

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 avril 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Dessaux et M. Piguët, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, assisté de Mes Gloria Capt et Xavier Company,
avocats à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

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

Vu l'accident de la circulation dont a été victime A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) le 16 juin 2015, ayant entraîné une amputation de la jambe gauche et une parésie du releveur du pied droit,

vu le formulaire de détection précoce adressé par l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 17 août 2015,

vu la demande de prestations AI formée le 3 novembre 2015 par l'assuré auprès de l'OAI,

vu le protocole opératoire du 12 septembre 2016 du Prof. B. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique au Centre hospitalier C. _____, et la lettre de sortie du 22 septembre 2016 du Dr D. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et chef de clinique dans ce même établissement, indiquant la réalisation d'un transfert tendineux (jambier postérieur transféré en avant) au pied droit et la pose d'une attelle à ce membre en date du 6 septembre 2016,

vu le dépôt au dossier de l'AI des documents précités en date des 7 avril et 18 octobre 2017,

vu le rapport du 7 juin 2017 du Dr E. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, dont le contenu essentiel est le suivant :

« 3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

A. _____ est apte à travailler à 100 % depuis le 01.04.2017.

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Rien à signaler.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Rien à signaler, mis à part certaines limitations lors de la réalisation de certains exercices du fait de l'amputation et de l'hypomobilité du genou gauche résiduelle.

6. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

Le patient était en arrêt de travail à 50 % jusqu'au 28.02.2017. Une reprise à 75 % a été prescrite pour le mois de mars 2017 avant une reprise à 100 % à partir du 01.04.2017.

Une reprise à 25 % avait été accordée à partir du 01.07.2016 jusqu'au 31.07.2016. »

vu le rapport du Service médical régional de l'AI du 31 juillet 2017 dans lequel le Dr F._____, médecin de ce service, a retenu, sur la base du rapport du 7 juin 2017 du Dr E._____, que l'assuré se trouvait en incapacité de travail durable dès le 16 juin 2015, que l'incapacité s'élevait à 75 % du 1^{er} juillet 2015 au 31 juillet 2016, puis de 50 % du 1^{er} août 2016 au 28 février 2017, à 25 % du 1^{er} au 31 mars 2017 et à 0 % dès le 1^{er} avril 2017,

vu le projet de décision de l'OAI du 13 septembre 2017,

vu la contestation de l'assuré du 18 octobre 2017, complétée les 19 octobre et 7 novembre 2017,

vu l'extrait du dossier du patient relatif à la consultation du 5 décembre 2016 au Centre hospitalier C._____, joint à la contestation, lequel indique une prolongation de l'arrêt de travail jusqu'au mois de janvier 2017,

vu le rapport d'expertise du 5 décembre 2017 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant état dans son anamnèse de l'opération pratiquée le 9 septembre 2016 par le Prof. B._____, (p. 5) et estimant la capacité de travail entière dans le respect des limitations fonctionnelles (pp. 13-14),

vu l'avis SMR du 27 janvier 2018 du Dr H._____, médecin de ce service, dont le contenu essentiel est le suivant :

« Notre position : l'assuré a été opéré à nouveau en sept.16, et il aurait été en arrêt total jusqu'au début de l'année 2017. Le Dr F._____ dans son RM SMR met bien que la CT est de 100 % dès le 01.04.17, et nous ne comprenons pas très bien dès lors l'objet de la contestation, qui porte essentiellement sur les IT passées. Il convient donc de voir sur le plan administratif avec l'APG quelles ont été les dates réelles d'arrêt et nous les appliquerons. (...). »

vu l'avis SMR du Dr H._____ du 16 avril 2018 dont le contenu essentiel est le suivant :

