

VD_GERICHTE ZD19.039594 vom 27. Oktober 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-10-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.039594

FR: VD_GERICHTE ZD19.039594 du 27 octobre 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.039594 del 27 ottobre 2020

Erwägungen

E. 22

décembre 2005, en raison de douleurs consécutives à l'opération d'une hernie discale. L'OAI a sollicité un rapport de la Dre H._____, spécialiste en rhumatologie, et procédé à une enquête économique sur le ménage. Le rapport correspondant, rédigé le 19 juin 2006, a conclu à des empêchements totaux de 51,1 % dans le cas d'une assurée active à 50 %. Sur recommandation du Service médical régional (SMR), l'OAI a fait procéder à un examen clinique, réalisé le 29 novembre 2006 par le Dr W._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au sein dudit service. A l'issue de son rapport du 11 décembre 2006, ce spécialiste a retenu, au titre de diagnostics incapacitants, des lombosciatalgies gauches chroniques persistantes (status après cure de hernie discale L5- S1 en 1996 et fibrose périradiculaire persistante) et des douleurs résiduelles du pied gauche sur status après algoneurodystrophie consécutive à une fracture lente survenue en juin 2005. Des discrets troubles dégénératifs cervicaux demeuraient sans répercussion sur la capacité de travail. L'assurée était susceptible de déployer son activité habituelle, ainsi que toute activité adaptée ménageant le rachis et le pied gauche, au taux de 50 %. Une amélioration de la situation au niveau du pied gauche était probable, contrairement à l'état lombaire.

- 3 - Mettant à jour un degré d'invalidité de 25,55 % compte tenu du statut mixte de l'assurée, l'OAI a rendu une décision de refus de rente et de mesures professionnelles le 7 mai 2007. Cette décision est entrée en force. L'assurée a conclu un contrat de travail avec C._____SA pour une activité d'employée de commerce, déployée à plein temps partir du 1er octobre 2007. En cette qualité, elle a été affiliée auprès de la Caisse de pension B._____ (ci-après également : la recourante) en matière de prévoyance professionnelle. B. Par demande formelle datée du 27 décembre 2010, parvenue par erreur à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton [...] le 14 janvier 2011, D._____ a requis la prise en charge d'une perruque, laquelle lui a été accordée par communication de l'OAI du 3 février 2011. Elle a fait parvenir une nouvelle demande de prestations le 20 mai 2011, motif pris d'un cancer du sein gauche diagnostiqué en novembre 2010. Le Dr G._____, médecin chef du Service d'oncologie de l'Hôpital K._____, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 7 juillet 2011, relatant le diagnostic incapacitant de carcinome canalaire invasif du sein gauche, lequel avait nécessité une tumorectomie réalisée le 8 décembre 2010, la pose d'un port à cath (PAC) veineux, une chimiothérapie et une irradiation. Des cervicalgies, des lombalgies chroniques et un état anxio-dépressif réactionnel étaient mentionnés en tant que diagnostics sans incidence sur la capacité de travail. L'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 7 décembre 2010. Elle souffrait d'asthénie, de fatigabilité et de douleurs articulaires. C._____SA a indiqué, par rapport du 17 août 2011, que l'assurée aurait réalisé un salaire annuel de 68'900 fr. à plein temps à compter du mois d'avril 2011. L'OAI a régulièrement actualisé le volet médical de son dossier et pris

