

VD_GERICHTE ZD19.046127 vom 12. November 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.046127

FR: VD_GERICHTE ZD19.046127 du 12 novembre 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.046127 del 12 novembre 2020

Erwägungen

E. 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 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).

- 9 - 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

Le litige porte, d'une part, sur le droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période du 1er décembre 2009 au 31 juillet 2017, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation, et, d'autre part, sur le montant du rétroactif à recevoir par le recourant de la part de l'assurance-invalidité.

E. 3

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 (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

- 10 - c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

E. 4

a) 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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.

E. 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 LPG), 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

- 11 - 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).

E. 5

a) En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par la [...], selon lesquelles le recourant dispose d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis l'automne 2009, soit une activité ménageant complètement son membre supérieur droit. En effet, la [...] a motivé ses conclusions à satisfaction, ces dernières résultant d'un examen clinique approfondi et d'une étude minutieuse des pièces au dossier. La [...] a en outre indiqué de manière convaincante que les activités, telles qu'elles avaient été exercées par le recourant - soit notamment ses activités d'employé de commerce en formation et, ensuite, de collaborateur au service comptabilité chez [...] Sàrl exercée à des taux inférieur à 80% malgré la bonne volonté de l'assuré - n'étaient probablement pas totalement adaptées à ses limitations fonctionnelles. Les rendements moindres constatés, notamment par le Dr K. _____ en date du 7 décembre 2016, s'expliquaient également, en partie, par le fait que le recourant n'avait pas utilisé certains moyens auxiliaires informatiques mis à sa disposition. Le Dr K. _____ n'apporte aucun élément clinique susceptible de conclure durablement à une diminution

supérieure à 20% du rendement du recourant dans une activité parfaitement adaptées à ses limitations fonctionnelles. Ce médecin constate au contraire des amplitudes articulaires du coude droit qui restaient superposables à celles relevées en 2015. Quant à l'arrêt de travail à temps complet décidé le 3 mai 2017, il apparaît essentiellement motivé par des considérations psychiques (incapacité à faire face à ses obligations professionnelles, fatigue intense) et non somatiques, considérations parfaitement prises en compte par les experts de la [...]. S'agissant du rapport médical du 1er juillet 2016 réalisé par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, il ne met pas en lumière une appréciation divergente permettant de douter des constatations de la [...]. Ce médecin

- 12 - ne s'est d'ailleurs pas prononcé sur la capacité de travail du recourant, indiquant qu'une évaluation des activités exigibles devait être réalisée dans le cadre d'une expertise médicale. b) Sur le vu de ce qui précède, les conclusions prises par les médecins de la CRR peuvent être suivies. c) Par ailleurs, les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé ne font pas l'objet d'une quelconque contestation. L'office intimé a correctement retenu un revenu sans invalidité de 101'723 fr. ainsi qu'un revenu avec invalidité de 49'049 fr. 21, ce qui induit une perte de gain de 52'673 fr. 79 correspondant effectivement à un degré d'invalidité de 52%. L'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1er décembre 2009 au 31 juillet 2017 peut ainsi être confirmé.

E. 6

A la lecture des décisions entreprises, l'office intimé a versé un montant de 88'951 fr. 90 à titre de rétroactif de rentes, après avoir d'une part compensé la somme de 13'153 fr. 70 au titre des indemnités journalières perçues en trop et d'autre part restitué la somme de 70'966 fr. 40 à H._____. SA.

E. 7

a) Le recourant soutient qu'aucune compensation ne devait être effectuée entre le montant versé à titre de rétroactif de rente et les indemnités journalières de l'assurance-invalidité, au motif que les conditions d'une révision procédurale ou d'une reconsidération n'étaient pas remplies. b) A teneur de l'art. 22 LAI, l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation, si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail de 50 % au moins (al. 1). L'indemnité journalière se compose de l'indemnité de base, à laquelle tous les assurés ont droit, et d'une prestation pour enfant (al. 2). L'assuré n'a pas droit à une prestation

- 13 - pour les enfants pour lesquels des allocations pour enfant ou des allocations de formation prévues par la loi sont déjà versées (al. 3, dernière phrase). L'indemnité de base s'élève à 80 % du revenu de l'activité lucrative que l'assuré percevait pour la dernière activité exercée sans restriction due à des raisons de santé et, pour l'assuré qui suit des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a, à 80 % du revenu qu'il percevait immédiatement avant le début des mesures. Dans tous les cas, l'indemnité s'élève toutefois à 80 % au plus du montant maximal de l'indemnité journalière, lequel correspond au montant maximum du gain assuré journalier fixé dans la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) (art. 23 al. 1 et 1bis LAI en relation avec l'art. 24 al. 1 LAI). Le calcul du revenu de l'activité lucrative se fonde sur le revenu moyen sur lequel les cotisations prévues par la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur

l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) sont prélevées (art. 23 al. 3 LAI). c) Selon l'art. 47 al. 1 LAI, durant la mise en œuvre des mesures d'instruction, des mesures de réadaptation et des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI les bénéficiaires perçoivent leur rente en dérogation à l'art. 19, al. 3, LPGA. Les rentes sont perçues jusqu'à la décision de l'office AI visée à l'art. 17 LPGA s'ils suivent des mesures de nouvelle réadaptation prévues à l'art. 8a (art. 47 al. 1bis let. a LAI) ou, pour les autres mesures de réadaptation, au plus jusqu'à la fin du troisième mois civil entier qui suit le début des mesures (art. 47 al. 1bis let. b LAI). Les bénéficiaires de rente ont droit en outre à une indemnité journalière. Durant la mise en œuvre des mesures d'instruction ou de réadaptation, l'indemnité est toutefois réduite d'un trentième du montant de la rente pendant la période au cours de laquelle deux prestations sont dues (art. 47 al. 1ter LAI). Lorsqu'une rente succède à une indemnité journalière, elle est versée, en dérogation à l'art. 19, al. 3, LPGA, sans réduction pour le mois durant lequel le droit à l'indemnité journalière

- 14 - prend fin. Durant ce mois, l'indemnité journalière est en revanche réduite d'un trentième du montant de la rente (art. 47 al. 2 LAI). d) Conformément au ch. 5051 de la directive de l'OFAS concernant le calcul et le versement des indemnités journalières ainsi que la perception des cotisations (DIJ), l'indemnité journalière est réduite d'une somme égale au montant journalier de la rente lorsque une indemnité journalière et une rente AI sont allouées en même temps. Tel est le cas lorsque l'indemnité journalière succède à la rente de l'assurance- invalidité ; cette dernière est accordée, en sus de l'indemnité journalière et sans réduction, au plus jusqu'à la fin du troisième mois civil entier qui suit le début des mesures d'instruction ou de réadaptation, l'indemnité journalière étant pour sa part réduite d'un trentième du montant de la rente de l'assurance-invalidité (ch. 2009 DIJ). De même, lorsque la rente de l'assurance-invalidité succède à l'indemnité journalière, la rente n'est pas réduite durant le mois pendant lequel le droit à l'indemnité s'éteint ; l'indemnité journalière subit également une réduction (ch. 2010 DIJ). e) Dans le cas d'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité à compter du 1er juillet 2010. En raison de l'interruption de la mesure de reclassement entamée par le recourant au sein de l'entreprise [...] à [...], le versement des indemnités journalières a cessé le 30 septembre 2010. Il a repris ensuite dès le 29 novembre 2010, l'intéressé ayant entamé un stage d'orientation professionnelle auprès de l'entreprise [...] SA, à [...], pour se poursuivre jusqu'au 31 mai 2016. A la lecture des trois décisions entreprises, l'office intimé a procédé au versement d'une demi-rente d'invalidité du 1er décembre 2009 au 28 février 2011 et du 1er mai 2016 au 31 juillet 2017. Dans la mesure où des périodes de versement d'indemnités journalières et de rente d'invalidité se confondent, soit entre le 1er juillet et le 30 septembre 2010, entre le 29 novembre 2010 et le 28 février 2011 et entre le 1er et le 30 mai 2016, l'office intimé a, en application de l'art. 47

- 15 - LAI et du chiffre 5051 DIJ, correctement réduit le montant de l'indemnité journalière de la somme correspondant au montant journalier de la rente allouée. En procédant de la sorte, l'office intimé a reconsidéré les décisions d'indemnités journalières qu'il avait précédemment rendues, celles-ci s'étant avérées manifestement erronées à la suite de l'octroi d'une rente d'invalidité au recourant. Pour le reste, le calcul entrepris est détaillé à satisfaction dans le courrier du 13 décembre 2019 établi par la Caisse de compensation des entrepreneurs. Du montant brut des indemnités journalières perçues à tort (14'012 fr. 80), la Caisse a également correctement déduit les cotisations aux assurances sociales (859 fr. 10) en application de l'art. 25 LAI, afin de dégager le montant net soumis à restitution de

13'153 fr. 70. f) Sur le vu de ce qui précède, les règles légales et les directives administratives pertinentes ont été respectées. C'est ainsi à bon droit que les indemnités journalières perçues en trop par le recourant ont été compensées avec le rétroactif de rente.

