

VD_GERICHTE ZD19.041682 vom 8. Oktober 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-10-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.041682

FR: VD_GERICHTE ZD19.041682 du 8 octobre 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.041682 del 8 ottobre 2020

Erwägungen

E. 1

a) 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]). 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). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

- 12 -

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel, singulièrement sur le moment de la survenance de l'invalidité et sur le point de savoir si les conditions d'assurance étaient alors remplies.

E. 3

a) On notera préalablement que le recourant n'était pas titulaire d'un permis F réfugié mais d'un simple permis F (admission provisoire pour étranger) à la date déterminante de la décision litigieuse, ce qui exclut l'application de la Convention relative au statut des réfugiés (RS 0.142.30) et de l'Arrêté fédéral 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) (cf. à cet égard ATF 139 II 1). Il n'existe au demeurant pas de convention de sécurité sociale entre la Suisse et la République du Congo, de sorte que le droit interne est seul applicable (art. 6 al. 1bis LAI a contrario). b) Selon l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions de la LAI, l'art. 39 de cette loi étant réservé. c) Aux termes de l'art. 6 al. 2 première phrase LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) 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. d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est, quelle que soit la nationalité de la personne assurée, subordonné à une durée de cotisations minimale de trois ans lors de la survenance de l'invalidité. e) Aux termes de l'art. 14 al. 2bis LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.0), les

- 13 - cotisations des requérants d'asile, des personnes admises à titre provisoire et des personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour n'exerçant pas d'activité lucrative ne peuvent être fixées et, sous réserve de l'art. 16, al. 1, versées que lorsqu'ils ont obtenu le statut de réfugié (let. a), lorsqu'ils ont obtenu une autorisation de séjour (let. b), ou lorsque, en raison de leur âge, de leur invalidité ou de leur décès, il naît un droit aux prestations prévues par la présente loi ou par la LAI (let. c).

E. 4

a) 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 arrêts cités). b) S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe 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 (art. 28 al. 1 let. b LAI). c) S'agissant du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle elles sont indiquées en raison de l'âge et de l'état de santé de l'assuré (art. 10 al. 2 LAI). Selon la jurisprudence, est déterminant le moment à partir duquel l'invalidité, compte tenu de sa nature et de sa gravité, nécessite la mesure de réadaptation et la rend possible. L'événement assuré est réputé survenu lorsque l'atteinte à la santé influe sur la capacité de gain à un degré tel que l'on ne peut plus exiger de l'intéressé qu'il exerce son activité comme il le faisait avant la survenance de l'atteinte, que la mesure de réadaptation envisagée apparaisse

- 14 - nécessaire et que les traitements et mesures médicales de réadaptation sont terminés (ATF 140 V 246 consid. 6.2).

E. 5

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

E. 6

a) En l'espèce, il y a lieu de déterminer si la problématique psychiatrique, considérée comme invalidante à 100 %, était non seulement présente à l'arrivée du recourant en Suisse, mais encore la date à partir de laquelle elle est devenue invalidante. L'intimé a retenu que seule l'atteinte d'ordre psychique présentée par l'assuré était invalidante, mais qu'elle était préexistante à son entrée en Suisse. L'OAI s'est fondé sur un avis du SMR du 7 novembre 2018, dans lequel la Dre X._____ expose que ce type d'atteinte grave apparaît généralement au début de l'âge adulte, environ entre 15 et 30 ans, se manifeste par une perte de contact avec la réalité et la personne

- 15 - qui en souffre n'a pas conscience de sa maladie. Il était donc probable que l'assuré ait cette maladie psychique à son arrivée en Suisse. L'assuré soutient pour sa part que ses atteintes tant psychiques que physiques sont devenues invalidantes dans le courant de l'année 2017, au motif qu'il travaillait avant son arrivée en Suisse, qu'à son arrivée il s'était inscrit à l'ORP en tant que demandeur d'emploi à 100 %, qu'il avait réalisé des stages et que les atteintes tant psychiques que physiques dont il souffrait s'étaient aggravées en 2017, le rendant invalide. b) Il ressort du rapport d'entretien de détection précoce du 29 juin 2016 que le recourant a déclaré que ses problèmes étaient apparus à son arrivée en Suisse, en 2013. L'assuré est en effet suivi à la Polyclinique T._____ depuis le mois de mars 2013, à la consultation de médecine générale, tandis que son suivi psychiatrique n'a débuté qu'au mois de juillet 2014. A cette date, les diagnostics d'épisode dépressif léger et de trouble de la personnalité de type paranoïaque ont été posés. Dans un rapport du 17 octobre 2016, les médecins psychiatres traitants de l'assuré ont précisé que la date d'apparition des troubles leur était inconnue, mais qu'ils les avaient constatés dès le début du suivi. Dans leurs différents rapports des 27 juin, 17 octobre et 27 septembre 2016, ils ont attesté une capacité de travail dans une activité adaptée, précisant qu'un taux supérieur à 50 % ne semblait pas envisageable. Les psychiatres traitants n'ont toutefois pas précisé la date à partir de laquelle ils considéraient que l'assuré disposait d'une telle capacité, respectivement d'une telle incapacité de travail. Au demeurant, on ne trouve au dossier aucun rapport antérieur au 26 juin 2016 alors même que le suivi psychiatrique a débuté en juillet 2014. La date à laquelle l'atteinte psychiatrique de l'assuré est devenue invalidante ne peut dès lors être déterminée. En l'absence de ces précisions, la Dre X._____, laquelle n'est au demeurant pas spécialiste en psychiatrie, ne pouvait se prononcer en toute connaissance de cause sur le cas de l'assuré.

