

VD_FINDINFO AI 238/13 - 227/2014 vom 12. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_238_13_-_227_2014

FR: VD_FINDINFO AI 238/13 - 227/2014 du 12 septembre 2014

IT: VD_FINDINFO AI 238/13 - 227/2014 del 12 settembre 2014

Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, CONDITION D'ASSURANCE, ANNÉE DE COTISATION | 28 LAI, 36 LAI, 4 LAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 12.09.2014 AI 238/13 - 227/2014

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, CONDITION D'ASSURANCE, ANNÉE DE COTISATION | 28 LAI, 36 LAI, 4 LAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 238/13 - 227/2014 ZD13.040132 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 12 septembre 2014 _____ Présidence de M. Métral Juges

: Mme Brélaz Braillard et M. Bonard, assesseur Greffière : Mme Preti

***** Cause pendante entre : L. _____, à [...], recourant, représenté par Me Sébastien Pedroli, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 4, 28 et 36 LAI E n f a i t : A. L. _____

(ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est marié et père de quatre enfants. Il est arrivé en Suisse le 4 août 2007. Il y a déposé une demande d'asile et bénéficie d'une admission provisoire. Il n'a jamais travaillé en Suisse. Le 20 juin 2009, l'assuré a fait une chute de vélo et a subi un traumatisme crânio-cérébral sévère. Emmené à l'Hôpital R. _____ (Hôpital R. _____), il a ensuite été transféré au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier F. _____ (ci-après : Centre hospitalier F. _____). Les Drs P. _____, chef de service, C. _____, médecin associé, J. _____, chef de clinique, et M. _____, médecin assistant, ont retenu le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral sévère sur chute à vélo avec hématome épidural pariéto-occipital droit, contusions basi-frontales bilatérales, contusions disséminées avec probables lésions axonales diffuses, fracture de la base du crâne prenant le foramen jugulaire droit et remontant sur la convexité en croisant la ligne médiane, ainsi que de thrombose du sinus sigmoïde droit. Ces médecins ont également posé le diagnostic secondaire d'état dépressif traité. Ils ont attesté une incapacité de travail entière de l'assuré dès le 20 juin 2009. Le 21 juin 2009, l'assuré a subi une craniotomie pour évacuation d'un hématome épidural occipital droit avec la mise en place d'un capteur de PIC (pression intracrânienne). Les médecins du Centre hospitalier F. _____ ont décrit l'évolution clinique notamment comme suit (rapport du 30 juin 2009) : « Suite à l'intervention, M. L. _____ a été placé aux Soins Intensifs où la PIC est restée élevée à 50-60 mmHG. En raison d'un scanner de contrôle rassurant, nous avons conclu à une sonde défectueuse et l'avons changée. Par la suite, les PICs sont restées très fluctuantes avec des contrôles radiologiques montrant une amélioration de l'oedème cérébral. Le capteur de PIC peut être retiré le 26.06.2009. L'évolution neurologique est favorable et le patient peut être extubé le 28.06.2009. Sur le plan neurologique, M.

L. _____ est collaborant, avec une agitation modérée (principalement la nuit) et présente une discrète héminégligence D avec discrète parésie du membre supérieur D. Durant son hospitalisation, le patient a pu commencer à être mobilisé avec les physiothérapeutes. En raison des fractures susmentionnées, le patient a bénéficié d'une prophylaxie par Augmentin que nous avons stoppée le 30.06.2009. [...] Après réalisation d'un CT-Scan injecté le 30.06.09 qui montrait une régression des contusions frontales, mais la persistance d'une thrombose du sinus sigmoïde à droite, nous avons pris contact avec nos collègues neurologues qui ont préconisé l'introduction d'une anticoagulation thérapeutique par Liquémine avec ensuite relais par Sintrom ou Marcoumar pour une durée de 3 mois. Nous proposons de débiter l'anticoagulation par Liquémine 10'000 UI/24h iv et d'augmenter de 5000 UI chaque jour jusqu'à l'obtention d'un PTT de 50-60. Nous préconisons alors la réalisation d'un CT-Scan cérébral natif avant l'introduction d'une anticoagulation orale afin de changer de la stabilité des contusions intra-cérébrales. Au vu de l'évolution favorable et de la stabilité des lésions, M. L. _____ peut vous [Hôpital R. _____] être retransféré le 01.07.2009 pour la suite de la prise en charge. A moyen terme, nous pensons qu'il devra bénéficier d'une neuroréhabilitation ainsi que d'une évaluation neuropsychologique. »

