

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
 Mme Dessaux et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 43 LPGA ; 82 LPA-VD.

En fait et en droit :

Vu les demandes de prestations de l'assurance-invalidité déposées les 18 avril et 30 août 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], opératrice de production pour C. _____,

vu le diagnostic de carcinome canalaire invasif du sein gauche de stade IIIB, traité par chimiothérapie de décembre 2011 à avril 2012, par mastectomie avec curage ganglionnaire axillaire gauche le 25 avril 2012, puis par radiothérapie et immunothérapie jusqu'en mai 2013 (cf. rapport du 6 novembre 2013 de la Dre V. _____, oncologue au L. _____),

vu le rapport du 6 novembre 2013 de la Dresse V. _____, relevant que la patiente récupérait lentement des effets secondaires de la chimiothérapie avec une amélioration de la fatigue, mais qu'un état dépressif réactif s'installait ; la capacité de travail dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 5 kg avec le bras gauche et sans mouvements répétitifs de celui-ci, était de 30 % depuis août 2013, à augmenter progressivement,

vu la mesure d'entraînement à l'endurance auprès du O. _____ accordée par l'OAI à l'assurée du 10 juin 2013 au 18 février 2014, avec une augmentation progressive du temps de présence de 2 heures à 4 heures par jour, pendant quatre, puis cinq jours par semaine,

vu l'intervention de reconstruction mammaire dont a bénéficié l'assurée le 19 février 2014,

vu la mesure de réentraînement au travail au O. _____ prise en charge par l'OAI du 4 juin au 12 novembre 2014 au taux de 50 %, puis du 5 janvier au 31 mars 2015 à un taux de 30 % avec augmentation progressive,

vu le rapport du 23 janvier 2015 du Dr W._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, relevant notamment un état anxio-dépressif traité (Cymbalta) et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée,

vu le rapport du 30 avril 2015 des responsables du O._____, constatant que l'assurée ne pouvait pas exercer une activité adaptée à un taux supérieur à 50 %,

vu le rapport établi le 1^{er} octobre 2015 par la Dre I._____, oncologue au L._____, expliquant que l'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 14 novembre 2011, jusqu'au 31 juillet 2014, date pour laquelle elle avait été licenciée ; elle avait alors suivi un programme de réinsertion à 50 % et recherchait actuellement un emploi à 50 %, taux qui était adapté à sa situation ; les limitations consistaient en une fatigue et une restriction en lien avec les mouvements répétitifs du bras gauche et le port de charges supérieures à 5 kg,

vu l'avis du 23 octobre 2015 du Dr N._____, médecin au Service médical régional de l'Al (ci-après : le SMR), exprimant son incompréhension face à la longue durée de l'incapacité de travail totale, du fait que la seule fatigue puisse limiter la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée et que l'assurée ait récupéré une capacité de travail de 50 % au lendemain de son licenciement ; le Dr N._____ a préconisé la mise sur pied d'une expertise de médecine interne,

vu le rapport d'expertise établi le 31 mars 2016 par le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, posant comme diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail celui de cancer canalaire invasif du sein gauche, rendant inexigible l'activité habituelle ; selon le Dr H._____, la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée retenue au terme des mesures de réadaptation professionnelle n'était pas explicable sur le plan de la médecine interne ; une telle activité était exigible à 30 % dès le 15 octobre 2012, à 50 % dès janvier 2013 et à

100 % dès le 1^{er} mai 2013, à l'exception d'une période d'incapacité de travail totale du 18 février au 18 avril 2014 en lien avec la chirurgie de reconstruction mammaire ; par ailleurs, le Dr W._____ avait établi un arrêt de travail total dès le 7 janvier 2016 avec reprise à 25 % dès le 1^{er} mars 2016 en raison d'une problématique psychique,

vu le rapport d'expertise psychiatrique du 25 mars 2017 du Dr J._____, psychiatre, posant le diagnostic, avec une répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, présent depuis 2014 ; le Dr J._____ a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle à compter de fin 2011 et une capacité de 50 % dans une activité adaptée dès le jour de son expertise, avec une limitation de rendement de 10 % ; il a relevé qu'un suivi psychiatrique faisait défaut et que la médication sur ce plan n'était pas adaptée ; on devait s'attendre à une amélioration ou à une plus grande stabilité en ajustant le traitement ;

vu l'avis du 18 janvier 2018 d'un juriste de l'OAI, estimant, sur la base de l'expertise du Dr J._____, que l'assurée disposait de ressources et que le trouble dépressif était susceptible de s'améliorer moyennant un suivi psychiatrique, de sorte que l'atteinte psychique n'était pas incapacitante,

vu la décision du 22 mars 2019 de l'OAI, confirmant un projet du 6 mars 2018, octroyant à l'assurée une rente entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 mars 2013, et un quart de rente du 1^{er} avril au 31 juillet 2013, en retenant qu'elle disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès janvier 2013 et de 100 % dès le 1^{er} mai 2013, la rente étant supprimée trois mois après cette dernière amélioration,

vu le recours contre cette décision formé le 7 mai 2019 par l'assurée, représentée par Me Karim Hichri, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 mars

