

FR_GERICHTE 608 2017 240 vom 18. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_240

FR: FR_GERICHTE 608 2017 240 du 18 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 240 del 18 giugno 2018

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 1.4

et l'expertise psychiatrique, p. 13), la Cour retient que l'invalidité de la recourante est directement liée aux préjudices subis dans son pays d'origine (arrestation arbitraire) et, surtout, aux conditions extrêmement précaires de son exil, notamment lors de la traversée de la mer Méditerranée. Il s'ensuit que la recourante a été pour des raisons médicales dans l'impossibilité d'exercer la moindre activité lucrative dès son arrivée en Suisse (peu importe à cet égard qu'elle n'y était pas autorisée les trois premiers mois qui ont suivi le dépôt de sa demande d'asile; à ce sujet, voir art. 43 de la loi du 26 juin 1998 sur l'asile [LAsi ; RS 142.31]); à tout le moins à fin 2009 au plus tard (expertise psychiatrique, p. 11 et 13). Il y a dès lors lieu de retenir que A. _____ n'a pas été en mesure de cotiser pendant deux ans et onze mois au moins avant l'apparition de son invalidité. Le fait que la recourante a consulté des médecins à partir de novembre 2011 (avis du Dr C. _____ du 25 février 2014, ch. 1.2) ou qu'elle a déposé sa demande de prestations trois ans après son inscription aux assurances sociales (dès juin 2010; extrait du compte individuel du 19 décembre 2013) n'y change par ailleurs rien, la survenance de son invalidité devant être déterminée objectivement (consid. 4.1 supra). On ajoutera encore que la recourante ne prétend pas avoir cotisé pendant une année au moins dans un Etat membre de l'Union européenne (p. ex. l'Italie où elle a vraisemblablement transité), ou avec lequel la Suisse posséderait une convention de sécurité sociale, et qu'il n'y a pas eu d'interruptions notables de l'incapacité de gain qui permettraient d'admettre l'existence, depuis son arrivée en Suisse, d'un nouveau cas d'assurance. 4.3. Au vu des éléments qui précèdent, A. _____ n'a pas compté au moins deux ans et onze mois de cotisations lors de la survenance de son invalidité. Le refus d'une rente de l'assurance- invalidité est dès lors justifié pour ce motif.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 5 5. Mal fondé, le recours doit être rejeté. Au vu des considérants qui précèdent, le recours était d'emblée dénué de chance de succès. La requête d'assistance judiciaire doit être rejetée. Bien que la procédure de recours soit en principe onéreuse (art. 69 al. 1bis LAI), il convient exceptionnellement de renoncer à la perception de frais de procédure. la Cour arrête : I. Le recours (608 2017 240) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire (608 2017 241) est rejetée. III. Il n'est pas perçu de frais de procédure. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès

du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 18 juin 2018/obl Le Président : La Greffière-stagiaire :

E. 2.1

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du

E. 2.2

En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (RFJ 2009 p. 320). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.). 3. Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. A cet égard, on rappellera que la recourante n'est, pour des motifs psychiques, pas en mesure de sortir seule de chez elle et qu'elle n'est dès lors subjectivement et objectivement pas en mesure de bénéficier de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. 4. Il convient d'examiner tout d'abord si la recourante comptait au moins trois années de cotisations lors de la survenance de son invalidité (art. 36 al. 1 LAI, en lien avec l'art. 1 al. 1 de

Tribunal cantonal TC Page 4 de 5 l'arrêté du 4 octobre 1962 concernant le statut des réfugiés et des apatrides dans l'assurance- vieillesse et survivants et dans l'assurance-invalidité [RS 831.131.11]). 4.1. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les références). 4.2. En l'occurrence, la recourante a développé un vitiligo en 2009 (expertise psychiatrique, p. 13 s.) qui a provoqué d'importantes angoisses et une agoraphobie l'empêchant d'exercer la moindre activité professionnelle. Dans la littérature médicale, le vitiligo est décrit comme une affection de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (Classification internationale des maladies et des

problèmes de santé connexes éditée par l'Organisation mondiale de la santé, 10^{ème} révision [CIM-10], L80) qui peut notamment résulter d'une détresse psychologique ou d'un choc émotionnel (SALZES/ABADIE et al., The Vitiligo Impact Patient Scale: Development and Validation of a Vitiligo Burden Assessment Tool, in Journal of Investigative Dermatology, 2016, p. 52 ss, spéc. p. 56 et la réf. cit.). Aussi, comme l'ensemble des médecins l'ont souligné de manière convaincante au cours de la procédure administrative (voir en particulier l'avis du Dr C. _____ du 25 février 2014 ch.

E. 6

octobre 2000 (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi- rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière.

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