

VD_GERICHTE ZD23.024287 vom 13. Mai 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-05-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.024287

FR: VD_GERICHTE ZD23.024287 du 13 mai 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.024287 del 13 maggio 2024

Erwägungen

E. 4

a) Vu le statut du recourant, c'est-à-dire d'étranger interdit d'entrée en Suisse et sans activité professionnelle en Suisse, il faut notamment examiner dans quelle mesure il peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité. En vertu de l'art. 1b LAI, sont assurées conformément à la présente loi les personnes qui sont assurées à titre obligatoire ou à titre facultatif en vertu des art. 1a et 2 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS). D'après l'art. 1a al. 1 LAVS, sont notamment assurées conformément à cette loi les personnes

- 8 - physiques domiciliées en Suisse (let. a) et les personnes physiques qui exercent en Suisse une activité lucrative (let. b). Les ressortissants suisses et étrangers ont droit aux prestations conformément aux dispositions de la LAI (cf. art. 6 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 6 al. 2 première phrase 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'art. 9 al. 3 LAI, 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. Aux termes de l'art. 39 al. 3 LAI, ont "aussi droit à une rente extraordinaire les invalides étrangers et apatrides qui remplissaient comme enfants les conditions fixées à l'art. 9, al. 3 LAI". b) En l'espèce, le recourant a été interdit d'entrée en Suisse d'abord en août 2013 jusqu'en 2028 puis en 2021 jusqu'en 2099. Depuis sa première arrivée en Suisse en 2010, il n'a jamais travaillé, à tout le moins légalement, de sorte qu'il n'a jamais cotisé à l'AVS/AI en Suisse. Bien que l'on ignore où se trouve actuellement le recourant, il est vraisemblable soit qu'il a quitté la Suisse après la délivrance des documents de retour par les autorités [...], soit qu'il réside à nouveau en Suisse de manière illégale. En tous les cas, le recourant n'ayant pas de droit de séjour en Suisse, il ne peut se constituer légalement un domicile en Suisse et y travailler. L'invalidité du recourant est survenue en 2014 au plus tôt (lors de son accident au [...]), mais en 2016 selon les déclarations du recourant dans le formulaire de demande de prestations, de telle sorte qu'aucune des deux conditions alternatives de l'art. 6 al. 2, première phrase LAI n'est remplie. En effet, – que l'on se base sur le moment de l'accident en août 2014 ou sur celui de la survenance de l'invalidité en 2016 –, le recourant ne présentait ni une résidence ininterrompue en Suisse de dix ans vu sa

- 9 - première arrivée en 2010, ni une année entière de cotisations, puisqu'il n'a jamais cotisé. Enfin, étant domicilié en Suisse depuis 2010, à savoir depuis l'âge de 32 ans, il ne pouvait remplir, en qualité d'enfant, les conditions de l'art. 9 al. 3 LAI, de telle sorte que le droit à une rente extraordinaire doit également lui être refusé. Le recourant ne peut donc être considéré comme personne assurée au sens de la LAI, ce qui scelle déjà le sort de son recours.

E. 5

En tout état de cause, à titre superfétatoire, on relèvera qu'à supposer que le recourant puisse être assujéti à la LAI, le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel devrait tout de même lui être refusé. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au

- 10 - moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). d) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). e) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

- 11 - exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). f) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une

appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 ; 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

E. 6

En l'espèce, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle, même dans une activité adaptée, exposant ne pas pouvoir utiliser sa main droite, étant « lourdement handicapé ». Il ressort des pièces au dossier que l'OAI a pu recueillir que les propres médecins du recourant ont attesté une activité adaptée mono- manuelle. Le Dr J. _____ a en particulier retenu toutes les limitations fonctionnelles décrites par le recourant lui-même et évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % pour tenir compte de la fatigabilité accrue du fait d'une activité mono-manuelle. Les limitations fonctionnelles retenues par ce médecin correspondent à celles retenues

- 12 - par l'OAI et ne sont contredites ou augmentées par aucun médecin. En particulier, l'épisode de trouble psychique qui a conduit le recourant à séjourner à [...] en 2010-2011 n'a plus été évoqué, ni même aucun trouble du registre psychiatrique. Il en va de même des troubles addictifs du recourant mentionnés dans le compte-rendu du 15 novembre 2021 du Centre hospitalier F. _____ qui ne constituent pas des atteintes incapacitantes et semblent avoir dû être traitées en zone carcérale. Les limitations fonctionnelles retenues sont toutes en lien avec la main droite et doivent être tenues pour exhaustives. Les limitations fonctionnelles retenues dictant l'activité exigible peuvent ainsi être suivies. L'évaluation finale de la capacité de travail résiduelle diverge entre l'appréciation du Dr J. _____ et l'OAI mais se fonde donc sur un état de fait identique. En l'espèce, l'OAI a tenu compte de la fatigabilité d'une activité mono-manuelle en procédant à un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité. Le recourant n'émet aucun grief à l'encontre du calcul opéré par l'intimé et ne critique pas a fortiori la manière de tenir compte de son handicap à la main droite sur sa capacité résiduelle de travail, il se limite à affirmer qu'il n'a plus aucune capacité de travail. Bien que le recourant ne se plaigne pas de la détermination de son taux d'invalidité sur cette base, il y a cependant lieu de brièvement contrôler d'office ces aspects vu la maxime inquisitoire applicable à la présente procédure. La manière de procéder de l'OAI – qui retient un abattement de 20 % pour l'activité mono-manuelle – n'est pas critiquable, étant relevé que dans l'hypothèse où l'usage du membre supérieur droit est exclu, la jurisprudence relative au taux d'abattement en matière d'activité mono-manuelle (cf. TF 9C_649/2018 du 15 janvier 2019 consid. 4.4) permettrait de retenir au maximum un taux d'abattement de 25 %. Vu l'absence de formation du recourant et ses connaissances presque inexistantes de la langue française, le taux de 25 % d'abattement

peut lui être reconnu. L'application de ce taux conduit à retenir un revenu avec invalidité de 49'971 fr. 25 (66'628 fr. 30 – [66'628 fr. 30 x 0.25]). En découle alors une perte de revenu de 16'657 fr. 05 (66'628 fr. 30 - 49'971 fr. 25) et un degré

- 13 - d'invalidité de 24,99 %, arrondi à 25 %, lequel n'ouvre pas non plus le droit à une rente (cf. 5b supra), ni au demeurant à des mesures professionnelles, la capacité de gain du recourant ne pouvant en effet être améliorée (cf. art. 8 al. 1 let. a LAI). Au surplus, les activités adaptées suggérées et les revenus avec ou sans invalidité ne sont pas critiquables, en particulier le revenu d'invalidité tient compte correctement des limitations fonctionnelles. En conséquence, quand bien même le recourant serait assujéti à l'assurance-invalidité, ce droit devrait en tous les cas lui être refusé in concreto, compte tenu d'un degré d'invalidité de 25 % au maximum.

E. 7

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée par substitution de motif. 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 LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 14 -

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