acte de l'évolution favorable de la pathologie oncologique. A cet

- 4 - égard, l'incapacité de travail avait été réduite à 75 % depuis le 1er octobre 2011, puis à 50 % entre le 3 janvier 2012 et le 31 juillet 2012 (cf. notamment : rapports des 15 décembre 2011, 12 mars 2012 et 27 juin 2012 du Dr G. _____). Sur le plan rhumatologique, une polyarthrite rhumatoïde séronégative s'était déclarée à la fin de l'année 2011, pour laquelle l'assurée avait repris ses consultations auprès de la Dre H. _____ dès le 13 mars 2012. Cette dernière avait prononcé une incapacité de travail de 70 % jusqu'au 31 décembre 2012 (cf. notamment : rapports des 19 novembre 2012, 23 mai 2013, 11 août 2014 et 14 octobre 2014 de cette spécialiste). L'assurée avait également consulté son médecin généraliste traitant, le Dr J. _____, et la Dre L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au motif d'un épisode dépressif moyen dès mai 2013. Celle-ci avait pris en charge l'assurée de fin mai à octobre 2013 avec une bonne évolution. Le traitement médicamenteux était suivi par le Dr J. _____, lequel avait prononcé un arrêt de travail complet du 14 mai 2013 au 31 octobre 2013 (cf. rapport des 5 août 2013 et 5 mars 2014 du Dr J. _____ ; rapport du 4 février 2014 de la Dre L. _____ à l'attention de l'OAI). Sur le plan économique, l'assurée a reçu son licenciement avec effet au 31 octobre 2013 de la part de C. _____ SA. Elle s'est dès lors annoncée auprès de l'assurance-chômage à compter du 1er novembre 2013, affichant une disponibilité à l'emploi de 100 %. En sus de quelques activités intermédiaires exercées à temps complet et partiel, l'assurée a entrepris une formation de secrétaire médicale du 15 mars 2014 au

E. 24

janvier 2018 en raison d'une chute survenue le 18 décembre 2017, se poursuivait durablement pour toute activité. Etaient annexés les rapports des différents spécialistes consultés par l'assurée depuis 2016. Il en ressortait qu'elle avait présenté une fracture de fatigue du pied gauche en janvier 2016 et en septembre 2017. Une compression radiculaire sur hernie radiculaire, consécutive à la chute du 18 décembre 2017, avait par ailleurs justifié une hospitalisation. Le Prof. T. _____, spécialiste en neurochirurgie auprès de la Clinique P. _____, avait réalisé, le

E. 28

janvier 2018, une hémilaminectomie L4-L5 droite pour cure de hernie discale luxée. Le 30 janvier 2018, avait été diagnostiquée à l'imagerie une coxarthrose bilatérale, prédominant à droite, prise en charge par la Prof. X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie prothétique. Le 20 avril 2018, l'assurée avait été victime d'une nouvelle chute, se blessant au genou et à la cheville (cf. notamment : rapports des 26 janvier 2018, 12 février 2018 et 7 mars 2018 du Prof. T. _____ ; rapport de la Prof. X. _____ du 28 janvier 2018 ; rapport de la Dre H. _____ du 25 avril 2018).

- 7 - L'OAI a recueilli le dossier constitué par la S. _____ SA, assurance contre les accidents, laquelle servait ses prestations des suites de l'accident du 18 décembre 2017, dont notamment des indemnités journalières depuis le 26 janvier 2018. Le 16 octobre 2018, la Dre H. _____ a produit un nouveau rapport à l'attention de l'OAI, exposant que l'incapacité totale de travail persistait pour n'importe quelle activité. En plus des problèmes de coxarthrose bilatérale, l'assurée souffrait des suites d'une nouvelle fracture de fatigue du pied gauche, diagnostiquée lors d'une imagerie du 26 juin 2018. Son état somatique se répercutait sur son énergie vitale, de sorte qu'elle avait dû faire appel à un psychiatre, le Dr Z. _____. Le traitement immunosuppresseur de la spondylarthrite ankylosante se

poursuivait par perfusions toutes les 8 semaines. Le SMR s'est déterminé le 5 novembre 2018, adhérant à l'appréciation de la Dre H. _____ et retenant une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 24 janvier 2018. Le 24 janvier 2019, l'assurée a communiqué à l'OAI avoir repris son activité auprès de la Dre F. _____, à hauteur de 30 %, depuis le début du même mois. Par avis du 24 janvier 2019, le Service juridique de l'OAI a suggéré de prendre en considération les incapacités de travail suivantes, notamment sur la base des différents avis du SMR : • 100 % dès le 7 décembre 2010 ; • 50 % dès le 1er janvier 2012 ; • 40 % dès le 1er novembre 2013 ; • 100 % dès le 28 janvier 2018 ; • 70 % dès le 1er janvier 2019. En date du 8 février 2019, le Service de réinsertion de l'OAI a déterminé les différents degrés d'invalidité par comparaison des revenus avec et sans invalidité, eu égard aux fluctuations précitées de la capacité

