

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 156 vom 7. April 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-04-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__156

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 156 du 7 avril 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 156 del 7 aprile 2021

Erwägungen

E. 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

Dans un premier grief d'ordre formel, la recourante se plaint d'une notification irrégulière de la décision entreprise, qui lui a été adressée directement, alors qu'elle agissait par le biais d'un mandataire dûment annoncé à l'intimé. Si la décision du 27 mai 2020 a effectivement été adressée à la recourante personnellement, alors que son mandataire était déjà intervenu auprès de l'OAI, la notification, certes irrégulière, a malgré cela pu atteindre son but. L'intéressée a été en mesure de transmettre le document à son avocat à brève échéance et son acte de recours a été déposé en temps utile. La recourante n'a dès lors subi aucun préjudice du fait de l'irrégularité dénoncée, de sorte qu'elle ne saurait s'en prévaloir (art. 49 al. 3 LPGA ; ATF 134 V 145 consid. 3.2 ; TF 9C_646/2017 du 9 mars 2018 consid. 4.2 et réf. cit.).

E. 2.2

et les références citées). Il résulte de ce qui précède que la conclusion de la recourante relative aux modalités de remboursement de la prétention en restitution de W. _____ est irrecevable, dans la mesure où elle sort de l'objet de la présente procédure. c) La recourante conteste également la compensation d'une partie des rentes arriérées avec des cotisations AVS en souffrance, pour un montant de 1'083 fr. 30, au motif qu'elle n'aurait pas de retard dans le paiement de ses cotisations. La compensation entre des rentes d'invalidité échues et des créances découlant de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants est prévue par la loi (art. 20 al. 2 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10] et 50 al. 1 LAI). Les caisses de compensation fixent par décision les cotisations dues pour chaque année (art. 25 al. 1 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]). Dans le cas d'espèce, la Caisse AVS a fait valoir une compensation avec des cotisations impayées entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2020, soit 1'083 francs. Selon la jurisprudence, les objections contre le montant de la créance amenée en compensation ne peuvent pas être soulevées dans la procédure devant les offices AI. Ces contestations doivent être dirigées directement contre l'organisme qui a fait valoir la compensation, de sorte que la décision de compensation ne nécessite pas d'être motivée davantage (TF 9C_225/2014 du 10 juillet 2014, consid. 3.3.1 ; Michel Valterio op. cit, p. 693 n o 12). En conséquence, le grief tendant à contester l'existence d'un arriéré de

cotisations AVS n'est pas recevable en l'état.

E. 3

Dans la même mesure, la recourante ne peut retirer aucun droit du fait que le courrier de l'OAI du 30 avril 2020 annonce une annexe qui n'y était pas jointe et indique faire partie intégrante d'une décision qui n'a été notifiée qu'ultérieurement. Dans sa réponse au recours, l'intimé indique que l'annexe litigieuse était en réalité la motivation de la décision formelle à venir, qui a été adressée à la Caisse AVS, en vue de la notification de la décision du 27 mai 2020, comme il est d'usage. Si le courrier du 30 avril 2020 souffre en effet d'imprécisions, il ne s'agissait que d'une lettre explicative, par laquelle l'OAI renseignait l'intéressée sur les raisons pour lesquelles ses objections au projet de décision n'avaient pas pu conduire à un résultat différent de celui annoncé. Dès lors que l'assurée en a eu connaissance et qu'elle a reçu dans un second temps la décision du 27 mai 2020 accompagnée de sa motivation, elle n'a nullement été préteritée. A réception de la décision entreprise, elle était en possession de tous les éléments utiles à sa contestation, ce qu'elle a d'ailleurs fait.

E. 4

a) La recourante ne conteste pas la décision litigieuse en ce qu'elle lui accorde le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2017 au 30 juin 2019. Il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cet aspect, qui ne prête pas flanc à la critique. On relèvera à cet égard que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). S'il veut préserver tous ses droits, l'assuré doit ainsi déposer une demande à l'AI au tard six mois après la survenance de son incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour tous les mois de retard (Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Schulthess 2018, p. 483 n o 3). Dans le cas d'espèce, l'assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% dès le jour de son accident, le 4 juin 2016. Dès lors qu'elle n'a déposé sa demande de prestations auprès de l'OAI que 23 mars 2017, son droit à une rente ne peut prendre effet qu'au 1^{er} septembre 2017. b) En lien avec les rentes accordées, la recourante conteste le fait que l'intimé a d'ores et déjà versé à W._____ la part des rentes arriérées qui lui revient, alors que la décision du 27 mai 2020 n'est pas encore entrée en force. L'OAI a expliqué à cet égard, en se référant à une détermination du 25 septembre 2020 de la Caisse AVS, que les assurances qui ont avancé des indemnités journalières peuvent prétendre qu'on leur verse l'arriéré de rentes en compensation de leurs avances. La Caisse AVS précise qu'elle procède à la gestion de l'arriéré de rentes sans attendre l'entrée en force de la décision, afin que les assurés puissent recevoir à bref délai le solde du rétroactif qui leur revient. En vertu de l'art. 22 al. 2 LPGA, les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent être cédées à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti à des avances (let. a), ainsi qu'à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge les prestations (let. b). Selon la jurisprudence, le point de savoir si, et le cas échéant dans quelle mesure, un assureur qui a pris en charge provisoirement des prestations dispose d'une créance en restitution à l'encontre de l'assuré doit, en cas de litige, être tranché dans une procédure opposant l'assurance et l'assuré; celui-ci doit contester le principe de la restitution et, le cas échéant, l'étendue de celle-ci directement auprès de l'assureur concerné. La décision de l'office AI sur le paiement direct à l'assureur ne concerne que les modalités du versement, de sorte qu'elle ne déploie aucune force de chose décidée en ce qui concerne

le bien-fondé et le montant de la créance en restitution de l'assurance (consid. 4.3 de l'arrêt 4A_24/2012 du 30 mai 2012, non publié in ATF 138 III 411 ; TF 9C_287/2014 du 16 juin 2014, consid.

E. 5

La recourante conteste le refus de rente d'invalidité pour la période courant dès le 1^{er} juillet 2019. Est ainsi singulièrement litigieuse la question de savoir si elle a présenté, dès le mois d'avril 2019 (cf. l'art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], cf. consid. 3b infra), une amélioration notable et durable de son état de santé, de nature à réviser la rente octroyée jusqu'alors, dans le sens de sa suppression. 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (cf. 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'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). b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

E. 6

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète. Pour pouvoir 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 références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

E. 7

A l'appui de sa contestation, la recourante soutient que l'avis du SMR sur lequel s'est fondé l'OAI pour conclure à une pleine exigibilité dans une activité adaptée dès avril 2019 et mettre fin au droit à la rente d'invalidité à fin juin 2019 n'est pas suffisamment probant. Elle fait valoir qu'elle connaît encore des douleurs, que la reprise chirurgicale de son épaule droite a dû être reportée en raison de la crise sanitaire liée au Covid-19, et qu'il ne peut donc être valablement mis fin au versement de sa rente d'invalidité à la fin juin 2019. Dans son avis du 6 septembre 2019, le Dr D._____ a retenu que l'assurée était apte à la réadaptation en tout cas depuis avril 2019. S'il ne se prononce pas spécifiquement sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, on peut supposer qu'il estime qu'une telle capacité correspond à l'aptitude à la réadaptation. Le Dr D._____ a en outre retenu que même si l'assurée devait prochainement être opérée de l'épaule droite, elle récupérerait à terme une capacité de travail entière, à l'issue de quelques semaines d'incapacité de travail. Dans son précédent avis du 28 mars 2019, le Dr D._____ s'était déclaré dans l'impossibilité de se prononcer, faute d'être en possession d'un dossier médical complet. Entretemps il est entré en possession d'un rapport du 29 avril 2019 du DZ._____ et d'un rapport du 8 août 2019 du Dr G._____. Le Dr Z._____ a attesté la prolongation de l'incapacité de travail à 100% des suites de l'arthroscopie du 29 janvier 2019 durant au moins six mois supplémentaires, ce qui devait conduire à la fin octobre 2019. Il a certes attesté une pleine capacité, qu'il a qualifiée de théorique, dans une activité adaptée, mais n'a pas précisé à partir de quelle date cette exigibilité s'imposait : immédiatement ou à l'issue de l'incapacité de travail de six mois. De son côté, le Dr G._____ a indiqué que l'état de l'épaule droite nécessitait une nouvelle intervention chirurgicale, à fixer lorsque la récupération de l'épaule gauche serait suffisante, soit en fin d'année 2019. Il a attesté la poursuite de l'incapacité de travail jusque-là. Dans son avis du 21 mai 2020 fondant la réponse de l'intimé au recours, le Dr D._____ a indiqué qu'au vu du nombre très restreint d'informations médicales à disposition depuis son dernier avis, du retard dans la programmation de l'intervention chirurgicale de l'épaule (réd. : droite) et de l'absence d'évaluation médicale de la capacité de travail dans une activité adaptée depuis le rapport du 29 avril 2019 (du Dr Z._____), il considérait comme médicalement impossible de confirmer que dite capacité était de 100% depuis avril 2019. Cela étant, il a préconisé un complément d'instruction, soit en sollicitant l'appréciation des spécialistes en charge du suivi de la recourante, soit en mettant en œuvre une expertise. Cette appréciation est convaincante. Les éléments au dossier ne suffisent pas à trancher valablement la question du droit à la rente de la recourante au-delà du 30 juin 2019. En sus des considérations soulevées par le Dr D._____, la Cour s'étonne du fait que le dossier de l'intimé ne contient aucun rapport du médecin traitant (le Dr [...]), alors qu'il ressort du rapport du Dr G._____ du 2 février 2019 que la recourante souffre de comorbidités non-orthopédiques. L'instruction menée par l'intimé, essentiellement calquée sur celle de l'assureur-accidents, ne s'est intéressée qu'aux aspects orthopédiques, sans se pencher sur les éventuels effets d'autres comorbidités sur la capacité de travail de l'assurée, ses