2013 et d'une demi-rente dès le 1^{er} avril 2013, en soutenant qu'elle présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée,

vu la requête de l'assurée tendant au retrait de l'effet suspensif au recours,

vu les pièces jointes à son recours, notamment un rapport établi le 10 avril 2019 par le Dr Y._____, psychiatre, et S._____, psychologue, indiquant suivre l'assurée depuis le 19 janvier 2016, laquelle avait débuté en hôpital de jour au G._____ le 29 juin 2017, avant d'interrompre ce programme en raison d'une péjoration de son état dépressif manifesté par une grande fatigue, une aboulie, un retrait social et une perte de motivation ; la patiente avait bénéficié d'un changement de traitement depuis le 1^{er} novembre 2017, qui avait permis « une amélioration thymique et une amélioration de la capacité de travail de 50 % dès mai 2018 »,

vu le rapport du 5 avril 2019 des responsables de la F._____, annexé au recours, en lien notamment avec des stages effectués par l'assurée en novembre et décembre 2018, constatant que son employabilité n'était pas avérée,

vu la décision du 8 mai 2019 de la juge instructrice, accordant à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 mai 2019, soit l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la désignation de Me Hichri en tant qu'avocat d'office,

vu la réponse du 6 juin 2019 de l'OAI, par laquelle il a d'une part confirmé les conclusions du Dr H._____, et d'autre part renvoyé à l'avis du 10 avril 2019 du SMR, joint en annexe, expliquant que le rapport du Dr Y._____ rendait plausible une aggravation de l'état de santé antérieure à la décision attaquée, de sorte qu'un complément d'instruction s'avérait nécessaire,

vu la détermination de l'OAI en lien avec la requête de retrait de l'effet suspensif au recours, relevant que la rente entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 mars 2013 et le quart de rente du 1^{er} avril au 31 juillet 2013 avaient déjà été versés à l'intéressée,

vu la réplique du 15 juillet 2019 de la recourante, concluant, à titre subsidiaire, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision,

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),

que le recours, interjeté auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fériés (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. a LPGA), remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 61 let. b LPGA),

qu'aux termes de l'art. 82 al. 1 LPA-VD, 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,

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 que l'assurée a formulé une requête tendant au retrait de l'effet suspensif de son recours,

qu'aux termes de l'art. 55 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, le recours contre une décision a un effet suspensif,

que l'effet suspensif empêche l'exécution de la décision contestée et permet le maintien du régime juridique antérieur à cette décision (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 64 ad art. 56 LPGA),

que les décisions négatives ne modifient en revanche pas la situation existante, de sorte qu'un recours contre une telle décision n'a jamais d'effet suspensif (Métral, op. cit., n° 64 ad art. 56 LPGA et les références),

qu'une décision qui alloue une rente pour une durée limitée est une décision négative dans la mesure où elle refuse d'emblée une rente de durée indéterminée (Métral, op. cit., n° 65 ad art. 56 LPGA et les références),

que tel est le cas de la décision attaquée, dans la mesure où elle octroie à la requérante des prestations pour une période limitée, soit une rente entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 mars 2013 et un quart de rente du 1^{er} avril au 31 juillet 2013,

que le recours de l'assurée à l'encontre de cette décision n'a donc pas d'effet suspensif,

qu'au surplus, l'intimé a confirmé avoir procédé au versement des rentes dues entre le 1^{er} novembre 2012 et le 31 juillet 2013,

que la demande de retrait de l'effet suspensif n'a ainsi pas d'objet ;

attendu que selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA),

que selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte des faits survenus postérieurement à la décision litigieuse dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue ; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (TF 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2 et les références citées),

qu'en l'espèce, il y a lieu de prendre en compte les pièces déposées par l'assurée dans le cadre de son recours, puisqu'elles se rapportent à une période antérieure à la décision litigieuse,

que dans son rapport d'expertise, le Dr J._____ a préconisé la mise en place d'un suivi psychiatrique et l'adaptation de la médication, ce qui semble avoir été effectué par le Dr Y._____,

que le rapport du 10 avril 2019 de ce psychiatre rend plausible une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante, suivie d'une certaine amélioration,

que le Dr Y._____ n'explique toutefois pas avec précision quelle a été la capacité de travail de sa patiente, en particulier avant le mois de mai 2018, ni ne détaille la fréquence des consultations,

que s'agissant du rapport du 5 avril 2019 des responsables de la F._____, il y a lieu de relever que les données médicales, lesquelles permettent une appréciation objective du cas, l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 3.2 et 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 5.2 avec les références citées),

qu'il appartient aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4),

que le rapport du 5 avril 2019 précité, observant que l'employabilité de la recourante n'est pas avérée, ne suffit donc pas pour conclure à une quelconque incapacité de travail,

qu'en définitive, le dossier ne permet pas de statuer en pleine connaissance de cause sur les droits de la recourante,

que le SMR a d'ailleurs préconisé de procéder à une instruction complémentaire au plan psychique,

que dans sa réponse du 6 juin 2019, l'OAI s'est référé à cet avis ;

attendu 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'espèce,

que la décision litigieuse du 22 mars 2019 doit en conséquence être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan médical ;

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

attendu que la recourante obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, de sorte qu'elle peut prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA),

qu'au vu de la nature et de la complexité de la procédure, cette indemnité doit être arrêtée à 1'500 fr. et portée à la charge de l'intimé (art. 55 al. 2 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]),

que cette indemnité permet de couvrir équitablement les honoraires dus au titre de l'assistance judiciaire en faveur de Me Karim Hichri,

que l'intimé supportera les frais judiciaires de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

**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 22 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. La requête de restitution de l'effet suspensif est sans objet.

- IV. L'Office fédéral de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- V. 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour A. _____)
- 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 :