- 8 - de travail. Il a pris en compte, au titre de revenu sans invalidité, les données communiquées par C. _____ SA et a fixé le revenu d'invalidité en se fondant sur le salaire statistique pour des activités d'employée de commerce ou de secrétaire ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il a ainsi mis à jour des degrés d'invalidité de 54,15 % pour une activité exercée à 50 %, de 48,69 % à 60 % et de 74,39 % à 30 %. Par nouveau projet de décision du 13 février 2019, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de lui reconnaître un degré d'invalidité de 40 % dès le 1er février 2011, de 100 % dès le 1er mai 2011, de 54,15 % dès le 1er janvier 2012, de 48,69 % dès le 1er novembre 2013, de 100 % dès le 28 janvier 2018 et de 74,39 % dès le 1er janvier 2019. Il verserait les prestations dès le 1er juillet 2011, vu la demande formulée le 14 janvier 2011, et allouerait une rente entière dès le 1er juillet 2011, une demi-rente dès le 1er janvier 2012, un quart de rente dès le 1er février 2014 et une rente entière dès le 1er avril 2018. Par correspondance du 26 février 2019, complétée le 12 avril 2019, la Caisse de pension B. _____, assistée de Libera AG, a contesté ce projet en sa qualité de caisse de pensions de C. _____ SA. Elle a essentiellement fait grief à l'OAI d'avoir accordé une valeur probante aux rapports de la Dre H. _____, estimant qu'une expertise pluridisciplinaire se serait imposée dans le cas particulier. Au surplus, l'assurée ne pouvait de toute façon prétendre une rente avant le mois de novembre 2011, compte tenu du dépôt de sa demande de prestations le 20 mai 2011. La Caisse de pension B. _____ concluait principalement à ce que le droit à la rente soit nié, tout particulièrement durant la période débutant en septembre 2015 où l'assurée avait exercé une activité lucrative à plein temps. Subsidiairement, elle concluait à ce que le droit à la rente ne soit pas ouvert avant le mois de novembre 2011. Par correspondance de son Service juridique du 21 mai 2019 à la Caisse de pension B. _____, l'OAI a maintenu sa position, rappelant la teneur des rapports de la Dre H. _____ et les avis du SMR. Par ailleurs, il

- 9 - soulignait que l'assurée avait déposé une demande de moyens auxiliaires le 14 janvier 2011, laquelle imposait l'examen de l'ensemble des prestations entrant en ligne de compte dans le cas particulier. A l'issue de deux décisions des 30 juillet 2019 et 9 septembre 2019, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice des prestations envisagées dans son projet de décision du 13 février 2019. Il a ainsi alloué une rente entière d'invalidité du 1er juillet 2011 au 31 décembre 2011, une demi-rente du 1er janvier 2012 au 31 janvier 2014, un quart de rente du 1er février 2014 au 31 mars 2018 et une rente entière dès le 1er avril 2018. La Dre F. _____ a licencié l'assurée avec effet au 30 septembre 2019. D. La Caisse de pension B. _____, représentée par Libera AG, a déféré les décisions des 30 juillet 2019 et 9 septembre 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par actes de recours

des 4 septembre 2019 (enregistré sous n° de cause AI 299/19) et 4 octobre 2019 (enregistré sous n° de cause AI 334/19). Elle a conclu à l'annulation des décisions querellées, compte tenu d'une insuffisance de l'instruction du cas sur le plan médical. A son sens, l'OAI s'était fondé – à tort – exclusivement sur les rapports des médecins traitants, trop peu étayés. Elle rappelait également que l'assurée avait été en mesure d'exercer une activité lucrative à plein temps dès le 1er septembre 2015. A titre principal, elle requérait que le droit à la rente soit nié. Subsidiairement, elle proposait le renvoi de la cause à l'OAI pour « nouvelle évaluation ». Enfin, elle estimait ne pas être l'institution de prévoyance compétente des suites de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée survenue en janvier 2018. Par ordonnance du 8 octobre 2019, la magistrate instructrice a joint les deux causes sous le numéro AI 299/19 vu leur connexité. Elle a par ailleurs appelé en cause D. _____ le 17 octobre 2019.

- 10 - Le 31 octobre 2019, l'OAI a répondu au recours et a proposé son rejet, en se référant à la correspondance de son Service juridique du 21 mai 2019. Il a au surplus relevé que la question de la caisse de pension compétente dès janvier 2018 sortait du cadre du litige. Invitée à se déterminer, D. _____, représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, a conclu au rejet du recours par écriture du 5 novembre 2019. Elle a mis en exergue les différents rapports médicaux et les avis du SMR versés à son dossier. Elle a rappelé que la Dre H. _____ avait expressément attesté d'une capacité de travail limitée à 50 % ou 60 %, quand bien même elle avait repris une activité lucrative à plein temps dès le 1er septembre 2015. Elle précisait également que la péjoration de son état de santé, avérée en janvier 2018, avait d'ores et déjà débuté dans le courant de l'année 2017. Les informations utiles sur cette dégradation figuraient d'ailleurs dans le dossier de la S. _____ SA. Par réplique du 12 novembre 2019, la Caisse de pension B. _____ a maintenu ses conclusions et renoncé à se déterminer plus avant. Le 6 décembre 2019, l'OAI a transmis à la Cour de céans, pour information, de nouveaux rapports médicaux fournis par l'assurée. Ces documents, établis dès le mois de novembre 2018 par le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, font état de la prise en charge de l'assurée des suites de la fracture de fatigue survenue au pied gauche en juin 2018. Sur requête de la magistrate instructrice, V. _____, assurance perte de gain en cas de maladie de C. _____ SA, a communiqué, par pli du 8 octobre 2020, le décompte des indemnités journalières versées à D. _____ entre le 7 décembre 2010 et le 31 octobre 2013. Ce document fait état notamment des éléments suivants :

- 11 - Risque du au Jours Incapacité de travail % 01.10.2013 31.10.2013 31 100 01.09.2013 30.09.2013 30 100 01.08.2013 31.08.2013 31 100 14.07.2013 31.07.2013 18 100 01.07.2013 13.07.2013 13 100 01.06.2013 30.06.2013 30 100 21.05.2013 31.05.2013 11 100 14.05.2013 19.05.2013 6 100 01.12.2012 05.12.2012 5 30 01.11.2012 30.11.2012 30 30 01.10.2012 31.10.2012 31 30 01.09.2012 30.09.2012 30 30 01.08.2012 31.08.2012 31 30 01.07.2012 31.07.2012 31 50 01.06.2012 30.06.2012 30 62 01.05.2012 31.05.2012 31 50 01.04.2012 30.04.2012 30 50 01.03.2012 31.03.2012 31 50 01.02.2012 29.02.2012 29 60 01.01.2012 31.01.2012 31 57 01.12.2011 31.12.2011 31 75 01.11.2011 30.11.2011 30 75 01.10.2011 31.10.2011 31 75 01.09.2011 30.09.2011 30 100 01.08.2011 31.08.2011 31 100 01.07.2011 31.07.2011 31 100 01.06.2011 30.06.2011 30 100 06.05.2011 31.05.2011 26 100 01.05.2011 05.05.2011 5 100 01.04.2011 30.04.2011 30 100 01.03.2011 31.03.2011 31 100 05.02.2011 28.02.2011 24 100 01.02.2011 04.02.2011 4 100 01.01.2011 31.01.2011 31 100 07.12.2010 31.12.2010 25 100

- 12 - E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, 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 LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) Le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations. Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre

- 13 - assureur d'allouer des prestations est ainsi tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (cf. également : art. 57a al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 144 V 29 consid. 3 ; 132 V 74 consid. 3.1). Ainsi que cela ressort des art. 23, 24 al. 1 et 26 al. 1 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), il existe un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) de la prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 et 132 V 1 consid. 3.2). Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (ATF 143 V 434 consid. 2.2) ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait. C'est pourquoi il convient d'accorder aux organes de la prévoyance professionnelle aussi bien la qualité pour s'exprimer dans le cadre de la procédure de préavis (art. 57a al. 2 LAI) que pour former un recours contre une décision des organes de l'assurance-invalidité (art. 49 al. 4 et 59 LPGA) qui statue sur le droit à la rente ou fixe le degré d'invalidité de la personne assurée (ATF

133 V 67 consid. 4.3.2 ; 132 V 1 consid. 3.3.1).

- 14 - Toutefois, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente ; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (TF 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2 et 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3). d) En l'occurrence, la Caisse de pension B._____ conteste essentiellement la capacité de travail retenue par l'intimé et ses fluctuations, soit le bien-fondé, respectivement la quotité des rentes d'invalidité allouées à D._____. Cette dernière était assurée pour la prévoyance professionnelle auprès de la recourante en décembre 2010, date retenue par l'intimé pour la survenance du début de l'incapacité de travail déterminante. Dans la mesure où certaines des constatations et appréciations de l'intimé en lien avec le droit à la rente sont en principe contraignantes à l'égard de la recourante, notamment au regard des conditions minimales de la prévoyance obligatoire, il y a lieu de lui reconnaître qualité pour recourir. e) Les recours ont en outre été déposés en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD), notamment vu les fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Ils respectent les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de

