

NE_GERICHTE CDP.2020.364 vom 7. August 2013

NE Tribunal cantonal, 2013-08-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2020.364_d20130807

FR: NE_GERICHTE CDP.2020.364 du 7 août 2013

IT: NE_GERICHTE CDP.2020.364 del 7 agosto 2013

Regeste

Assurance-invalidité. Droit à une rente d'invalidité. Conditions d'assurance. Survenance d'une invalidité.

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

a) Le droit aux prestations de l'assurance-invalidité pour les étrangers est déterminé par l'article

E. 6

al. 2 LAI, qui vaut en tant que conditions générales en principe pour toutes les prestations de l'assurance-invalidité, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'article 9 al. 3 LAI – qui ne concerne pas la présente affaire – aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. En vertu de l'article 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. Cette disposition fixe une condition spécifique pour l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité. Un assuré doit en tout état de cause pouvoir se prévaloir de trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité s'il entend prétendre à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité (arrêt du TF du 29.04.2015 [9C_36/2015] cons. 4). c) En vertu de l'article 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. Le moment de la survenance de l'invalidité 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. La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte; il convient d'examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'article 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 cons. 6.1 et références citées), soit dans le cas d'espèce le droit à une rente d'invalidité. A cet égard, si un assuré était déjà invalide à 40 % au moins lorsqu'il est entré en Suisse pour la première fois, le motif justifiant une rente est

survenu avant qu'il ne puisse remplir la condition du paiement des cotisations (ATF 136 V 369 cons. 1; arrêt du TF du 30.05.2017 [8C_93/2017] cons. 4.1). Dans ce contexte, il faut relever que la survenance d'une invalidité au sens de l'article 36 al. 1 LAI ne requiert pas une incapacité de travail complète, mais seulement une telle incapacité d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI; arrêts du TF du 23.07.2020 [8C_237/2020] cons. 6 1 et du 21.03.2016 [9C_711/2015] cons. 6.3.2). d) Selon une jurisprudence constante et rappelée récemment (arrêt du TF du 19.12.2018 [9C_692/2018] , si la personne assurée ne remplit pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découle pas qu'elle se verra dans tous les cas et à tout jamais privée du bénéfice de l'octroi de toute prestation. Il peut tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. Bien plus, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Ainsi, le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (arrêts du TF du 09.05.2016 [9C_697/2015] cons. 3.2 et du 29.04.2015 [9C_36/2015] cons. 5.1 et 5.2) . Le Tribunal fédéral considère qu'il n'y a pas d'interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance lorsque la personne concernée présente une invalidité (partielle) qui, même si elle varie dans le temps, ne disparaît pas entièrement pendant une période donnée (arrêt du 19.12.2018 [9C_692/2018] cons. 4.2.3). e) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de renseignements que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 cons. 4, 125 V 256 cons. 4). 3. En l'espèce, il ressort du dossier de l'intimé que tant au moment de demander des prestations de l'assurance-invalidité qu'au moment de son opposition au rejet de cette demande, l'assuré a déposé un document émanant de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) de son pays, datant du 7 février 2012, qui porte "Avis d'attribution d'une pension d'invalidité" d'un taux de 50 % à partir du mois de novembre 2010. Parmi les rapports médicaux recueillis par l'OAI figurent ceux du psychiatre traitant marocain de l'assuré, le Dr B. _____, qui relevait, en 2014, que son patient, dont il assurait le suivi depuis le 24 novembre 2004, présentait une psychose périodique avec fréquents accès maniaques aigus entre 2004 et 2007, une stabilisation sous traitement, puis une rechute en 2011 rapidement jugulée, avant un nouvel état maniaque en novembre 2012 qui s'était calmé assez rapidement sous traitement (rapport du 21.02.2014). Ultérieurement, ce médecin a établi un certificat médical attestant que son patient était en traitement pour une psychose maniaco-dépressive évoluant depuis plusieurs années avec des épisodes maniaques aigus très fréquents et que son état de santé ne lui permettait aucune activité professionnelle et nécessitait "une mise en invalidité avec une I.P.P. de 85 %" (certificat médical du 10.09.2020). Depuis son arrivée en Suisse, l'assuré est suivi, sur le plan psychique, par le Dr A. _____, qui a confirmé le diagnostic posé par son confrère marocain, relevé que son patient était très volontaire et cherchait activement à travailler et

gagner sa vie, mais qu'il était limité par le handicap causé par sa maladie et que s'agissant d'une maladie chronique évoluant par fluctuations avec des périodes de rémissions et des périodes de décompensations, il était difficile d'attester une incapacité totale permanente. Quant au Dr C. _____, il a émis des doutes sur la capacité de son patient à réintégrer le monde du travail en raison du caractère très inconstant de son état psychique. En ce qui concerne son parcours professionnel, l'intéressé a précisé, dans son recours, que, après avoir obtenu son diplôme au Maroc en 1998, il avait travaillé environ quatre ans jusqu'à l'apparition de sa maladie et que, depuis lors, il n'était jamais parvenu à conserver une activité professionnelle – qui n'excédait d'ailleurs pas 25 % – au-delà de quelques mois. En Suisse, l'intéressé n'a pas exercé durablement une activité salariée et son activité indépendante est demeurée anecdotique, les différentes entreprises individuelles inscrites au registre du commerce entre 2015 et 2020 ayant toutes été radiées à brève échéance par suite de cessation de l'exploitation. Au vu de ces circonstances, et sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre d'autres investigations médicales, il apparaît que, à supposer invalidante, la maladie psychique dont est affecté le recourant depuis 2004 et qui est vraisemblablement à l'origine de la rente partielle d'invalidité accordée par la CNSS à partir de 2010, soit avant son arrivée en Suisse, ne s'est pas aggravée depuis qu'il y est établi, au point de constituer, cas échéant, un nouveau cas d'assurance au moment du dépôt de sa demande de prestations AI au mois de janvier 2020. 4. Il s'ensuit que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Vu le sort de la cause, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA). 5. En cours de procédure, le recourant sollicite l'assistance judiciaire. Cette dernière est accordée au justiciable qui ne peut pas assumer les frais liés à la défense de ses droits sans porter atteinte au minimum nécessaire à son entretien et celui de sa famille (art.3 al. 1 LAJ). En matière administrative, son octroi est subordonné à la condition que la cause n'apparaisse pas dépourvue de toute chance de succès (art. 4 al. 1 LAJ). En l'espèce, le recours paraissait d'emblée dépourvu de toute chance de succès ainsi que cela ressort sans équivoque des considérants qui précèdent, de sorte que la demande d'assistance judiciaire doit être rejetée.

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