

# VD\_GERICHTE ZD22.036871 vom 29. Februar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-02-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD22.036871](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.036871)

FR: VD\_GERICHTE ZD22.036871 du 29 février 2024

IT: VD\_GERICHTE ZD22.036871 del 29 febbraio 2024

## Erwägungen

### E. 4

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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

- 11 - 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. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

### E. 5

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

- 12 - références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

## **E. 6**

a) En l'espèce, il ressort du rapport du 22 juillet 2020 des Drs R.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, de l'[...], que le recourant a souffert d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë après avoir contracté le Covid-19. Hospitalisé le 16 mars 2020, il a été intubé et placé sous ventilation mécanique du 23 mars au 29 avril 2020, avec une trachéotomie réalisée le 17 avril 2020 et fermée le 6 mai 2020. Durant cette période, il a présenté de nombreuses complications, dont une pneumonie associée à la ventilation mécanique (à germe indéterminé le 5 avril 2020 et au Staphylococcus aureus sensible à la méticilline le 22 avril 2020), un barotraumatisme avec pneumo-médiastin le 23 mars 2020, des pneumatocèles post-infectieuses multiples (dont une géante en antéro- basale droit) ainsi qu'une probable inclusion de fibrinogène dans les

- 13 - hépatocytes à la suite de la réponse immunitaire à l'infection virale. Au moment de débiter la neuroréhabilitation au mois de mai 2020, le recourant présentait encore des séquelles neurologiques (une polyneuropathie des soins avec une tétraparésie flasque), logopédiques (une voix hypophone le plus souvent chuchotée), un fléchissement de l'évocation lexical et des limitations attentionnelles (sous la forme d'un léger ralentissement psychomoteur et une réduction de l'endurance attentionnelle avec une fatigabilité intellectuelle) ainsi que sur le plan de la déglutition (le recourant était alimenté par sonde nasogastrique, en complément à un régime mixé). En dépit de la prise en charge intensive dont il a fait l'objet, tant sur le plan pneumologique, neurologique et logopédique, le recourant a continué à ressentir une diminution de la tolérance à l'effort physique, de la dyspnée au repos et au moindre effort, des douleurs neuropathiques et de type myalgie, une fatigue persistante globale physique, des courbatures, une faiblesse musculaire ainsi qu'une dysphonie avec fatigabilité de la voix. A cet égard, il est désormais admis que de tels symptômes appartiennent au tableau clinique typique d'une affection post-Covid-19 (à ce sujet, voir les pages dédiées de l'Organisation mondiale de la santé [Maladie à coronavirus {Covid-19} : affection post- Covid-19 ; [https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-post-covid-19-condition](https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition)] et de l'Office fédéral de la santé publique [Affection post-COVID-19 ;

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/post-covid-19-erkrankung/informationen-post-covid-19-erkrankung.html>] ; voir également Ioannis Kokkinakis et alii, Prise en charge pratique de l'affection post-Covid-19 – Mise à jour et illustrations par des situations cliniques, in Revue Médicale Suisse, 2023, p. 2094 ss). Par ailleurs, tant le Dr Q.\_\_\_\_\_ (cf. son rapport du 31 juillet 2022) que le Prof. C.\_\_\_\_\_ (cf. son rapport du 25 octobre 2022) retiennent, sur la base du tableau clinique actuel, que la capacité résiduelle de travail du recourant est de 50 % au plus. En effet, son activité habituelle de médecin ORL nécessite de la mobilité et motricité

- 14 - fine, l'élévation des bras, un changement de position et des transferts de la position assise et debout, des discussions avec haussement de la voix pour les malentendants ainsi que de la concentration et une tension soutenues. Or ils ont estimé que la dyspnée, la fatigue, le manque de force, les douleurs de type neuropathiques (notamment les paresthésies), les douleurs musculaires ainsi que la dysphonie et la fatigabilité de la voix l'empêchaient d'exercer son activité au-delà de 50 %. A cet égard, il sied de relever que le Prof. D.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 14 février 2023, a indiqué que cette évaluation de la capacité de travail était compatible avec les études médicales s'intéressant aux personnes ayant souffert, comme le recourant, d'un syndrome post-soins-intensifs. b) Le Dr X.\_\_\_\_\_ du SMR soulève le fait qu'il n'y a pas d'éléments objectifs qui permettraient d'expliquer les plaintes résiduelles du recourant, celles-ci reposant sur un simple « ressenti ». S'il n'est certes pas contestable, au vu des derniers rapports médicaux versés au dossier, que le recourant a recouvré des fonctions pulmonaires complètes et que celles-ci montrent, à l'examen, des volumes statiques dynamiques dans les limites de la norme, il n'en demeure pas moins que le recourant présente – comme cela a été fréquemment constaté dans le cadre d'une affection post-Covid-19, et comme cela est attesté par ses médecins- traitants – notamment une diminution de la tolérance à l'effort, un état de fatigue général, une dyspnée, des courbatures et un manque de force, ce sans grande amélioration depuis quelques mois. Or force est de constater que le SMR passe sous silence cette problématique et ne la confronte pas à la littérature médicale – pourtant abondante (cf. notamment les nombreuses publications liées au Covid-19 regroupées dans une rubrique spéciale créée par la Revue Médicale Suisse, disponible à l'adresse <https://www.revmed.ch/covid-19>) – relatives à cette question. Il n'a pas non plus tenu compte ni de la gravité initiale des symptômes, lesquels ont d'ailleurs rapidement nécessité une hospitalisation et une lourde prise en charge, ni de l'âge particulièrement avancé du recourant, éléments qui pouvaient exercer une influence non négligeable sur ses facultés de récupération post-Covid-19 et son aptitude à recouvrer sa capacité de travail. C'est d'autant plus regrettable que les plaintes exprimées par le

- 15 - recourant étaient cohérentes au vu des connaissances médicales relatives aux symptômes consécutives à un Covid long (cf. le rapport du 14 février 2023 du Prof. D.\_\_\_\_\_ et les références auxquelles celui-ci renvoie). Ainsi, il appert que l'appréciation du SMR est lacunaire ; celui-ci n'a pas suffisamment tenu compte, ni de l'origine des symptômes résiduels dont souffre encore le recourant, ni de leurs effets potentiels sur sa capacité de travail. Dans ces circonstances, et compte tenu du fait que la problématique du Covid-19, singulièrement de ses effets à long terme, étaient encore largement méconnus, l'intimé ne pouvait se contenter de se fonder uniquement sur les fonctions pulmonaires du recourant. c) Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter des

appréciations convergentes du Dr Q.\_\_\_\_\_ et des Prof. C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, selon lesquelles la capacité de travail du recourant est limitée à 50 %. Aussi, dès lors qu'il est admis que ce dernier disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de médecin, le taux d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail telle qu'elle a été retenue par les médecins précités (application de la méthode de la comparaison en pour-cent : ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C\_252/2021 du

## **E. 9**

février 2022 consid. 6 et les références citées). Partant, il convient de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité, non limitée dans le temps, à compter du 1er mars 2021. 7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à un demi-rente d'invalidité à compter du 1er mars 2021. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr.,

- 16 - débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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