E. 8

a) Le recourant conteste également le remboursement d'un montant de 70'966 fr. 40 opéré par l'office intimé en faveur de H. _____ SA, assureur perte de gain du recourant. b) D'après 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 des avances (let. a), ainsi qu'à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (let. b). En vertu de l'art. 85bis RAI, dont la base légale se trouve à l'art. 22 al. 2 LPGA, les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, les organismes d'assistance publics ou privés ou les assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance- invalidité, ont fait une avance peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de

- 16 - celle-ci (al. 1, 1ère phrase). Selon l'alinéa 2 de cette disposition, sont considérées comme une avance: (let. a) les prestations librement consenties que l'assuré s'est engagé à rembourser, pour autant qu'il ait convenu par écrit que l'arriéré serait versé au tiers ayant effectué l'avance, ainsi que (let. b) les prestations versées contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi (voir également ATF 136 V 381 consid. 4.1 et 135 V 2 consid. 5.2.2). De jurisprudence constante, le droit au versement en mains de tiers prévu à l'art. 85bis RAI va largement au-delà du simple droit au remboursement qu'une compagnie d'assurance aurait prévu à l'endroit d'un assuré ayant indûment perçu des prestations, pour cause de surassurance par exemple. Le versement en mains de tiers présuppose non seulement le bien-fondé matériel de la créance en remboursement et la réalisation des conditions inhérentes à la reconsidération, mais va également de pair avec un changement des débiteurs et des créanciers qui seul permet la compensation d'un paiement rétroactif et d'une demande en remboursement. Pour pouvoir parler d'un droit non équivoque au remboursement à l'égard de l'assurance-invalidité au sens de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une norme légale ou contractuelle (ATF 136 V 381 consid. 5.1.1; 135 V 2 consid. 6.1.2; 133 V 14 consid. 8.3). c) D'après l'art. 12 al. 2 des conditions générales de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière selon la LCA (édition 01.08.2000) de H. _____ SA, l'assureur avance les prestations assurées aussi longtemps que le droit à une rente d'une assurance sociale ou privée n'est pas établi. Dès l'octroi de cette rente, l'assureur complète les prestations dans les limites de celles prévues dans la police ; la restitution du trop versé reste acquise à l'assureur. d) La disposition contractuelle précitée permet à l'assureur de s'adresser aux organes de l'assurance-invalidité et d'exiger le versement de l'arriéré de la rente d'invalidité en compensation de son avance et

- 17 - jusqu'à concurrence de celle-ci. En effet, l'économie du contrat postule que, dès lors qu'une rente de l'assurance-invalidité est versée, l'assuré n'a droit, pour la période concernée, qu'à la différence entre le montant de cette rente et le montant de l'indemnité journalière assurée. L'art. 12 al. 2 des conditions générales d'assurance, qui règlemente le droit à la restitution des prestations excédentaires, constitue une expression - juridiquement valable - de l'acceptation par la personne assurée du caractère illicite d'une situation de

surassurance (au sens du contrat d'assurance). Cette clause d'assurance inclut la cession - limitée au montant de la surindemnisation - de l'ensemble des droits dont la personne assurée peut disposer à l'égard de l'assurance-invalidité et, partant, le droit pour l'assureur de se faire rembourser, par la voie de la compensation, les avances qu'il a effectuées (cf. TF 9C_488/2010 du 16 août 2011 consid. 4.2). e) Le montant réclamé par l'assureur-maladie du recourant, soit un montant total de 70'966 fr. 40 n'est en l'occurrence pas contesté par le recourant. Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'office intimé a reconnu à H. _____ SA le droit d'obtenir le remboursement des avances perçues en trop par le recourant.

E. 9

a) Pour finir, le recourant se plaint également d'une violation de son droit d'être entendu en tant qu'il n'a pas eu la possibilité de se prononcer sur les sommes déduites du rétroactif de rentes et que les décisions entreprises n'étaient aucunement motivées à ce sujet. b) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux [cf. art. 42 LPGA]). Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit de consulter le dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuve pertinentes, de participer à l'administration des preuves

- 18 - essentielles ou à tout le moins de s'exprimer quant à son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre, et le droit d'obtenir une décision motivée (ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; 129 II 497 consid. 2.2 et 127 I 54 consid. 2b avec les arrêts cités). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). c) En l'état, il ne se justifie pas de prononcer l'annulation des décisions litigieuses par suite de la violation alléguée du droit d'être entendu du recourant. Dans la mesure où la Cour de céans est dotée d'un plein pouvoir d'examen de la présente affaire et que le recourant a eu la possibilité de s'exprimer sur tous les aspects du litige, il sied de considérer un éventuel vice comme réparé.

E. 10

a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et les décisions attaquées confirmées. 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 (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs,

- 19 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. Les décisions rendues le 19 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton

de Vaud sont confirmées. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de S. _____ . 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 :
- Me Duc, pour le recourant, - l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - l'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
- 20 - 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.