

VD_GERICHTE ZD12.014295 vom 24. August 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.014295

FR: VD_GERICHTE ZD12.014295 du 24 août 2012

IT: VD_GERICHTE ZD12.014295 del 24 agosto 2012

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 79/12 - 303/2012 ZD12.014295 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 24 août 2012 _____ Présidence de Mme PASCHE Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre :
S. _____, à Payerne, recourant, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR
LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 29 al. 1 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. a) S. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1952, a déposé le 27 janvier 2003 une demande de prestations AI pour adultes, en indiquant présenter une maladie professionnelle. Par décision du 9 juillet 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a constaté la réussite des mesures professionnelles mises en œuvre (formation de gestionnaire de type A) et a relevé que l'assuré réalisait désormais un revenu qui excluait le droit à la rente. b) Le 4 août 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI en précisant quant au genre de l'atteinte "pontage des veines (complications lors de l'opération)" et diabète existant depuis 2007. Par avis médical du 15 janvier 2009, le Dr Q. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a observé que l'assuré avait été en incapacité de travail complète dès septembre 2007, date d'une intervention chirurgicale de revascularisation du membre inférieur gauche suite à laquelle il avait présenté une atteinte du nerf sciatique poplité externe gauche, avec trouble sensitif et moteur (G62.9). La situation s'était peu à peu stabilisée, avec entre-temps une hospitalisation pour décompensation cardiaque sur anémie sur hémorragie digestive sur varices oesophagiennes sur cirrhose hépatique, et brûlure de la plante du pied due à une probable polyneuropathie périphérique diabétique. L'assuré marchait actuellement avec une orthèse de la jambe gauche et une chaussure gauche sur mesure. Pour le Dr Q. _____, avec ses moyens auxiliaires, l'intéressé avait une capacité de travail de 100% dans une activité sédentaire, savoir son activité habituelle, dès janvier 2009, avec une baisse de rendement de 20% due à sa difficulté à se déplacer. Par communication du 20 janvier 2009, l'OAI a fait savoir à l'assuré que les conditions d'octroi d'une aide au placement étaient remplies.

- 3 - Le 20 juillet 2009, le Dr P. _____ du SMR a relevé que le Dr D. _____, gastroentérologue, avait constaté dans sa lettre du 12 mai 2009 la persistance de varices oesophagiennes stade I avec placement de ligatures élastiques et avait observé que ces varices n'étaient pas très grandes et que les ligatures allaient certainement suffire. Pour le Dr P. _____, cette atteinte n'était dès lors pas invalidante pour une activité de bureau. Ce praticien relevait en outre que le Dr A. _____ avait confirmé la stabilité sur le plan neurologique de la polyneuropathie sensitivomotrice d'origine toxique (OH) et diabétique. Pour le médecin du SMR, l'avis SMR du 15 janvier 2009 donnant une pleine capacité de travail avec une baisse de rendement de 20% pour une activité principalement sédentaire,

sans grands ou fréquents déplacements ou efforts physiques était confirmé, l'activité de responsable logistique semblant adaptée. Par décision du 28 octobre 2009, l'assuré s'est vu reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2008 au 31 mars 2009 ainsi qu'une aide au placement. c) Le 20 janvier 2011, l'assuré a fait savoir à l'OAI que son état s'était aggravé et qu'il allait à nouveau demander l'octroi d'une rente. Le 21 janvier 2011, le Dr W. _____, médecin traitant, a confirmé que la situation de son patient s'était globalement détériorée. Il a joint à son envoi plusieurs rapports médicaux, parmi lesquels un rapport d'hospitalisation des Drs C. _____, X. _____ et L. _____ du [...] du 13 juillet 2010, selon lequel l'assuré avait subi le 21 juin 2010 un pontage fémoro-poplitée veineux inversé du membre inférieur gauche et un débridement d'une plaie au niveau de la cuisse gauche le 8 juillet 2010. Par avis médical du 3 février 2011, le Dr B. _____ du SMR a estimé que l'assuré avait rendu plausible l'aggravation de son état de santé et qu'il convenait d'instruire son dossier. Après avoir recueilli l'avis des médecins, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision le 3 février 2012, à teneur duquel il lui

- 4 - reconnaissait le droit à une rente entière dès le 1er juillet 2011, avec la motivation suivante: "Selon les documents en notre possession, depuis janvier 2010 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte. A la fin du délai d'attente d'une année, soit en janvier 2011, il ressort des pièces médicales que vous présentez une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité. A ce jour, votre état de santé ne vous a pas permis d'exercer à nouveau une activité lucrative. De ce fait, le degré d'invalidité s'élève à 100%. Selon les articles 28 et 29 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20], le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date du dépôt de la demande de prestations, mais après le délai d'attente d'une année. Le droit potentiel à la rente naît le 1er janvier 2011. Vous avez cependant déposé votre demande de prestations le 20 janvier 2011 seulement. Dès lors, votre demande est tardive et la rente ne peut vous être allouée qu'à partir du 1er juillet 2011." Une décision conforme au projet du 3 février 2012 a été notifiée à l'assuré le 23 mars 2012. B. Le 11 avril 2012, S. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en faisant valoir que dans la mesure où les rapports qu'il avait produits étaient antérieurs au 20 janvier 2011 (date du dépôt de sa nouvelle demande), il ne comprenait pas que la rente ne lui ait été allouée qu'à compter du 1er juillet 2011. Le recourant a joint à son écriture plusieurs rapports médicaux du Dr W. _____, parmi lesquels un rapport de ce dernier du 26 octobre 2011 estimant l'incapacité de travail totale. Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400 francs. Dans sa réponse du 19 juin 2012, l'OAI préavis pour le rejet du recours. Le recourant n'a pas répliqué.

