardiaque en avril 2016, une encéphalopathie post-anoxique. Il a bénéficié d'un suivi, qui a permis dès juin 2016 une normalisation des fonctions exécutives. L'assuré présentait néanmoins un fléchissement attentionnel et une fatigue intellectuelle résiduelle (rapport du 29 juin 2016 établi par le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV). Dans ce contexte, le Dr W. _____ n'a retenu aucune limitation en lien avec l'atteinte neuropsychologique, après avoir encore relevé que les troubles évoqués n'étaient pas suffisamment sévères pour contre-

- 11 - indiquer la conduite automobile et que l'employeur n'avait constaté aucune baisse de rendement dans le travail effectué par l'assuré (cf. IP- Proposition du 28 mars 2017 ; avis du SMR du 27 août 2018). L'assuré a subi un examen neuropsychologique le 29 novembre 2018, et produit le rapport corrélatif le 20 décembre 2018, soit après la notification de la décision entreprise, de sorte que l'OAI n'en a pas tenu compte. On observera cependant que l'assuré avait implicitement requis une prolongation du délai fixé au 25 novembre 2018 pour se déterminer sur le projet de décision et compléter son dossier. L'intimé n'y a pas donné suite et a rendu sa décision le 30 novembre 2018. Dans ce contexte, la question de savoir si le droit d'être entendu de l'assuré a été violé pourrait se poser. La jurisprudence déduit en effet du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées). La question peut cependant rester ouverte. En effet, quoi qu'il en soit, force est de constater que l'examen neuropsychologique ambulatoire du 29 novembre 2018 n'apporte pas d'élément significatif propre à remettre en cause l'avis du SMR. Comparativement au bilan effectué le 23 juin 2016, les neuropsychologues ont constaté une amélioration en incitation verbale ainsi qu'une discrète amélioration sur des tâches attentionnelles. Persiste néanmoins une fatigue intellectuelle, dont on peut néanmoins considérer qu'elle est prise en compte dans le taux d'incapacité de 30 % retenu par le SMR, puisque l'origine semble être tant psychiatrique que neuropsychologique. Partant, au vu des rapports médicaux précités, il n'apparaît pas que la capacité de travail de l'assuré soit inférieure à 70 %. A cet égard, l'avis

du Dr Q. _____ du 28 octobre 2018 selon lequel l'assuré

- 12 - présente une incapacité de travail de 50 % n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du cardiologue et du psychiatre traitants.

E. 5

a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 13 -

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