- 15 - l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d). Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si un recours

n'est déposé que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure. c) En l'espèce, l'intimé a rendu deux décisions. La première, datée du 30 juillet 2019, fixe le montant de la rente entière d'invalidité

- 16 - allouée dès le 1er août 2019. La seconde, datée du 9 septembre 2019, fixe les arrérages de rente, soit une rente entière du 1er juillet 2011 au

E. 31

mars 2018 (fondé sur un degré d'invalidité de 48,69 %) et une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2018 (fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, respectivement 74,39 %). Le litige porte sur le droit de D. _____ à ces prestations, compte tenu de l'évaluation de sa capacité de résiduelle de travail et de gain. Dans ce contexte, seuls sont recevables les griefs qui se rapportent aux constatations et appréciations jouant un rôle déterminant pour statuer sur le droit à la rente d'invalidité de l'assurée. Les conclusions de la recourante, en tant qu'elles portent sur « sa responsabilité quant à l'aggravation de 2018 » (cf. mémoire de recours du 4 septembre 2019, p. 10 in fine), sont en revanche irrecevables. 3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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 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. 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

- 17 - peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. A teneur de l'art. 29ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. c) La survenance de l'invalidité doit en principe être déterminée eu égard à chaque catégorie de prestations séparément. Il peut se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. D'autre part, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Le principe de l'unité du cas d'assurance n'est donc pas absolu et il cesse d'être applicable

lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou lorsque l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les différentes phases qui deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 ; cf. également :

- 18 - Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 342, n. 1234 et 11235). 4. a) S'agissant du versement de la rente, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. b) 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. Si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande (cf. TF 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5 et référence citée). c) L'art. 88a al. 1 RAI précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, 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 a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

- 19 - 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'incapacité de travail, 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 (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). b) 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 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 6. En l'espèce, l'intimé, respectivement le SMR, s'est fondé exclusivement sur les rapports établis par les différents médecins traitants de l'assurée pour déterminer sa capacité résiduelle de travail. La recourante estime que ces rapports sont insuffisants pour revêtir une

- 20 - pleine valeur probante et que l'intimé aurait dû recourir à une expertise pluridisciplinaire avant de statuer sur le droit aux prestations. a) S'agissant de ce grief, on peut toutefois observer que l'assurée a souffert de différentes pathologies qui ont requis des traitements spécifiques diligentés par plusieurs spécialistes (en particulier : Dr G. _____ et Dre H. _____). Les rapports de ces médecins exposent par le détail l'évolution de l'état de santé de l'assurée au cours des années concernées par les décisions querellées et justifient de manière claire les raisons qui ont conduit à prononcer de nombreux arrêts de travail. On dispose ainsi de documents suffisamment précis qui fournissent une vision d'ensemble des fluctuations de l'état de santé de l'assurée et de sa capacité résiduelle de travail. Au demeurant, on ne voit pas – à ce stade de la procédure – qu'une expertise pluridisciplinaire ou un complément d'instruction médicale apporterait un éclairage nouveau quant aux répercussions concrètes des diagnostics retenus. Il s'agirait forcément d'une appréciation a posteriori, laquelle devrait se fonder exclusivement sur les documents réunis par l'intimé. Une telle mesure ne fournirait donc pas de nouveaux éléments utiles à la solution du présent litige. Dès lors, il convient de rejeter la conclusion subsidiaire de la recourante tendant à une instruction complémentaire sur renvoi à l'intimé par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d). b) Le cas est en revanche susceptible d'être tranché en fonction des différentes périodes d'incapacité de travail et de gain que l'on peut déduire des pièces du dossier et du décompte d'indemnités journalières mis à disposition par V. _____. Il s'agit toutefois de rectifier les nombreuses erreurs et imprécisions commises par l'intimé (cf. notamment : consid. 7 ss infra). En l'état du dossier, contrairement à ce qu'a retenu le Service juridique de l'intimé dans son avis du 24 janvier 2019, il y a lieu de prendre en considération les incapacités de travail suivantes : Date de début Date de fin Incapacité Justificatif de travail