- 5 - E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances instituée par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95

LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière. 2. Seule est litigieuse la question du point de départ du versement de la rente entière du recourant. 3. S'agissant du point de départ du versement de la rente, l'ancien art. 48 al. 2 LAI concernant le paiement de prestations arriérées a été abrogé au 1er janvier 2008, à la suite de la 5e révision de l'AI (RO 2007 pp. 5129, spéc. p. 5147), en raison des nouvelles conditions de dépôt de la demande et d'octroi des prestations. Désormais, selon l'art. 29 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20) applicable en l'espèce, 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. Selon l'art. 29 al. 1 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée. Le but de l'art. 29 al. 1 LAI est de rendre l'accès à la rente AI plus difficile, en restreignant les conditions d'octroi par

- 6 - rapport à la réglementation prévue avant le 5e révision de l'AI. Il ressort en effet du message du Conseil fédéral du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité que "la personne assurée devra à l'avenir déposer une demande à l'AI au plus tard six mois après la survenance de l'incapacité de gain si elle veut préserver tous ses droits concernant la rente. Si elle le fait plus tard, elle les perd pour chaque mois de retard" (FF 2005 pp. 4215, spéc. p. 4290). Le ch. 2027 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) prévoit en outre que dans tous les cas, le droit à la rente ne peut naître qu'au plus tôt six mois après le dépôt de la demande à l'AI. Si une personne dépose sa demande à l'office AI plus de six mois après le début de son arrêt de travail, il s'agit d'une demande tardive; elle perd alors son droit à la rente pour tous les mois de retard. L'exemple suivant est pour le surplus donné dans cette circulaire: "Un assuré est en incapacité de travail depuis le 15 septembre 2008. Le cas d'assurance "rente" ne pourrait donc être réalisé qu'au 15 septembre 2009 (avec début du versement le 1er septembre 2009 conformément à l'art. 29, al. 3, LAI), à condition toutefois que l'assuré ait déposé sa demande à l'AI avant le 15 mars 2009. Du fait qu'il ne la dépose que le 3 août 2009, sa rente ne peut lui être versée qu'à partir du 1er février 2010. Il perd donc son droit pour les mois de septembre 2009 à janvier 2010." Le ch. 2028 CIIAI réserve quant à lui le cas de la personne assurée qui ne pouvait connaître les circonstances donnant droit à la rente ou qui a été objectivement empêchée d'agir en temps utile pour cause de force majeure (p. ex. lors d'une maladie psychique grave). Dans ces cas, des prestations lui seront allouées rétroactivement à condition qu'elle présente une demande dans les six mois qui suivent le moment où elle a pris connaissance des faits ou la cessation de l'empêchement (par analogie avec la pratique actuelle selon la RCC 1988 p. 597, 1984 pp. 420 ss. consid. 1, 1975 p. 134). Elle peut le faire même si les personnes énumérées à l'art. 66 al. 1 RAI (Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201) n'ont pas agi à sa place, alors qu'elles étaient

- 7 - légitimées à le faire (par analogie avec la pratique actuelle selon la RCC 1983 p. 384 et 1977 p. 52). Dans ce cas, les prestations sont accordées à la personne assurée dès le moment où toutes les conditions sont objectivement réalisées pour le droit à la rente. Le paiement des prestations arriérées ne s'effectue toutefois rétroactivement qu'au maximum sur cinq ans à partir du mois auquel la demande a été présentée (n° 10205 DR). 4. En l'espèce, le recourant ne prétend pas qu'il ne pouvait connaître les circonstances donnant droit à la rente

ou avoir été objectivement empêché d'agir en temps utile pour cause de force majeure. De tels éléments ne ressortent par ailleurs pas du dossier. Il a déposé sa nouvelle demande de prestations le 20 janvier 2011, faisant ainsi valoir à cette date son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. En fixant en l'espèce la naissance du droit à la rente le 1er juillet 2011, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la demande de prestations, l'office intimé a respecté le droit fédéral (cf. art. 29 al. 1 LAI; voir p. ex. TF 9C_271/2011 du 26 octobre 2011 consid. 5; arrêt CASSO AI 291/10 – 51/2011 du 3 février 2011, consid. 4b). Les griefs du recourant sont donc mal fondés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 5. Vu le sort de la cause, le recourant supportera les frais de procédure. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, ceux-ci seront ramenés à 200 francs. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté.

- 8 - II. La décision rendue le 23 mars 2012 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument judiciaire de 200 fr. (deux cents francs) est mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - S. _____, - 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

- 9 - être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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