L'assuré a été retransféré, le 1^{er} juillet 2009, à l'Hôpital R. _____ pour la suite de la prise en charge. Dans ce cadre, L. _____ a été adressé au Centre de psychiatrie S. _____ (Centre de psychiatrie S. _____) du 9 au 17 juillet 2009. Selon les Drs Z. _____, chef de clinique, et Q. _____, médecin assistante, l'assuré avait présenté à l'Hôpital R. _____ des troubles du comportement avec fugue et mise en danger, raison pour laquelle un transfert en milieu psychiatrique fermé avait été proposé, en mode d'office. Ces médecins du Centre de psychiatrie S. _____ ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation et perturbation des conduites. Ils ont fait les constatations suivantes (cf. rubrique « évolution et discussion » de leur rapport du 25 septembre 2009) : « M. L. _____ est hospitalisé sur un mode ordinaire, pour un suivi de TCC, car la prise en charge est devenue difficile au Hôpital R. _____ de [...] En effet, il est estimé que le patient se met en danger et qu'il présente des troubles du comportement, avec fugue. Différents entretiens se sont déroulés, soit en présence d'un de ses amis qui nous traduit du kurde au français, soit en présence d'une infirmière parlant le kurde. Le patient présente un trouble de l'orientation temporelle et un trouble de la mémoire. En effet, il n'arrive pas à se souvenir des événements arrivés lors de son accident à vélo. Il est calme et collaborant. Il présente de la tristesse par rapport à son hospitalisation, il n'a pas d'idées suicidaires et ne présente pas de symptômes florides de la lignée psychotique. Il demande de quitter l'hôpital afin de rentrer chez lui. Le patient est anosognosique par rapport à la prise en charge somatique, convaincu qu'il pourra faire du sport et que ceci lui permettra de guérir. Nous pouvons suspecter un manque de compliance par rapport à la prise de son traitement médicamenteux, notamment à la prise de son Sintrom, si le patient se retrouve seul à domicile. Durant l'hospitalisation, nous baissions progressivement le traitement de Distraneurine 750 mg que le patient prenait au Hôpital R. _____ jusqu'à l'arrêt complet. Nous réglons l'INR grâce à la prise de Sintrom jusqu'à avoir une INR thérapeutique et nous éduquons le patient pour la prise de son traitement. Il est très difficile pour celui-ci d'accepter de prendre son traitement pour sa thrombose veineuse car il estime que si ce caillot persiste c'est parce que les médecins du Centre hospitalier F. _____ ne le lui auraient pas enlevé durant l'opération. Bien qu'ayant expliqué sa situation somatique, il est très difficile au patient de changer d'opinion. Pour nous assurer la compliance thérapeutique de ce dernier, nous contactons le CMS de [...] afin qu'il puisse venir au domicile du patient

