

VD_GERICHTE ZD14.037104 vom 25. August 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.037104

FR: VD_GERICHTE ZD14.037104 du 25 août 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.037104 del 25 agosto 2015

Erwägungen

E. 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 29

- 12 - juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 LPGA) et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid 2.1). b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si le recourant remplit, concernant l'invalidité liée à l'atteinte psychiatrique, les conditions du droit à une rente ordinaire, plus particulièrement s'il comptait trois années de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité. Il est observé ici que le refus de prestations de l'assurance-

- 13 - invalidité pour la seule atteinte physique n'est pas litigieux, de telle sorte que cet aspect ne sera pas examiné dans le présent arrêt. c) Il convient de rappeler à ce stade que la notion de causalité naturelle entre un accident et des atteintes à la santé ultérieures est sans incidence en matière d'assurance-invalidité, si bien que la mise en œuvre d'une expertise comme la suspension de la présente cause jusqu'à droit connu sur la procédure ouverte devant la Cours de céans à l'encontre de la décision de la CNA du 28 janvier 2015 ne sont

pas pertinentes.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et

E. 4

a) Il convient dans un premier temps de déterminer à quel moment un cas d'invalidité est survenu. S'agissant du droit à la 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. b) L'intimé retient que le recourant a été incapable travailler sans discontinuer depuis l'accident du 27 juillet 2009, d'abord en raison de l'atteinte somatique, puis en raison de l'atteinte psychique, de telle sorte que l'invalidité est survenue en juillet 2010, soit à l'échéance du délai de carence d'une année. L'intimé ne peut être suivi dans son raisonnement. En effet, il doit être rappelé que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, si un

- 16 - assuré ne remplit pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découle pas qu'il se verra dans tous les cas et à tout jamais privé 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. Une seule et même cause d'invalidité peut d'autre part entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Le principe de l'unicité 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 (TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et les références ; Michel VALTERIO, op. cit., n° 1235 p. 342). Ainsi, il n'est pas exclu que l'aggravation de l'état de santé d'une personne qui, au moment de la survenance de l'invalidité, ne remplissait pas les conditions d'assurance, puisse constituer un nouveau cas d'assurance si elle est due à une affection totalement différente de celle ayant initialement entraîné l'invalidité (TF 9C_884/2011 du 22 décembre 2011 ; 9C_658/2008 du 10 juin 2009 consid. 5). Le Tribunal fédéral a du reste précisé que la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (TF 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1). En l'espèce, il ressort sans contestation aucune des rapports des médecins traitants du recourant et du SMR, que des troubles incapacitants sur le plan psychique ont été diagnostiqués pour la première fois en janvier 2012, soit deux ans et demi après l'accident, entraînant alors une hospitalisation. Cette cause d'invalidité, en plus d'être différente par nature de l'atteinte somatique, ne peut être rattachée à l'accident du 27 juillet 2009 par un lien temporel. L'hypothèse évoquée dans le rapport de l'Hôpital A. _____ du 7 juillet 2014 d'une décompensation des

- 17 - troubles psychiques en raison de l'accident ne permettrait pas pour autant, si elle devait être considérée comme vraisemblable, de retenir que les troubles somatiques et les troubles psychiques sont une seule et même invalidité, dans la mesure où l'atteinte psychique n'est devenue incapacitante qu'en janvier 2012. Si l'on ne peut reprocher à

l'intimé d'avoir attendu d'être en possession de tous les éléments tant sur le plan somatique que sur le plan psychique pour rendre une décision, l'écoulement du temps ne saurait en revanche être préjudiciable au recourant. Plus particulièrement, la superposition des incapacités totales de travail découlant respectivement des atteintes somatique et psychique n'autorise pas à retenir un unique délai de carence lorsque comme en l'espèce, l'existence d'un lien de fait entre les deux atteintes n'est pas avéré et que l'intervalle temporel entre la survenance de l'incapacité physique et la survenance de l'incapacité psychique est de 30 mois. Au vu de ce qui précède, il doit être admis qu'un nouveau cas d'assurance est survenu en janvier 2012, entraînant le départ d'un nouveau délai de carence échéant en l'occurrence en janvier 2013. C'est donc à cette date que doit être examinée la réalisation des conditions d'assurance prévues aux art. 6 al. 2 et 36 al. 1 LAI.

E. 5

De l'extrait du compte individuel du recourant, état au 22 décembre 2014, il ressort que ce dernier a cotisé de juillet 2009 à décembre 2009 en tant que salarié, puis en tant que personne sans activité lucrative depuis janvier 2010 jusqu'à la fin de l'année 2013 à tout le moins. Il en résulte qu'à l'ouverture du droit à une rente en janvier 2013, le recourant avait cotisé les trois ans nécessaires à l'ouverture du droit à la rente ordinaire d'invalidité.

E. 6

Il résulte des considérants qui précèdent que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens qu'il est alloué au recourant une rente entière d'invalidité depuis le 1er janvier 2013. Il

- 18 - appartiendra à l'intimé de calculer le montant des rentes et des intérêts dus sur les arriérés. Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LGPA ; art. 55 al. 1 LPA-VD), à savoir à une participation aux honoraires et débours indispensables de son conseil (art. 11 al. 1 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière en matière administrative du 28 avril 2015, RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, au regard de l'importance et de la complexité du litige, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art.

E. 11

al. 2 TFJDA ; art. 55 al. 2 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'octroyer d'indemnité au conseil d'office dès lors que le montant des dépens est supérieur à ce à quoi il aurait eu droit selon la liste des opérations produite le 12 janvier 2015. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

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