

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 mai 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 82 LPA-VD

E n f a i t e t d r o i t :

Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 7 mai 2010 par K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans laquelle il a indiqué souffrir de dépression, phobie sociale, angoisse ainsi que de problèmes somatiques, dermatologiques, respiratoires et neurologiques depuis 2001,

vu le rapport d'expertise psychiatrique du 27 mai 2015 établi par le Dr [...], spécialiste en psychiatrie, qui a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4), dysthymie (F34.1) et traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.2), admettant une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée,

vu le projet d'acceptation de rente du 11 août 2015 par lequel l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une demi-rente du 1^{er} novembre 2010 jusqu'au 30 juin 2012,

vu les objections formulées par l'assuré le 18 août 2015, lequel a contesté notamment la capacité de travail exigible retenue, faisant également valoir qu'il avait travaillé à 50% depuis le mois d'avril 2012 et qu'il avait rechuté durant cinq mois en 2014,

vu la décision du 11 janvier 2018 par laquelle l'OAI a confirmé son projet du 11 août 2015,

vu le recours formé le 8 février 2018 par K._____ auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, par lequel il conteste, en substance, la limitation de son droit à la rente au 30 juin 2012 et requiert un réexamen de sa situation médicale, l'octroi de mesures de l'assurance-invalidité ainsi qu'une indemnité pour tort moral, compte tenu de la durée de traitement de son dossier,

vu le certificat médical du 8 février 2018 établi par le Dr [...], spécialiste en psychiatrie, produit dans le cadre du recours, dont il ressort notamment les éléments suivants :

"La santé psychique du patient est fluctuante depuis que nous le connaissons et l'anamnèse diachronique et l'évolution de ces dernières années nous ont amené à poser le diagnostic de Trouble affectif bipolaire, épisode mixte (F31.6) depuis 2014, faisant suite au diagnostic de Trouble dépressif récurrent (F33.1) posé déjà en 2006. (...)

De manière cohérente avec l'évolution connue des troubles bipolaires - chez notre patient les symptômes ont été récurrents et d'intensité fluctuante et ils ont eu et ont des répercussions variables sur sa capacité à travailler. Nous avons constaté depuis que nous le connaissons que sa capacité de travail "maximale" est de 50% et l'avons attesté par des certificats dès 2014, en ce qui concerne ces dernières années. Cela en raison de sa capacité fort limitée à gérer le stress. Nous avons pu, entre autres, relever une péjoration de son état de santé lorsqu'il a fait un essai de travailler à 70% (septembre 2015) - faisant suite à l'expertise AI".

vu l'écriture complémentaire du recourant, datée du 24 avril 2018, par laquelle il conclut à la réforme de la décision litigieuse, en ce sens qu'il a droit à au moins un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2012, subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision,

vu l'avis médical du 26 mars 2018 établi par le Dr [...] du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), lequel constate qu'au vu de l'évolution du trouble bipolaire décrit par le Dr [...] dans ses rapports des 3 février 2016 et 8 février 2018, une capacité de travail supérieure à 50% sur le long terme n'était probablement pas exigible depuis 2014,

vu la réponse de l'intimé du 25 avril 2018 dans laquelle il admet qu'une capacité de travail de 70% n'est possiblement plus exigible depuis 2014, rendant nécessaire un complément d'expertise qui permette de statuer sur la capacité de travail du recourant à partir de cette année-là,

vu les courriers du recourant des 14 et 22 mai 2018,

vu les pièces au dossiers ;

attendu que le recours, interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

qu'il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme ;

attendu qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD) ;

attendu qu'en l'espèce, le recourant soutient notamment que l'instruction de sa cause doit être complétée et qu'en particulier, l'OAI doit se prononcer sur sa capacité à travailler après le mois de juin 2012,

que selon l'intimé, un complément d'expertise est nécessaire afin que l'expert puisse se positionner par rapport aux certificats médicaux établis par le Dr [...], et cas échéant évaluer à nouveau la capacité de travail du recourant, notamment depuis 2014,

qu'il apparaît effectivement que les certificats médicaux établis par le Dr [...] rendent plausible une évolution de l'état de santé du recourant dès 2014,

que par ailleurs, le Dr [...] du SMR a souligné, dans son avis du 26 mars 2018, que le rapport du 3 février 2016 du Dr [...] n'avait jamais

été soumis au SMR pour instruction ultérieure, alors qu'il était de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique du 27 mai 2015,

qu'au vu des éléments précités, il s'avère que l'intimé a statué sur la base d'un dossier médical lacunaire,

qu'il convient dès lors de compléter l'instruction afin de clarifier la situation médicale et la capacité résiduelle de travail du recourant, en particulier, depuis le mois de juin 2012,

attendu que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet, notamment sur le plan médical (art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff, in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt),

qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

que tel est le cas en l'occurrence,

que le recours se révèle ainsi bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète (art. 98 let. b LPA-VD),

que la décision attaquée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après avoir sollicité un complément d'expertise psychiatrique et complété l'instruction par toutes autres mesures utiles,

attendu que les prétentions en tort moral – pour autant qu’elles soient fondées – ne relèvent pas de la compétence de la Cour de céans et sont par conséquent irrecevables ;

attendu qu’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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI),

qu’en l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe,

qu’il n’y a pas lieu d’allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire professionnel.

**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 11 janvier 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent 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.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- K. _____, à [...]
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne

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 :