une fois par jour, le soir, afin que le patient prenne son Sintrom. Selon les dires d'une patiente, durant l'hospitalisation de M. L. _____, celui-ci aurait fait des propositions de rapprochements sentimentaux avec cette dernière. Nous ne pouvons confirmer ces dires. Le 17.07.2009, au vu de l'évolution favorable du patient et étant donné que l'INR est réglé, nous le laissons rentrer à domicile, avec une prise en charge par le CMS et un suivi est prévu avec vous dès la semaine suivant sa sortie d'hôpital. » A la consultation ambulatoire le 2 novembre 2009, les Drs P. _____, chef de service, et G. _____, chef de clinique adjoint, médecins au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier F. _____, ont retenu que l'assuré avait eu une bonne évolution après son traumatisme crânien avec une nette amélioration du point de vue neurologique. L'angio-CT réalisé le 30 octobre 2009 montrait une résorption au niveau des contusions frontales bilatérales, sans signe d'hydrocéphalie (rapport du 4 novembre 2009). Le 17 février 2012, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale a été réalisée. Le radiologue, Y. _____, a observé d'importantes séquelles traumatiques frontales bilatérales comparables à 2009 et l'absence d'autre anomalie (rapport du 17 février 2012). Le Dr V. _____, médecin traitant de l'assuré, a attesté une période d'incapacité de travail totale dès le 1 er janvier 2012 et pour toute l'année 2012 (certificat médical du 4 avril 2012). B. Le 5 juillet 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, précisant, quant au genre de l'atteinte, qu'il avait eu une intervention chirurgicale crânienne à la suite d'un accident de vélo et que depuis lors il souffrait de manière généralisée, en particulier de maux de tête réguliers et perte de connaissance. Par courrier du 17 juillet 2012 au Dr Martin D. _____, spécialiste en neurologie, le Dr V. _____ a sollicité un avis sur le cas de son patient, expliquant que depuis son accident de vélo, il se plaignait d'une douleur temporale droite, d'une irritabilité qui se manifestait par un tempérament agressif à l'égard de ses enfants, d'une fatigue et même de phases où il « tomb[ait] par terre et y rest[ait] 4h » sans perte de connaissance. Le Dr V. _____ a précisé qu'il connaissait l'assuré depuis son arrivée en Suisse en 2008 et qu'il pouvait attester qu'il avait toujours été agressif. Dans un rapport du 26 juillet 2012 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr V. _____ a posé le diagnostic de syndrome psycho-organique post-traumatisme crânio-cérébral le 21 [recte : 20] juin 2009 (fracture de la base du crâne avec lésions axonales diffuses, hématome épidural, thrombose du sinus sigmoïde droit). Il notait que depuis l'accident, l'assuré présentait une irritabilité, un probable état dépressif, une agressivité à l'égard d'autrui et de récents épisodes de chute sans perte de connaissance. Le Dr V. _____ renvoyait à l'appréciation des experts s'agissant de la capacité de travail de l'assuré. Le Dr D. _____ a examiné l'assuré le 10 août 2012. Dans son rapport daté du même jour au Dr V. _____, le Dr D. _____ a retenu le diagnostic d'état après traumatisme crânio-cérébral grave (juin 2009) avec séquelles neuropsychologiques probables, difficiles à quantifier. Il a considéré qu'il était indubitable que l'assuré présentait d'importantes séquelles traumatiques frontales bilatérales, évidentes à l'IRM, et tout à fait susceptibles d'entraîner des séquelles neuropsychologiques et comportementales. Dans ce cadre, il préconisait un bilan neuropsychologique. Selon un avis médical du 26 septembre 2012 du Dr B. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), l'assuré présentait une incapacité de travail totale à partir du 21 [recte : 20] juin 2009, date de l'accident. Il retenait des limitations fonctionnelles psychiques, telles que troubles des conduites, troubles relationnels, fluctuations de l'humeur et agressivité. Enfin, il recommandait la réalisation d'une expertise neuropsychologique. L'assuré s'est rendu à la

consultation de la neuropsychologue W. _____ le 14 janvier 2013. L'examen a mis en évidence des difficultés gnosiques visuelles perceptives, des troubles sévères de la mémoire immédiate et de la mémoire épisodique antérograde, présents dès l'apprentissage, un dysfonctionnement exécutif et attentionnel se manifestant aux tests (déficit d'inhibition, ralentissement de la vitesse de traitement de l'information) et sur le plan comportemental (altération du discours avec digressions et changements de thèmes, irritabilité relevée anamnestiquement, manque d'incitation observé cliniquement, anosognosie) et un fléchissement du jugement associatif sémantique. En revanche, les praxies constructives et les capacités de langage étaient globalement conservées. Mme W. _____ a conclu que les déficits susmentionnés étaient parfaitement compatibles avec des séquelles de traumatisme crânio-cérébral sévère avec contusions bifrontales, lésions axonales diffuses et hématome épidural pariéto-occipital droit évacué par craniotomie. Elle a estimé que la sévérité du tableau n'était pas compatible avec l'exercice d'une activité lucrative et que trois ans et demi après l'accident, peu d'améliorations étaient à attendre (rapport du 16 janvier 2013). Dans un rapport SMR du 29 janvier 2013, le Dr B. _____ a estimé que le rapport de Mme W. _____ revêtait une pleine valeur probante et que ses conclusions étaient en accord avec les constatations médicales antérieures et la radiologie. Selon le Dr B. _____, l'incapacité de travail durable était totale dans toute activité professionnelle depuis le jour de l'accident, le 21 [recte : 20] juin 2009. Le 19 février 2013, l'OAI a rendu un projet de décision refusant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité au motif qu'il ne comptait pas trois années de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité. L'OAI a considéré que l'invalidité était survenue le 21 [recte : 20] juin 2010, soit à l'échéance d'un délai de carence d'une année depuis l'accident. Or, l'assuré a cotisé depuis le mois de septembre 2007. Il ne totalisait donc que deux années et dix mois de cotisations, ce qui n'était pas suffisant pour remplir les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité. Le 17 juillet 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formulé ses objections. Il a contesté l'application de l'art. 36 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) relatif à l'exigence de trois années de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité, au motif que cette disposition entraînait une « situation d'inégalité de traitement incompatible avec les principes généraux du droit ». Par décision du 13 août 2013, l'OAI a confirmé son projet du 19 février 2013 refusant à l'assuré l'allocation d'une rente. C. Par acte du 18 septembre 2013, L. _____, représenté par Me Pedroli, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire afin de déterminer la date de son incapacité de travail durable, principalement à l'octroi d'une rente entière et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Singulièrement, il fait valoir que la date de la survenance de son invalidité n'avait pas été fixée de manière précise et que l'OAI ne pouvait conclure, sans autre examen, que son incapacité de travail durable remontait au jour de l'accident. Il soutient également que l'application de l'art. 36 LAI est discriminatoire dans son résultat, au moins de façon indirecte. Il sollicite l'octroi de l'assistance judiciaire. Le 11 décembre 2013, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, sous la forme d'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Sébastien Pedroli. L'OAI a maintenu ses conclusions dans sa réponse du 15 janvier 2014. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en

dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. En particulier, il s'agit de déterminer si le recourant remplit la condition d'assurance posée par l'art. 36 LAI, d'une part, et si cette disposition lui est bien opposable, d'autre part. 3. Les avis des parties divergent quant à la réalisation du minimum de trois années de cotisations requis par l'art. 36 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008, applicable en l'espèce ; cf. ATF 136 V 24, 130 V 445). Le recourant soutient qu'il remplit cette condition. a) Aux termes de l'art. 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. Dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, cette disposition soumettait le droit à une rente d'invalidité à la condition que l'assuré compte, au moment de la survenance de l'invalidité, une année au moins de cotisations en Suisse (cf. RO 1959 p. 857). La durée minimale de cotisations, ouvrant le droit à une rente ordinaire d'invalidité, a été augmentée pour éviter que des personnes ne s'inscrivent à l'AI après seulement un an de séjour en Suisse (cf. message du Conseil fédéral concernant la 5^e révision de l'AI, FF 2005 pp. 4215 ss, spéc. p. 4291). b) Par ailleurs, l'invalidité est réputée survenue au sens de l'art. 36 al. 1 LAI dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). 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 126 V 5 consid. 2b, 118 V 82 consid. 3a et les références). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe, en vertu de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (TF 9C_230/2012 du 5 septembre 2012 consid. 1.2, 9C_422/2009 du 12 novembre 2009 consid. 1.2). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références). d) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de

collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 ; TFA B 110/04 du 10 novembre 2005 consid. 2.4). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense, en effet, pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en apportant des moyens de preuve (ATF 130 I 180 consid. 3.2, 128 III 411 consid. 3.2.1). 4. Le recourant soutient que la date de la survenance de l'invalidité n'a pas été fixée précisément par l'intimé. Ce dernier aurait conclu prématurément, sans examens médicaux suffisants, à une incapacité de travail durable remontant à l'accident du 21 [recte : 20] juin 2009. Il serait probable, toujours d'après le recourant, que le dysfonctionnement exécutif et attentionnel se manifestant de manière invalidante sur le plan comportemental, selon le rapport d'examen neuropsychologique du 16 janvier 2013, ne soit apparu que plusieurs mois après l'accident de vélo. Une expertise pluridisciplinaire serait donc nécessaire pour établir « de manière scientifique », la date à partir de laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable. a) Le recourant a subi, le 20 juin 2009, un traumatisme crânien sévère avec hématome épidural pariéto-occipital droit, contusions basi-frontales bilatérales, contusions disséminées avec probables lésions axonales diffuses, fracture de la base du crâne et thrombose du sinus sigmoïde droit. Il s'est soumis, le 21 juin 2009, à une craniotomie pour évacuation de l'hématome épidural occipital droit. Il a été transféré du Centre hospitalier F. _____ à l'Hôpital R. _____ le 1^{er} juillet 2009, mais a dû être ensuite adressé au Centre de psychiatrie S. _____ en raison d'un trouble de l'adaptation avec perturbation des conduites. En effet, il avait présenté des troubles du comportement avec fugue et mise en danger, et les médecins de l'Hôpital R. _____ ont proposé d'office son transfert en milieu psychiatrique fermé. Le patient était anosognosique par rapport à la prise en charge somatique, convaincu qu'il pourrait faire du sport et que ceci lui permettrait de guérir (rapport des Drs Z. _____ et Q. _____ du 25 septembre 2009). Le recourant a pu quitter le Centre de psychiatrie S. _____ et rentrer à domicile le 17 juillet 2009. En 2012, le Dr V. _____ a adressé l'assuré à l'Hôpital R. _____ pour la réalisation d'une IRM qui a mis en évidence de très importantes séquelles traumatiques frontales bilatérales, comparables à 2009 (rapport du 17 février 2012 du Dr Y. _____). Le 26 juillet 2012, le Dr V. _____ indiquait à l'OAI que le recourant souffrait d'un syndrome psycho-organique post-traumatique crânio-cérébral et présentait « depuis lors » une irritabilité, un probable état dépressif, une agressivité à l'égard d'autrui et de récents épisodes de chute sans perte de connaissance. Peu auparavant, le Dr V. _____ avait adressé le recourant au Dr D. _____, neurologue, en indiquant qu'il se plaignait depuis l'accident d'une douleur temporale droite, d'une part, et d'une irritabilité qui se manifestait par un tempérament agressif à l'égard de ses enfants, ainsi que d'une fatigue et même de phases où il « tomb[ait] par terre et y rest[ait] 4h » sans perte de connaissance. Le Dr V. _____ précisait toutefois que l'assuré avait toujours été assez agressif. Le Dr D. _____ a posé, dans un rapport du 10 août 2012 au Dr V. _____, le diagnostic d'état après traumatisme crânio-cérébral grave avec séquelles neuropsychologiques probables, difficiles à quantifier. Enfin, le rapport d'examen neuropsychologique du 16 janvier 2013, ordonné par l'OAI, a conclu à différents déficits parfaitement compatibles avec des séquelles de traumatisme crânio-cérébral sévère. La sévérité du tableau n'était pas