- 21 - en % 7 décembre 2010 30 septembre 2011 100 Rapport du Dr G. _____ du 7 juillet 2011 1er octobre 2011 2 janvier 2012 75 Rapport du Dr G. _____ du 15 décembre 2011 3 janvier 2012 31 août 2012 50 Rapports du Dr G. _____ des 15 mars 2012 et 27 juin 2012 / Décompte de V. _____ 1er septembre 2012 5 décembre 2012 70 Rapports de la Dre H. _____ des 19 novembre 2012 et 14 octobre 2014 / Décompte de V. _____ 14 mai 2013 31 octobre 2013 100 Rapport du Dr J. _____ du 5 mars 2014 Date de début Date de fin Incapacité Justificatif de travail en % 24 janvier 2018 31 décembre 2018 100 Rapports de la Dre H. _____ du 25 avril 2018 et dossier de l'assurance-accidents 1er janvier 2019 (non précisé) 70 Communication de l'assurée du 24 janvier 2019 7. a) Pour la période du 7 décembre 2010 au 2 janvier 2012, on peut retenir, sur la base des rapports du Dr G. _____ des 7 juillet 2011 et 15 décembre 2011, que l'assurée a été en incapacité de travail à 100 % jusqu'au 30 septembre 2011, puis à 75 % jusqu'au 2 janvier 2012. On peut également considérer que ces appréciations sont valables pour toute activité eu égard à la pathologie oncologique qui a affecté l'assurée. b) Contrairement à ce qu'a estimé l'intimé, l'incapacité de travail débutée le 7 décembre 2010 constitue un nouveau cas d'assurance en l'absence de tout lien de fait et de temps avec l'incapacité de travail qui avait justifié la

première demande de prestations de l'assurée du 22 décembre 2005. On rappelle en effet que cette première demande était motivée par les séquelles douloureuses de l'opération d'une hernie discale, alors que la demande de moyens auxiliaires formulée en date du 27 décembre 2010 est consécutive à un cancer du sein. Par ailleurs, l'assurée a repris une activité lucrative à plein temps postérieurement à la décision de l'intimé du 7 mai 2007. Elle était en poste à 100 % auprès de C. _____ SA depuis le 1er octobre 2007, soit depuis plus de trois ans au moment de la survenance de l'arrêt de travail du 7 décembre 2010. Dès lors, la nouvelle atteinte à la santé (cancer du sein) dont a souffert l'assurée dès décembre 2010, fait courir un nouveau délai de carence au sens entendu par l'art. 28 al. 1, let. b, LAI pour l'ouverture du droit à la

- 22 - rente (cf. jurisprudence citée sous consid. 3c supra). Ledit délai est ainsi arrivé à échéance le 7 décembre 2011, non pas le 14 février 2011 comme le soutient l'intimé. On soulignera qui plus est que les dispositions légales en vigueur ne prévoient pas le calcul d'un « degré d'invalidité moyen », mais uniquement d'un taux moyen d'incapacité de travail en cas de fluctuations de cette capacité, ce dans le but de déterminer l'échéance du délai de carence d'un an au sens de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI (cf. texte de cette disposition qui mentionne une « incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année » et non pas une « incapacité de gain »). Le degré d'invalidité de 40 %, déterminé par l'intimé dès le 14 février 2011, ne répond à aucune exigence légale et est donc indubitablement erroné. Le délai de carence étant arrivé à échéance en l'espèce le 7 décembre 2011, aucune prestation sous forme de rente ne pouvait être versée à l'assurée avant le 1er décembre 2011. c) A cette date, le délai de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI était échu, compte tenu de la demande de moyen auxiliaire datée du 27 décembre 2010. A l'instar de l'intimé, il s'agit de retenir cette demande au titre de demande déterminante, puisque celle-ci sauvegarde les droits de l'assurée pour l'ensemble des prestations susceptibles d'entrer en ligne de compte. En revanche, la date du 14 janvier 2011, qui constitue la date de réception à l'Office de l'assurance-invalidité du canton [...], n'est pas conforme à la jurisprudence fédérale (cf. TF 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 cité sous consid. 4b supra). d) En définitive, on peut conclure, pour l'intervalle concerné, que l'assurée a présenté une incapacité de travail et de gain de 100 %, soit un degré d'invalidité de 100 % du 7 décembre 2010 au 30 septembre 2011 et de 75 % du 1er octobre 2011 au 2 janvier 2012, le droit à la rente étant ouvert dès le 7 décembre 2011.