« 3/ nous recevons l'expertise LAA du Dr G._____, en date du 05.12.17 : elle détermine comme diagnostics : 1/ ayant une répercussion sur la CT : cf. p8 confirmant ce qui précède ; 2/ sans répercussion sur la CT : aucun. Le status et l'appréciation expliquent bien la prise de position de l'expert : si la situation apparaît consolidée, il apparaît néanmoins que d'importantes séquelles subsistent et que l'assuré nécessite des soins en physiothérapie. Pour notre expert, sur le plan ortho, une CT entière est retenue dans toute activité selon la p11 comme manager de salle de fitness pourvu que les LF soient respectées. Selon notre opinion, il s'agit d'un poste adapté, et nous pensons plus près de la vraisemblance prépondérante, que véritablement la CTAH soit nulle, mais de 100 % dans son poste aménagé, comme dans toute autre AA. La situation étant claire, nous suivons ces avis, et décidons de conclure comme suit. »

vu la motivation séparée de l'OAI du 24 juillet 2018 indiquant que l'intervention chirurgicale pratiquée au mois de septembre 2016 n'avait pas été ignorée, mais qu'elle n'avait cependant occasionné qu'une hospitalisation du 6 au 9 septembre 2016 et qu'aucun impact déterminant ne saurait en résulter,

vu la décision de l'OAI du 25 octobre 2018 octroyant à l'assuré une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} juin au 31 octobre 2016 (degré d'invalidité de 100 %, puis de 77 % dès le 1^{er} juillet 2016) et à une demi-rente du 1^{er} novembre 2016 au 31 mai 2017 ;

vu le recours formé le 29 novembre 2018 par A._____, assisté de Mes Gloria Capt et Xavier Company, devant la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'annulation de la décision susmentionnée pour déterminer le revenu de valide puis pour nouvelle décision dans le sens des considérants et subsidiairement à l'annulation de la décision pour nouvelle décision dans le sens des considérants,

vu les actes des parties des 18 mars 2019 et 17 juin 2019, par lesquels elles ont confirmé leurs conclusions respectives,

vu le certificat médical du Centre hospitalier C. _____ du 12 avril 2019, faisant état d'une incapacité de travail à 100 % du 6 septembre au 31 décembre 2016 en raison d'une intervention de chirurgie reconstructive concernant la jambe droite et entraînant une immobilisation de ce membre, des déplacements en fauteuil roulant et une remobilisation progressive avec un suivi de physiothérapie soutenu,

vu l'écriture de l'intimé du 27 août 2019, par laquelle il a pris position de la manière suivante :

« Sur le plan médical, il ressort des certificats médicaux du Centre hospitalier C. _____ versés au dossier, et en particulier de celui du 12 avril 2019, que la position précédemment suivie concernant la récupération d'une capacité de travail, dans une activité adaptée, de 50 % déjà à partir du 1^{er} août 2016 ne peut pas être maintenue. Suite à l'accident de juin 2015, la capacité de travail du recourant a certes connu une amélioration significative et durable, mais à partir de l'année 2017 avec récupération progressive d'une exigibilité, dans une activité adaptée, d'abord de 50 % pour les mois de janvier et février 2017 et de 75 % dès le 1^{er} mars 2017 puis de 100 % dès le 1^{er} avril 2017.

Dans ce contexte, la décision litigieuse doit être modifiée quant aux dates d'échelonnement de la rente, le passage à une rente inférieure prenant effet trois mois après la modification du 1^{er} janvier 2017, respectivement après celle du 1^{er} mars 2017.

(...)

Dans ce contexte, nous proposons de réformer notre décision en ce sens que le passage de la rente entière à la demi-rente prend effet au 1^{er} avril 2017 (trois mois après la récupération d'une capacité de travail de 50 % début janvier 2017) alors que la suppression de la rente prend effet au 1^{er} juin 2017 (trois mois après la récupération d'une exigibilité de 75 % début mars 2017). »

vu les déterminations du recourant du 29 novembre 2019 concluant, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision entreprise dans le sens de l'écriture susmentionnée de l'intimé,

vu les pièces du dossier ;

attendu que 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]),

que 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),

qu'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 ;

attendu que seule demeure litigieuse la date du passage d'une rente entière à une demi-rente ;