compatible avec l'exercice d'une activité lucrative et peu d'améliorations étaient à attendre trois ans et demi après l'accident. Au vu de l'ensemble de ces constatations médicales, tout indique que le recourant présente d'importantes séquelles neuropsychologiques à la suite de l'accident du 20 juin 2009, ainsi qu'un probable état dépressif. Ces atteintes entraînent une incapacité de travail totale, ou en tout cas de 40% au moins, selon toute vraisemblance depuis l'accident. Le fait que le Dr V. _____ n'ait ordonné une IRM qu'en février 2012 peut s'expliquer par l'anosognosie dont l'assuré faisait preuve en 2009 ; l'irritabilité, manifestée par de l'agressivité, a pu, par ailleurs, ne pas paraître anormale au Dr [...], dans la mesure où il l'avait déjà constatée avant l'accident. Certes, les Drs P. _____ et G. _____ ont dressé le 4 novembre 2009 un constat rassurant : « Monsieur L. _____ a eu une bonne évolution après son traumatisme crânien avec une nette amélioration du point de vue neurologique ». Toutefois, on voit mal comment le recourant aurait surmonté les atteintes à la santé constatées notamment au Centre hospitalier F. _____ et à l'Hôpital R. _____ pendant l'été 2009, au point de retrouver pendant plusieurs mois une capacité de travail de 60% au moins, pour ensuite présenter à nouveau en 2012 une incapacité de travail totale avec de « très importantes séquelles traumatiques frontales bilatérales comparables à 2009 ». Il convient au contraire de constater que ces atteintes à la santé et les troubles neuropsychologiques ainsi que l'incapacité de travail qui en résulte datent effectivement de l'accident du mois de juin 2009, sans interruption notable par la suite. Ainsi, en juin 2010 (art. 28 al. 1 let. b LAI), l'assuré ne satisfaisait pas à l'exigence posée par l'art. 36 al. 1 LAI, soit d'avoir cotisé trois ans au minimum, son arrivée en Suisse datant d'août 2007. Il n'est pas nécessaire d'ordonner l'expertise pluridisciplinaire demandée par le recourant dans la mesure où cette expertise ne permettrait pas, selon toute vraisemblance, de revoir ce constat. b) Compte tenu de ce qui précède, la condition d'assurance n'était pas remplie au moment de la survenance de l'invalidité, de sorte que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité. 5. Le recourant soutient également que l'application de l'art. 36 LAI est discriminatoire dans son résultat, au moins de façon indirecte. a) L'art. 36 al. 1 LAI entraîne, certes, une discrimination indirecte des ressortissants étrangers qui ont accompli une période de cotisation à l'étranger. Toutefois, le recourant ne cite aucune disposition qui justifierait, pour ce motif, de renoncer à appliquer cette disposition. Le droit constitutionnel à l'égalité de traitement, prévu par l'art. 8 Cst. [Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse ; RS 101] ne permet pas de renoncer à l'application d'une loi fédérale qui lui serait contraire (ATF 136 I 65 consid. 3.2, 121 V 229 consid. 2). Au demeurant, le recourant ne subirait une discrimination indirecte qu'à la condition de pouvoir se prévaloir d'une période de cotisations à l'étranger, ce dont il n'apporte aucun indice en procédure. b) L'art. 36 LAI est donc bien opposable au recourant. 6. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPG). c) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Sébastien Pedroli (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations faisant état d'un temps consacré à la défense du recourant de 16 heures et 45 minutes. Cette liste comprend toutefois des opérations antérieures à la date de la décision litigieuse et qui couvrent donc son activité pour la procédure administrative. Elles ne sont

pas indemnisables dans le cadre du mandat d'office pour la procédure de recours. Par ailleurs, la procédure de recours a entraîné, comme acte de procédure, le dépôt d'un mémoire de recours et d'une demande d'assistance judiciaire, sans autre détermination ni audience. On admettra dans ces circonstances, qu'une indemnité de 2'250 fr., TVA comprise, correspondant à 11 heures de travail et à un montant forfaitaire de 100 fr., à titre de débours, est équitable. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 13 août 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité d'office de Me Sébastien Pedroli, conseil du recourant, est arrêtée à 2'250 fr. (deux mille deux cent cinquante francs). VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Sébastien Pedroli (pour M. L. _____), ■ 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 :

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