- 23 - 8. Pour la période du 3 janvier 2012 au 31 août 2012, le Dr G. _____ a fait état d'une incapacité de travail de 50 % qu'il y a lieu de suivre en l'occurrence (cf. rapport de ce médecin des 15 mars 2012 et 27 juin 2012). Ces éléments sont d'ailleurs corroborés par le décompte fourni par V. _____. On peut retenir que la capacité de travail de 50 % s'entend pour toute activité, alors que l'assurée était encore sous contrat de travail auprès de C. _____ SA. Il est donc superflu de procéder à une comparaison des revenus, vu la reprise possible de l'activité habituelle. Dès lors, le degré d'invalidité de l'assurée s'est élevé à 50 % dans cet intervalle. 9. Pour la période du 1er septembre 2012 au 5 décembre 2012, la Dre H. _____ a mentionné une augmentation de l'incapacité de travail, chiffrée à 70 %, jusqu'à la fin de l'année. On ne saurait retenir ce taux d'incapacité dès 2011, faute de précisions de la Dre H. _____ à cet égard, cette dernière n'ayant de toute façon à nouveau pris en charge l'assurée qu'à partir du 13 mars 2012 (cf. rapport de cette docteure du 19 novembre 2012). Au demeurant, une incapacité de travail supérieure à 50 % ne ressort pas du décompte de V. _____ avant le 1er septembre 2012. Qui plus est, le Dr

G._____ n'a renvoyé aux arrêts de travail prononcés sur le plan rhumatologique qu'à la date de son rapport du 27 juin 2012. On ajoutera qu'aucune pièce au dossier n'atteste de la poursuite de cette incapacité de travail dès le 1er janvier 2013, contrairement à ce que l'intimé a pris en considération. Partant, un degré d'invalidité de 70 % peut être retenu uniquement pour la période limitée du 1er août 2012 au 5 décembre 2012. 10. Durant l'année 2013, est uniquement attestée médicalement une période d'incapacité totale de travail pour la période du 14 mai 2013 au 31 octobre 2013 en raison d'un traitement psychiatrique rendu nécessaire par un épisode dépressif réactionnel (cf. notamment : rapports du Dr J._____ du 5 août 2013 et 5 mars 2014). Ce constat ressort

- 24 - d'ailleurs également du décompte d'indemnités journalières versées par V._____. On peut ainsi conclure à un degré d'invalidité de 100 % du 14 mai 2013 au 31 octobre 2013. 11. On relève d'emblée que l'on ne dispose d'aucune pièce attestant d'une quelconque incapacité de travail de l'assurée durant la période courant du 1er novembre 2013 au 23 janvier 2018. Dans cet intervalle, celle-ci s'est annoncée aux organes de l'assurance-chômage en affichant une disponibilité à l'emploi entière dès le 1er novembre 2013. Elle a effectué une formation de secrétaire médicale de mars 2014 à janvier 2015 et dégagé à plusieurs reprises des gains intermédiaires substantiels par le biais de contrats de durée déterminée. Elle a enfin été engagée par la Dre F._____ où elle a été en mesure d'assumer une activité à temps complet du 1er septembre 2015 au 23 janvier 2018. Dans ce contexte, on ne peut se rallier à l'exigibilité retenue par l'intimé, respectivement le SMR, sur la base de l'appréciation bienveillante communiquée par la Dre H._____ (cf. rapport de cette praticienne du 7 janvier 2016 et avis du SMR du 18 février 2016). Dite appréciation apparaît en effet insoutenable et en contradiction flagrante avec les données économiques à disposition pour cette période. On retiendra que l'assurée a affiché une disponibilité complète à l'emploi à l'occasion de son inscription à l'assurance-chômage, qu'elle a vraisemblablement perçu les indemnités correspondant à cette disponibilité et qu'elle a été en mesure de réaliser des gains intermédiaires substantiels (cf. notamment : inscriptions au CI pour les années 2014 et 2015). Par ailleurs, elle a dégagé un salaire à plein temps auprès de la Dre F._____ dès septembre 2015, au demeurant équivalent, voire légèrement supérieur, à celui obtenu auprès de C._____ SA. On ne peut envisager sérieusement que l'assurée ait travaillé au-dessus de ses forces durant plus de deux ans au service de la docteure précitée. On ne saurait davantage envisager que le salaire versé par cette dernière comporterait une part de salaire social, soit que la

