

VD_FINDINFO AI 96/17 - 352/2018 vom 28. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_96_17_-_352_2018

FR: VD_FINDINFO AI 96/17 - 352/2018 du 28 novembre 2018

IT: VD_FINDINFO AI 96/17 - 352/2018 del 28 novembre 2018

Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE TEMPORAIRE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ADMISSION PARTIELLE, NOUVELLE DEMANDE | 28 LAI, 17 LPGA, 87 al. 1 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.11.2018 AI 96/17 - 352/2018

AI{ASSURANCE}, RENTE TEMPORAIRE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ADMISSION PARTIELLE, NOUVELLE DEMANDE | 28 LAI, 17 LPGA, 87 al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 96/17 - 352/2018 ZD17.012054 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 28 novembre 2018 _____ Composition : M. Piguet , président
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges Greffière : Mme Laurency ***** Cause
pendante entre : P. _____ , à [...], recourant, et Office de l'assurance-invalidité pour le
canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 87
al. 1 RAI E n f a i t : A. a) Après s'être vu refuser une première demande de prestations
(décision du 22 avril 2008), puis signifier un refus d'entrer en matière sur une nouvelle
demande (décision du 18 novembre 2010), P. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant),
né en 1954, serveur de profession, a déposé le 3 avril 2012 une nouvelle demande de
prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle
demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou
l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr M. _____, spécialiste en
médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré. Du rapport établi par ce médecin
le 20 avril 2012 et les pièces médicales produites en annexe, il ressortait que l'assuré
souffrait d'un diabète de type 2, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de
goutte, d'une anémie régénérative normocytaire monochrome ainsi que d'hernies
récidivantes de la paroi abdominale, et qu'il avait été hospitalisé à plusieurs reprises au
cours du second semestre de l'année 2011 pour traiter une pancréatite sévère (sur
consommation d'alcool et hypercalcémie) et un hyperparathyroïdisme primaire. Après avoir
soumis la documentation reçue à son Service médical régional (ci-après : le SMR ; avis du
19 juillet 2012), l'OAI a, par décision du 26 septembre 2012, rejeté la demande de
prestations, motif pris que l'assuré avait, après avoir connu une période d'incapacité de
travail totale entre le 14 juin 2011 et le 30 avril 2012, recouvré à compter du 1^{er} mai 2012
une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de serveur, pour autant que
celle-ci n'implique pas le port ou le soulèvement de charges de plus de 6 à 8 kg. b) Par arrêt
du 15 juillet 2014 (cause AI 252/12), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a
admis le recours formé par l'assuré, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI

pour complément d’instruction au sens des considérants et nouvelle décision. Tout en retenant que le Dr M. _____ avait fait état d’une incapacité de travail totale du 14 juin 2011 au 30 avril 2012, elle a constaté que ce même médecin avait attesté par la suite plusieurs périodes d’incapacité de travail, sans préciser les raisons de ces incapacités et sans donner d’indication sur l’évolution de l’atteinte au pancréas dont l’assuré était atteint. Dans la mesure où l’assuré avait dû être hospitalisé au mois de janvier 2013 en raison d’un pseudokyste pancréatique surinfecté, rien ne permettait d’exclure que l’atteinte déjà présente en 2011 avait perduré jusqu’en 2013. Fort de ces constats, la Cour a requis de l’OAI qu’il interroge le Dr M. _____ ainsi que les médecins du Centre hospitalier F. _____ ayant pris l’assuré en charge au sujet de l’évolution de l’état de santé de l’assuré dès le 1^{er} mai 2012, aussi bien au regard de l’atteinte au pancréas qu’au regard des éventuelles autres atteintes à la santé présentées par l’assuré (hypercalcémie et diabète), et qu’il mette en œuvre toute autre mesure d’instruction nécessaire. c) A réception de l’arrêt, l’OAI a, par courrier du 5 août 2014, interpellé le Dr M. _____ ainsi que les médecins du Centre hospitalier F. _____. Par courrier du 24 octobre 2014, le Prof. B. _____, spécialiste en chirurgie et médecin adjoint auprès du Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier F. _____, a informé l’OAI que l’assuré avait été hospitalisé durant le courant du mois de mai 2013 pour une cure d’événtration de la ligne médiane, invitant pour le surplus l’OAI à s’adresser à son médecin traitant, le Dr M. _____. Dans un rapport du 6 décembre 2014, le Dr M. _____ a, après avoir dressé un état des lieux médical, indiqué qu’il avait essayé de remettre l’assuré au travail durant l’été 2012, d’abord à un taux de 20 % à compter du 17 septembre 2012 (avec interruption lors des hospitalisations pour le pseudo-kyste et la cure de hernie), puis à un taux de 30 % à compter du 10 janvier 2014. L’objectif était de passer à un taux de 50 % à compter du 1^{er} janvier 2015, étant précisé qu’il était douteux que l’assuré puisse dépasser un tel taux. Par avis du 26 janvier 2015, le SMR a estimé qu’une incapacité de travail était médicalement justifiée du 5 janvier au 31 mars 2013 en lien avec le drainage du pseudo-kyste pancréatique. Une reprise de l’activité professionnelle antérieure à 20 % du 1^{er} au 30 avril 2013 apparaissait médicalement justifiée afin de favoriser une reprise progressive de l’activité professionnelle. Une nouvelle incapacité de travail était médicalement justifiée du 5 mai au 10 juin 2013 en lien avec la reprise chirurgicale pour récurrence d’événtration de la ligne médiane. Il convenait toutefois d’interroger le médecin traitant à propos de l’état dépressif mentionné dans son rapport du 6 décembre 2014 ainsi que de la date programmée d’une nouvelle cure chirurgicale de hernie inguinale. Dans sa réponse du 23 février 2015, complétée le 2 mars 2015, le Dr M. _____ a indiqué qu’il ne retenait actuellement pas de diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail et informé que l’assuré avait été hospitalisé une nouvelle fois le 20 février 2015. Par avis du 1^{er} avril 2015, le SMR a complété son avis précédent, en indiquant que l’assuré présentait depuis le 11 juin 2013 une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port ou de soulèvement répété de charges supérieures à 6 à 8 kg). Dans un projet de décision du 16 février 2016, l’OAI a informé l’assuré qu’il entendait rejeter la demande de prestations. Il a expliqué que l’assuré n’avait pas présenté d’incapacité de travail d’au moins 40 % sans interruption notable durant une année et qu’il disposait depuis le 11 juin 2013 d’une pleine capacité de travail dans l’exercice d’une activité adaptée, sans que ses limitations fonctionnelles lui fassent subir un préjudice économique. Le 14 mars 2016, l’assuré s’est opposé au projet de décision, en indiquant que la pleine capacité de travail retenue par l’OAI à compter du 11 juin 2013 n’était pas en adéquation avec les certificats d’incapacité

de travail établis par son médecin traitant. Le 23 mars 2016, l'OAI a envoyé un questionnaire au Dr M. _____. Celui-ci y a répondu le 5 avril 2016, en indiquant que l'état de santé de son patient était inchangé depuis son dernier rapport, que celui-ci était limité par un diabète de type 2 non stabilisé et son obésité et que la capacité de travail se situait entre 30 et 50 % selon le rendement. Le 8 avril 2016, l'assuré a transmis à l'OAI un protocole opératoire attestant d'une intervention chirurgicale pour cure de hernie inguinale bilatérale survenue le 11 novembre 2015. Par courriers des 12 avril et 19 mai 2016, l'OAI a interpellé l'assuré afin que celui-ci lui fasse parvenir tout document médical relatif notamment aux interventions chirurgicales subies en 2015 susceptible de démontrer que son état de santé s'était péjoré depuis le mois de février 2015. Dans ses déterminations du 23 mai 2016, l'assuré a reproché à l'OAI d'ignorer les documents qui lui étaient remis. Dans un courrier du 12 juillet 2016, l'assuré s'est plaint auprès de l'OAI notamment du fait qu'aucune décision n'avait encore été rendue concernant son dossier. Par écriture du 19 août 2016, P. _____ a requis de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal qu'elle enjoigne à l'OAI de faire respecter les consignes qui lui avaient été adressées dans le cadre de son arrêt de renvoi du 15 juillet 2014. Deux ans après, la situation était en effet toujours la même, puisque l'OAI s'évertuait à instruire de manière insatisfaisante son dossier, en ignorant notamment les pièces médicales qui attestaient de sa capacité de travail limitée. Par arrêt du 14 novembre 2016 (cause AI 203/16), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours pour déni de justice interjeté par l'assuré. Par décision du 20 février 2017, l'OAI a rejeté une nouvelle fois la demande de prestations de l'assuré. B. a) Par écriture du 20 mars 2017 (timbre postal), P. _____ a déféré la décision du 20 février 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. b) Dans sa réponse du 12 mai 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. c) Dans ses explications complémentaires du 2 juin 2017, P. _____ a maintenu ses conclusions. E n d r o i t : 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 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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 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. 3. Lorsque l'administration rend une nouvelle décision après que la cause lui a été renvoyée pour instruction complémentaire, la limite temporelle de son examen ne s'étend pas seulement à la période courant jusqu'à la date de la décision initiale, mais également à la période postérieure à celle-ci jusqu'à la date de la nouvelle décision (TF 9C_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4 ; voir également TF 9C_235/2009 du 30 avril 2009 consid. 3.3). 4. 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. b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 71 consid. 3.2). c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées). d) 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 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées). e) 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a présenté une incapacité totale de travailler du 14 juin 2011 au 30 avril 2012 en raison d'une pancréatite sévère (sur consommation d'alcool et hypercalcémie) et d'un hyperparathyroïdisme primaire (traité par parathyroïdectomie), du 5 janvier au 31 mars 2013 en raison du drainage percutané d'un pseudokyste pancréatique infecté ainsi que du 5 mai au 10 juin 2013 en raison d'une récurrence d'éventration de la ligne médiane. De même, le SMR a admis qu'il convenait de reconnaître une capacité de travail limitée à 20 % entre le 1^{er} et le 30 avril 2013, afin de favoriser une reprise progressive de l'activité professionnelle.

b) Dans son arrêt du 15 juillet 2014, la Cour de céans avait invité l'office intimé à examiner plus en détail l'évolution de l'état de santé du recourant à compter du 1^{er} mai 2012, aussi bien au regard de l'atteinte au pancréas qu'au regard des éventuelles autres atteintes à la santé présentées par le recourant. Or force est de constater que l'office intimé, par le biais de son SMR, n'a que partiellement donné suite à la requête du Tribunal cantonal, en tant qu'il n'a examiné que très superficiellement la période courant du 1^{er} mai 2012 au 5 janvier 2013, date de l'hospitalisation du recourant pour le drainage percutané de son pseudokyste pancréatique infecté. Ainsi, le SMR n'a pas intégré dans ses considérations l'hospitalisation pour une cure d'éventration ombilicale dont le recourant avait fait l'objet du 13 au 15 juin 2012 et la période de convalescence postopératoire. De même, le SMR a omis de constater que le recourant avait présenté, dès le début du second semestre de l'année 2012, un volumineux kyste du pancréas (20 cm de diamètre), dont on peut raisonnablement présumer qu'il entraînait une gêne, voire des douleurs. Fort de ces constats, et en l'absence d'un avis médical motivé attestant d'une capacité totale de travail pendant cette période (cf. art. 29 ter RAI), il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation opérée par le Dr M. _____, lequel a attesté une incapacité totale de travail jusqu'au 16 septembre 2012, puis une capacité de travail de 20 % du 17 septembre 2012 au 4 janvier 2013.

c) Pour la période postérieure au 10 juin 2013, il convient de retenir – en suivant l'analyse faite par le SMR – que le recourant ne présentait objectivement, au regard des diagnostics existants, aucune incapacité de travail durable dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port ou de soulèvement répété de charges de plus de 6 à 8 kilos). S'il est vrai que le recourant doit être régulièrement hospitalisé afin de traiter des hernies abdominales, ces atteintes à la santé ne sont que passagères et ne sont pas susceptibles d'entraîner une incapacité de travail durable. Ainsi que l'a mis en évidence le Dr M. _____, l'étendue de la capacité de travail dépend avant tout de la capacité du recourant à gérer son diabète et ses conséquences (obésité, fatigue chronique et déconditionnement physique). Or, force est d'admettre que cette circonstance ne relève pas de l'atteinte à la santé en soi, mais bien plutôt de l'aptitude du recourant à faire face à la

maladie et de la prise de conscience par celui-ci de la nécessité d'un traitement bien conduit (cf. rapport du Dr [...] du 11 juin 2012). Au surplus, en tant que le Dr M. _____ a indiqué qu'une réorientation dans une nouvelle activité n'était pas envisageable en raison des connaissances linguistiques limitées du recourant, il fait mention d'un facteur étranger à l'invalidé dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre (ATF 107 V 21 consid. 2c). d) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a présenté, à la suite des problèmes de santé apparus dès le mois de juin 2011, une incapacité de travail variant entre 80 et 100 % du 14 juin 2011 au 10 juin 2013 et que, partant, il peut prétendre – sans qu'il soit nécessaire de procéder à une comparaison des revenus – à une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1^{er} octobre 2012 (cf. art. 29 al. 1 LAI) au 30 septembre 2013 (cf. art. 88 a al. 1 RAI). e) Pour le reste, le recourant ne remet pas en cause les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé, si bien que la décision litigieuse doit être confirmée en tant qu'elle concerne la période postérieure au 30 septembre 2013. 6. a) Partant, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013. b) 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). Quand bien même le présent recours n'est que partiellement admis, l'entier des frais de justice, arrêtés à 400 fr., doivent être mis à la charge de l'office intimé, eu égard aux suites qui ont été données aux injonctions figurant dans l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 15 juillet 2014 (consid. 5b supra). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision rendue le 20 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que P. _____ a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ P. _____, ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, ■ Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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