- 16 - Le recourant, contrairement à ce qu'il soutient, ne saurait tirer aucun argument de son inscription en tant que demandeur d'emploi à 100 % dès le mois de mars 2013. En effet, l'assurance-invalidité et l'assurance- chômage ne sont pas des branches d'assurance complémentaires dans le sens qu'un assuré privé de capacité de gain pourrait dans tous les cas invoquer soit l'invalidité soit le chômage. L'assurance-invalidité se fonde sur la notion de capacité de travail, tandis que l'assurance-chômage sur celle de l'aptitude au placement qui comprend non seulement la capacité de travailler (condition objective), mais également la volonté d'accepter un travail (condition subjective) (TF 8C_406/2010 du 18 mai 2011 consid. 5.1). Le recourant ne peut donc se prévaloir de son inscription en qualité de demandeur d'emploi pour exciper d'une capacité de travail dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce d'autant plus qu'aucune pièce au dossier ne fait état de la reconnaissance de son aptitude au placement et que celle-ci est susceptible d'être réexaminée en faveur des circonstances. Le fait que le recourant ait exercé une activité lucrative ne permet pas davantage d'attester qu'il disposerait d'une pleine capacité de

travail et de gain. En effet, s'il soutient avoir participé à une formation de l'EVAM en qualité d'aide de cuisine à 100 %, il précise toutefois que cela était trop difficile pour lui mais qu'il serrait les dents en silence. Selon ses dires, son médecin souhaitait le mettre au repos. Il ressort également du rapport du 6 janvier 2017 de la Fondation [...], en particulier de la rubrique relative aux ressources et aux freins à la réinsertion, que l'assuré avait dû réaliser ses stages à 50 % selon l'avis de ses médecins. En outre, au début de la mesure, l'assuré pensait pouvoir travailler à 50 %, mais souhaitait débiter le processus à un taux plus faible. En fin de compte, l'intéressé a réalisé un stage en entreprise en tant qu'aide de cuisine, du 10 octobre 2016 au 6 janvier 2017, dans le cadre de l'exécution de la mesure d'intervention précoce. Occupé à 50 %, l'employeur a estimé son rendement à 70 %, relevant toutefois la qualité de son travail, sa minutie, son sérieux et sa rigueur. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, le rapport de la Fondation [...] ne permet pas de mettre en doute les évaluations de sa capacité de travail effectuées par les médecins. En effet,

- 17 - l'assuré n'était occupé qu'à mi-temps, ce qui correspond à l'évaluation de sa capacité de travail faite par les médecins. Cela étant, on ignore toujours depuis quand l'intéressé est incapable de travailler. On ne connaît pas davantage les motifs pour lesquels son médecin, dont on ne connaît au demeurant pas l'identité, désirait le mettre au repos durant sa formation d'aide-cuisinier. On ne peut exclure à ce stade que ce soient les atteintes somatiques dont souffrait l'assuré qui le justifiaient. L'instruction s'avère également insuffisante sur ce point, l'OAI n'ayant pas interpellé ce médecin à ce sujet. c) Sur le plan somatique, l'intimé n'a pas motivé les raisons pour lesquelles il ne retenait pas d'atteintes invalidantes, en dépit des nombreuses pathologies présentées par l'assuré. On relève pourtant que tant le Prof. P. _____ que le Dr Z. _____ ont constaté que les dorso-lombalgies et sciatalgies gauches chroniques ainsi que les cervico- scapulalgies bilatérales fluctuantes avec irradiations C6-C7 gauches étaient incapacitantes. Ces médecins ont estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle d'aide-cuisinier était nulle, le Prof. P. _____ précisant à ce propos que l'incapacité durait depuis au moins une année (rapport du 27 novembre 2017 du Prof. P. _____ et rapport du

E. 10

juillet 2018 du Dr Z. _____). Il ressort des rapports de la Dre R. _____, médecin traitant, que l'assuré dispose d'une capacité maximale de travail de 50 %, sans que l'on sache toutefois si elle concerne l'activité habituelle ou une activité adaptée. Les rapports de la Dre R. _____ ne permettent pas non plus de distinguer si l'assuré est incapable de travailler en raison de ses atteintes somatiques ou psychiques ; en effet, alors qu'elle fait état de limitations fonctionnelles relatives à son état physique, elle précise qu'un taux supérieur à 50 % risquerait de déstabiliser la situation fragile, surtout au plan psychiatrique. On ne sait dès lors pas si l'incapacité de travail trouve sa justification dans l'état de santé physique ou psychique de l'assuré, ou les deux. L'intimé n'a pas davantage instruit cette question, de sorte qu'il y a également lieu de renvoyer la cause pour cette raison.

- 18 - d) Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est incomplète et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il se justifie donc de renvoyer la cause à l'OAI, auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (43 al. 1 LPGa, cf. consid. 5 ci-dessus). Il lui incombera en particulier de recueillir des rapports des médecins traitants pour la période allant du début de leur suivi jusqu'au mois de juin 2016

(date des premiers rapports au dossier), ainsi que des précisions auprès de la Dre R. _____ au sujet de la capacité, respectivement l'incapacité de travail qu'elle a constaté dans ses rapports. Il appartiendra ensuite à l'intimé de déterminer si une expertise, à tout le moins psychiatrique voire pluridisciplinaire au vu des nombreuses atteintes somatiques présentées, est nécessaire ou non, avant de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant. 7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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