limitations fonctionnelles ainsi que son rendement.

E. 8

Compte tenu de l'âge de la recourante, il appartenait également à l'OAI d'examiner s'il pouvait être exigé d'elle qu'elle se réadapte par elle-même. a) La réadaptation par soi-même est en effet un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. La jurisprudence considère cependant qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. En d'autres termes, l'office doit vérifier si la capacité de travail résiduelle médico-théorique permet d'inférer sans autres démarches une amélioration de la capacité de gain ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en oeuvre une mesure d'observation professionnelle et/ou des mesures légales de réadaptation (cf. TF 9C_276/2020 du 18 décembre 2021, consid. 6 ; 9C_227/2020 du 5 octobre 2020 consid. 2.2, 9C_304/2020 du 8 juillet 2020 consid. 3 et les références citées). b) En l'espèce, la recourante, née le [...], avait 55 ans révolus tant au moment où l'OAI lui a reconnu le droit à une rente limitée dans le temps (le 27 mai 2020), que lors de la suppression du droit à cette prestation (fin juin 2019). Cela faisait au demeurant plus de 20 ans qu'elle était coiffeuse indépendante. Elle a donc droit à ce que son besoin de mesures de réadaptation soit spécifiquement examiné avant la suppression de sa rente. Cet examen n'a pas été effectué par l'intimé, dont la décision ne contient aucune constatation sur l'exigibilité d'une réadaptation par soi-même selon les règles spécifiques qui s'appliquent aux assurés âgés de 55 ans révolus. Sur ce point également, le dossier de l'intimé est incomplet et ne permet pas de statuer en toute connaissance de cause sur la suppression de la rente d'invalidité au 30 juin 2019.

E. 9

Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période courant dès le 1^{er} juillet 2019. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il appartiendra à l'intimé d'actualiser le dossier médical, tant auprès du médecin traitant de l'assurée que des spécialistes orthopédistes et en réadaptation qui la suivent. Il déterminera, sur la base des éléments versés au dossier, si la mise en oeuvre d'une expertise est nécessaire pour se prononcer valablement sur le degré d'invalidité de la recourante ainsi que ses limitations fonctionnelles. Dans le cadre de son examen, l'OAI n'omettra pas d'apprécier l'exigibilité

sur la base de la situation médicale de l'assurée dans son ensemble, tenant compte de toutes ses pathologies, y compris l'atteinte au genou droit. Une fois l'instruction dûment complétée au plan médical, il incombera encore à l'intimé d'examiner spécifiquement si la recourante peut se voir imposer l'obligation de se réadapter par elle-même.

E. 10

a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. 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. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD). c) La recourante 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

E. 11

TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 2'000 francs.

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