attendu qu'en l'espèce, l'intimé propose le 27 août 2019 de réformer la décision litigieuse en ce sens que le passage de la rente entière à la demi-rente prend effet au 1^{er} avril 2017 (trois mois après la récupération d'une capacité de travail de 50 % au début du mois de janvier 2017) alors que la suppression de la rente prend effet au 1^{er} juin 2017 (trois mois après la récupération d'une capacité de travail d'au moins 75 % au début du mois de mars 2017),

que le recourant adhère à cette conclusion, abandonnant une partie de ses griefs,

que la teneur de sa réponse vaut en définitive acquiescement,

qu'un acquiescement est en principe inopérant en droit des assurances sociales, en ce sens qu'il ne rend pas le litige sans objet et ne dispense ainsi pas le juge de se prononcer sur le recours (TF 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 ; Margit Moser-Szeless, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], *op. cit.*, p. 647, note de bas de page n° 168 ad art. 53 LPG),

que cela étant précisé, il y a lieu sur le fond de se rallier à la position des parties aux termes de leurs écritures respectives,

que l'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPG),

qu'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 LPG),

que l'incapacité de travail se définit 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 (art. 6, première phrase, LPG),

qu'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 (art. 6, seconde phrase, LPGA),

que 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),

que conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-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,

que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA),

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 (art. 29 al. 1 LAI),

que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI),

que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour

l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA),

qu'une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]),

que ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d),

que pour 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,

que 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,

qu'en outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2),

qu'en l'espèce, l'assuré s'est trouvé en incapacité de travail durable dès le 16 juin 2015,

que le recourant a pu reprendre une activité au taux de 25 % du 1^{er} au 31 juillet 2016, puis à 50 % jusqu'à l'opération intervenue au

mois de septembre 2016 (rapports du Centre hospitalier C._____ des 7 juin 2017 et 12 avril 2019),

que suite à l'opération, il s'est ensuite retrouvé en incapacité de travail à 100 % du 6 septembre au 31 décembre 2016 (rapport du Centre hospitalier C._____ du 12 avril 2019), l'amélioration significative et durable n'intervenant qu'à partir de l'année 2017 (rapport du Centre hospitalier C._____ du 7 juin 2017),

qu'à réception de l'extrait du dossier du patient relatif à la consultation au Centre hospitalier C._____ du 5 décembre 2016 (prolongation de l'arrêt de travail jusqu'au mois de janvier 2017), l'intimé aurait dû compléter l'instruction auprès dudit centre hospitalier pour préciser les périodes exactes et le taux d'arrêt de travail en application du principe inquisitoire (art. 43 LPGGA),

que la capacité de travail a ensuite évolué favorablement avec une reprise à 50 % pour les mois de janvier et de février 2017, à 75 % du 1^{er} au 31 mars 2017 et à 100 % dès le 1^{er} avril 2017 (rapport du Centre hospitalier C._____ du 7 juin 2017),

que les rapports du Centre hospitalier C._____ des 7 juin 2017 et 12 avril 2019 sont clairs et permettent d'évaluer la capacité de travail du recourant à la suite de l'accident dont il a été victime le 16 juin 2015 et de l'opération du 6 septembre 2016,

qu'ils sont probants,

que le recourant a renoncé à faire valoir de plus amples griefs à l'encontre de la décision entreprise,

qu'au surplus, les degrés d'invalidité ne sont pas contestés,

qu'en définitive, le recours doit être admis,

que la décision attaquée doit être réformée à satisfaction des parties en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juin 2016 au 31 mars 2017, soit trois mois après la récupération d'une capacité de travail de 50 %, puis à une demi-rente du 1^{er} avril 2017 au 31 mai 2017, soit trois mois après la récupération d'une capacité de travail d'au moins 75 % (art. 28 et 29 LAI) ;

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'intimé qui succombe,

que le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance de mandataires professionnels, a droit à des dépens, dont le montant doit être arrêté à 2'000 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe, ceci compte tenu des circonstances du cas d'espèce (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud rendue le 25 octobre 2018 est réformée en ce sens que A. _____ a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juin 2016 au 31 mars 2017 puis à une demi-rente du 1^{er} avril 2017 au 31 mai 2017.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Mes Gloria Capt et Xavier Company (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :