VD_GERICHTE ZD21.014927 vom 3. November 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-11-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.014927

FR: VD_GERICHTE ZD21.014927 du 3 novembre 2021

IT: VD_GERICHTE ZD21.014927 del 3 novembre 2021

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 132/21 - 339/2021 ZD21.014927 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES _____ Arrêt du 3 novembre 2021 _____ Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges Greffière : Mme Jeanneret ***** Cause pendante entre : C._____, à [...], recourant, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 28 al. 2, 39 al. 2, 43 al. 1 et 3 LPGA 402

- 2 - E n f a i t : A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], bûcheron de formation, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 2 mars 2020. Déclarant souffrir d'atteintes aux jambes ayant nécessité plusieurs opérations depuis un accident survenu en 2007, ainsi que d'une atteinte à l'épaule gauche depuis 2018, il a indiqué être suivi par les Drs T._____, médecin généraliste, et P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-chef au Service d'orthopédie du K._____, Un extrait de son compte individuel AVS a été versé au dossier le 12 mars 2020. À la requête de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr T._____ a établi un rapport le 7 mai 2020, dans lequel il pose les diagnostics de status post fracture malléolaire antérieure gauche en 2009, de status post fracture de stress du condyle fémoral en juillet 2019 et de status post déchirure partielle sus-scapulaire gauche en 2019. A propos de cette dernière affection, il a précisé que l'assuré avait récupéré les amplitudes, sauf pouce C7, et qu'il présentait un déficit en force au membre supérieur gauche en élévation/abduction. S'agissant des deux autres diagnostics, il indiquait que l'assuré était suivi au K._____ par les Drs P._____ et H._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le 19 mai 2020, le K._____ a transmis à l'OAI les pièces suivantes : - Un rapport établi le 30 octobre 2019 par le Dr H._____ à l'attention du médecin traitant, dont il ressort que l'assuré a consulté en octobre 2019 en raison de douleurs au genou droit sans notion traumatique. Les examens avaient révélé l'existence d'une nécrose vasculaire du condyle fémoral interne, nécessitant une

- 3 - décharge pour six semaines. Le Dr H._____ a conclu son rapport comme suit : « La lésion peut évoluer vers une guérison ou vers un effondrement de l'os sous-chondral avec gonarthrose fémoro- tibiale interne rapide. Le cas échéant, le patient sera alors adressé à notre équipe du team prothétique pour considérer la réalisation d'une arthroplastie du genou. Aucune décision de prise en charge chirurgicale n'a été posée à ce stade. Nous laissons avant tout la place à un traitement conservateur. Une perte pondérale est à considérer et le patient a été invité à prendre contact avec une diététicienne à ce titre. » - Une note de consultation du 6 décembre 2019, faisant état de « douleurs résiduelles et limitation de la cheville gauche dans les suites d'une fracture bi-malléolaire ostéosynthésé

en 2016 ». Une rééducation à la marche progressive et un nouveau contrôle dans six mois avec IRM (imagerie par résonnance magnétique) ont été proposés. Par communication du 15 juin 2020, l'OAI a informé l'assuré du fait qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables, différentes informations devant encore être récoltées. Le 13 juillet 2020, l'OAI a adressé un courrier à l'assuré, par lequel il l'invitait à répondre à un questionnaire relatif à l'évolution de sa situation personnelle. Sans réponse de l'assuré, l'OAI a sollicité un avis auprès du Service médical régional AI (SMR) sur la poursuite de l'instruction de la demande, en relevant que le service d'orthopédie du K._____ n'avait pas complété le rapport médical requis et que l'assuré n'avait pas donné d'informations sur les suites données après la consultation du 30 octobre 2019. Lors de sa permanence du 16 novembre 2020, le SMR a conclu comme suit : « Les rapports médicaux reçus ne sont pas suffisants pour nous permettre de statuer en l'état ; nous ne pouvons pas déterminer les limitations fonctionnelles durables, ni même définir les diagnostics

 incapacitants. Le dernier rapport du K._____ indique que l'état de santé peut évoluer soit vers une guérison, soit évoluer vers une aggravation de l'état de santé. Une expertise médicale sera nécessaire. Toutefois, étant donné que notre assuré n'a jamais donné suite à nos demandes d'informations, nous allons voir un juriste pour lui demander si nous pouvons sommer l'assurer à nous transmettre les informations demandées (quel médecin le suit maintenant) avant de demander l'expertise. » Par courrier recommandé adressé à l'assuré le 27 novembre 2020 intitulé « Dernier rappel : Sommation », l'OAI a exposé que les informations reçues jusqu'ici ne permettaient pas déterminer si l'intéressé présentait une atteinte à la santé invalidante. Relevant qu'il n'avait pas fourni les informations demandées le 13 juillet 2020 malgré l'obligation de renseigner et de collaborer qui lui incombait, il lui a imparti un ultime délai au 18 décembre 2020 pour s'y conformer, à défaut de quoi un projet de refus de prestations pour manque de collaboration serait rendu. Le 7 janvier 2021, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision refusant les prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il n'avait pas fourni les renseignements demandés en date du 13 juillet 2020 sur l'évolution de sa situation personnelle, notamment les coordonnées des médecins susceptibles de renseigner l'OAI, malgré la sommation du 27 novembre 2020. Par décision du 16 février 2021, reprenant les motifs développés dans le projet précité, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. B. Par écriture adressée le 7 avril 2021 à l'OAI, C._____ a déclaré s'opposer à la décision du 16 février 2021 en faisant valoir que, depuis son accident de 2007 et malgré plusieurs opérations, il ne pouvait plus exercer les métiers « dit physiques » qu'il avait toujours exercés parce qu'il ne pouvait plus prendre appui sur sa cheville et que d'autres atteintes étaient apparues (déchirures musculaires, fracture de stress) rendant nécessaire une opération en mars 2021. Tout en relevant que son médecin traitant avait déjà remis un rapport donnant les noms des

 spécialistes qui le suivaient, il a établi une liste de six médecins pouvant être contactés pour renseigner sur sa situation médicale. L'OAI a transmis l'écriture précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 8 avril 2021, comme objet de sa compétence. Le 17 juin 2021, la Juge instructrice de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire. Dans sa réponse du 13 juillet 2021, l'intimé a relevé que, dans le cadre du recours, l'assuré a fourni les informations qui permettaient de poursuivre l'instruction et paraissait désormais prêt à collaborer. Il proposait par conséquent que l'affaire lui soit renvoyée afin de reprendre les investigations

nécessaires. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé. b) En l'occurrence, compte tenu des féries pascales, le recours est réputé déposé en temps utile auprès de l'intimé, qui l'a transmis d'office au tribunal de céans compétent (art. 30 LPGA et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant par ailleurs les autres conditions

- 6 - formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Dans sa réponse du 13 juillet 2021, l'intimé a relevé que le recourant avait donné suffisamment de renseignements pour que l'instruction de la cause puisse reprendre et a requis le renvoi de l'affaire. Ce faisant, il a implicitement acquiescé aux conclusions du recourant. Toutefois, en droit des assurances sociales, dans lequel prévaut la maxime d'office (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), l'acquiescement est en principe inopérant, en ce sens qu'il ne dispense pas le juge de se prononcer sur le recours, de sorte qu'il y a lieu de rendre une décision sur le fond (cf. TF 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 2.1 ; 9C_149/2017 du 10 octobre 2017 consid. 1 et la référence citée). b) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser la demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif que l'assuré n'avait pas suffisamment collaboré à l'instruction. 3. a) Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, quiconque fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit, fixer les prestations dues et faire valoir les prétentions récursoires. Aux termes de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA).

- 7 - b) L'art. 43 al. 3 LPGA règle les conséquences procédurales, lorsque la personne assurée ou toute autre personne concernée par une demande de prestations refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction. Cette disposition a une portée générale et concerne – sous réserve de l'art. 21 al. 4 LPGA relatif au défaut de collaboration en cas de soustraction ou d'opposition à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle – l'ensemble des incombances de collaborer prévues dans la LPGA (Jacques Olivier Piguet, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 50 ad art. 43 LPGA). Le comportement de la personne assurée peut être qualifié d'inexcusable au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA lorsqu'aucun motif légitime n'est perceptible ou si le comportement considéré s'avère complètement incompréhensible (TF 8C_528/2009 du 3 novembre 2009 consid. 7.2 ; TF I 166/06 du 30 janvier 2007 consid. 5.1). Il en va

différemment lorsque la personne assurée n’est pas en mesure, en raison d’une maladie ou pour d’autres motifs, de donner suite aux mesures ordonnées (TF 8C_733/2010 du 10 décembre 2010 consid. 5.3 et les références citées ; I 166/06 déjà cité consid. 5.1 et 5.2 ; cf. Jacques Olivier Piguet, op. cit., n. 51 ad art. 43 LPGA). Le comportement de la personne assurée ne doit cependant être sanctionné que pour autant que l’assureur a, en parallèle, tout mis en œuvre pour constituer un dossier aussi complet que possible. Il ne saurait se décharger sur la personne assurée de mesures d’instruction auxquelles son devoir d’élucider d’office les faits déterminants lui commande de procéder. Il s’ensuit que toute attitude passive, voire tout refus de collaborer, de la personne assurée n’entraîne pas nécessairement un préjudice pour celle-ci, notamment lorsque l’assureur serait en mesure de se fonder sur d’autres données que celles dont il demande la communication ou lorsque, sans démarches excessivement compliquées, il aurait pu ou pourrait obtenir ailleurs les renseignements qui lui font défaut (cf. TF 9C_505/2010 du 2 mai 2011 consid. 3.1, et les références

- 8 - citées ; TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 ; Jacques Olivier Piguet, op. cit., n. 52 ad art. 43 LPGA). c) Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible, il prend - délibérément - le risque que sa demande soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 et les réf. citées ; Jacques Olivier Piguet, op. cit., n. 54 ad art. 43 LPGA). En procédure de recours, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas – et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure – d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de

- 9 - saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 et les réf. citées ; Jacques Olivier Piguet, op. cit., n. 55 ad art. 43 LPGA). 4. a) En l’espèce, il est constant que le recourant n’a répondu ni à la demande de renseignements que l’intimé lui a adressée le 13 juillet 2020, ni à la sommation notifiée le 27 novembre 2020. Dite sommation impartissait à l’assuré un délai de trente jours pour donner les renseignements et mentionnait clairement les conséquences juridiques d’un défaut de réponse. L’intéressé n’a

pas non plus réagi au projet de décision, ne donnant finalement les renseignements requis par l'intimé qu'en procédure de recours. Le recourant est ainsi resté passif durant de nombreux mois, malgré le rappel des conséquences possibles sur le plan du traitement de sa demande de prestations AI. Dans son recours, l'intéressé n'explique pas les raisons de son silence, évoquant uniquement les « conséquences morales » engendrées par son état de santé et un manque de connaissance de la bureautique et des questions administratives. L'intéressé n'a cependant fourni aucun élément d'ordre médical susceptible de démontrer qu'il n'était pas capable, en raison de son état de santé, de répondre au questionnaire de l'intimé. Etant par ailleurs suivi par les services sociaux, qui lui délivrent le revenu d'insertion depuis de nombreuses années, il pouvait cas échéant s'adresser à son assistant social pour le soutenir dans ses démarches administratives. Il n'a pas non plus cherché à contacter l'intimé pour donner les renseignements requis d'une autre manière. En conséquence, force est de constater que la sommation requise par l'art. 43 al. 3 LPGA a été valablement notifiée au recourant et que la passivité de celui-ci n'était pas excusable. b) Cependant, l'intimé déclare dans sa réponse que les renseignements fournis par le recourant dans son recours lui permettent de poursuivre ses investigations et propose que l'affaire lui soit renvoyée.

- 10 - Or, ces informations sont entièrement superposables à celles contenues dans la demande d'AI déposée par le recourant. Elles font également échos aux renseignements donnés par son médecin traitant dans son rapport du 7 mai 2020. Ainsi, les noms des médecins et hôpitaux auxquels le recourant s'est adressé pour le suivi de ses atteintes aux jambes étaient déjà connus de l'intimé en juillet 2020, lorsque les renseignements litigieux ont été demandés. A cet égard, l'intimé a relevé, au moment de saisir le SMR pour avis en novembre 2020, que le Service d'orthopédie et de traumatologie du K._____ n'avait pas complété le rapport médical qui lui avait été soumis, se limitant à transmettre la copie du rapport de consultation établi le 30 octobre 2019 à l'intention du médecin traitant. La permanence du SMR a confirmé que ce rapport était insuffisant pour statuer sur la demande de prestations du recourant. Néanmoins, à l'instar de l'intimé, elle a pointé l'absence de réponse du recourant, plutôt que celle des médecins du K._____ quant à la suite à donner aux investigations. c) En d'autres termes, au moment où il a requis les renseignements litigieux auprès de l'assuré, l'intimé n'avait pas épuisé l'instruction préliminaire consistant à obtenir des rapports médicaux complets auprès des médecins désignés par le recourant dans sa demande. L'intimé pouvait dès lors, préalablement ou parallèlement à la demande de renseignements auprès du recourant, relancer les médecins du K._____, cas échéant en leur rappelant l'obligation de fournir les renseignements qui leur incombe en vertu de l'art. 28 al. 3, 2e phrase, LPGA. Cette solution s'imposait d'autant plus que le rapport du 30 octobre 2019 indiquait, comme l'a relevé la permanence du SMR, que l'état de santé du recourant était susceptible d'évoluer soit vers une guérison, soit vers une aggravation. La note de consultation du 6 décembre 2019 mentionnait ensuite que le patient serait revu ultérieurement et qu'une IRM serait effectuée. La poursuite d'un suivi dans le même service médical était ainsi annoncée.

- 11 - Ce constat a pour corollaire que la passivité du recourant ne pouvait pas être sanctionnée par un rejet de sa demande de prestations, les renseignements nécessaires à ce stade des investigations pouvant être obtenus par un autre moyen. 5. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis. Le dossier ne permettant pas de se prononcer en connaissance de cause sur la demande de prestations du recourant, il y a lieu d'annuler la

décision litigieuse et de renvoyer la cause à l’intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l’octroi ou le refus de prestations de l’assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l’issue du litige. c) Il n’y a pas lieu d’allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 16 février 2021 par l’Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l’Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. Il n’est pas alloué de dépens.

- 12 - La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - C._____, - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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