- 25 - prestation fournie par l'assurée serait inférieure à un rendement effectif de 100 %. Aucun élément ne vient d'ailleurs corroborer cette hypothèse. Dès lors, il s'agit de retenir l'absence d'incapacité de travail et de gain de l'assurée pour toute la période s'étendant du 1er novembre 2013 au 23 janvier 2018. Le degré d'invalidité durant cet intervalle est donc de 0 %. 12. a) S'agissant de la période débutant dès le 24 janvier 2018, il est médicalement attesté que l'assurée a été en incapacité de travail totale à partir de cette date. Elle a au demeurant perçu les indemnités correspondantes de la S._____ SA étant donné qu'elle a été victime d'une chute le 18 décembre 2017, laquelle a provoqué la luxation d'une hernie discale (cf. rapport du Prof. T._____ des 26 janvier 2018, 12 février 2018 et 7 mars 2018). L'assurée a indiqué avoir tenté une reprise d'activité à 30 % dès le mois de janvier 2019. Son contrat de travail a toutefois été résilié avec effet au 30 septembre 2019. L'intimé, respectivement le SMR, a retenu en conséquence un degré d'invalidité de 100 % dès janvier 2018. A partir de janvier 2019, l'intimé a procédé à une comparaison des

revenus sans et avec invalidité (en vertu des données statistiques) pour aboutir à un degré d'invalidité de 74,39 %. b) On ne peut, en l'état du dossier de l'intimé, lequel s'avère particulièrement lacunaire pour la période concernée, confirmer les éléments retenus par ce dernier. Il convient tout d'abord de s'interroger sur la survenance éventuelle d'un nouveau cas d'assurance qui ferait courir un délai de carence d'un an selon l'art. 28 al. 1, let. b, LAI dès le 24 janvier 2018. Cette investigation s'impose ici, dans la mesure où on ignore si la chute du 18 décembre 2017 a décompensé la polyarthrite dont est affectée la

- 26 -
recourante ou si la luxation de la hernie discale est totalement indépendante de cette pathologie. Il s'agit donc de compléter le dossier sur cette question, en actualisant les pièces médicales et en recueillant l'intégralité du dossier de l'assurance-accidents. c) Au surplus, à compter de janvier 2019, l'assurée a annoncé avoir repris son activité au taux de 30 %. On ignore en l'état la durée effective de cette reprise et comment la capacité résiduelle de travail a évolué depuis lors, quand bien même son contrat de travail a été résilié. On ignore également si l'assurée a envisagé de s'inscrire à l'assurance- chômage ou si elle a repris une autre activité lucrative. Il s'agit dès lors d'actualiser le volet médical pour déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assurée et de s'enquérir de l'évolution de sa situation économique, avant de statuer sur son droit aux prestations. d) Les compléments ci-dessus sont indubitablement du ressort de l'intimé (cf. art. 43 al. 1 LPGA), à qui il y a lieu de renvoyer la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision pour la période débutant le 24 avril 2018 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; cf. également : Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). 13. Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis pour la période s'étendant du 7 décembre 2010 au 23 janvier 2018. Il y a lieu de réformer les décisions querellées et de rectifier le droit à la rente de l'assurée dans cet intervalle. L'assurée a droit au versement des rentes suivantes, en tenant compte des délais de trois mois prévus à l'art. 88a al. 1 et 2 RAI, selon l'évolution de l'état de santé :
Date de début Date de fin Degré Fraction de rente d'invalidité en %
1er décembre 2011 30 avril 2012 100 / 75 Rente entière
1er mai 2012 30 novembre 2012 50
Demi-rente

- 27 -
1er décembre 2012 31 mars 2013 70 Rente entière
1er août 2013 31 janvier 2014 100 Rente entière
Il convient par ailleurs de renvoyer la cause à l'intimé pour la période débutant le 24 janvier 2018 afin qu'il procède aux compléments d'instruction indispensables avant de rendre une nouvelle décision (cf. consid. 12 supra). 14. a) 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'AI 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. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). b) Bien que la recourante obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre des dépens de la part de l'intimé. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD ; ATF 126 V 143 consid. 4).

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