

VD_GERICHTE ZD23.039099 vom 14. Februar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.039099

FR: VD_GERICHTE ZD23.039099 du 14 février 2025

IT: VD_GERICHTE ZD23.039099 del 14 febbraio 2025

Erwägungen

E. 3

a) Dans la mesure où le recourant est de nationalité espagnole, la cause doit être examinée non seulement à la lumière du droit suisse mais aussi des dispositions de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes ou ALCP ; RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie, en particulier le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (ci-après: règlement n° 883/2004; RS 0.831.109.268.1).

- 10 - 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) 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. Dite condition n'est cependant pas absolue. En effet, en application des art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement (CE) n° 883/2004, des cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (voir également ch. 3004 et 3005 CIBIL [Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI]). d) 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.

- 11 - e) 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 références citées). 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'art. 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 consid. 6.1 et les références citées). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle la personne assurée 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). Le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 8C_718/2018 du 21 février 2019 consid. 2.2 ; TF 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3).

E. 4

a) Pour 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

- 12 - activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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). b) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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 pour l'exactitude

d'une allégation, sans que d'autres

- 13 - possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

E. 5

a) En l'espèce, le recourant soutient tantôt que son incapacité de travail a débuté le 1er août 2020 (acte de recours du 13 septembre 2023 p. 2, ch. 5), tantôt qu'elle a débuté le 1er juin 2020 (acte de recours du 13 septembre 2023 p. 3, ch. 10) et que la durée de cotisations en Suisse et en [...] s'élevait ainsi à plus de quatre ans (4,145). L'intimé a estimé, pour sa part, que le recourant souffrait d'une atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail et de gain importante depuis au moins 2017, date de sa première hospitalisation en Suisse. Bien qu'il ait exercé une activité professionnelle jusqu'en 2020, son atteinte à la santé ne lui permettait pas d'avoir le rendement attendu. b) L'« Avis juriste » du 15 août 2023, auquel renvoie l'intimé dans ses écritures pour expliquer sa décision, est exempt de motivation. L'auteur de ce document s'est contenté de reprendre certaines déclarations faites par le recourant dans son courrier du 31 janvier 2023, par lequel il avait contesté le projet de décision du 14 décembre 2022. Ce dernier avait évoqué une hospitalisation lors d'un séjour en Suisse en 2017, des consommations de drogues, de fréquentes dépresses et le fait que son employeur ne s'attendait pas à des performances exceptionnelles. Or, les seules déclarations d'un assuré au sujet de son état de santé ne constituent aucunement des éléments médicaux objectifs sur la base desquels une incapacité de travail et de gain peut être retenue. L'intimé semble s'être en outre également fondé, d'une part, sur le « compte rendu de la permanence SMR » du 14 février 2022 pour retenir que l'incapacité de travail avait débuté en 2017 et, d'autre part, sur le courrier du 12 septembre 2022 de l'employeur pour retenir que l'activité exercée de 2018 à 2020 devait être écartée, faute de rendement

- 14 - (cf. avis juriste du 31 août 2022 et compte rendu de la permanence juriste du 7 octobre 2022). S'agissant du « compte rendu de la permanence SMR » du 14 février 2022, il n'est aucunement motivé. Il consiste uniquement à indiquer, dans un style télégraphique, que le début de la longue maladie devait être fixé à la date de la première hospitalisation du recourant en Suisse en décembre 2017, que la capacité de travail dans toute activité était nulle depuis cette date et que le diagnostic principal retenu était une schizophrénie paranoïde. Il ne fait aucune mention, pas plus qu'il ne discute, des différents rapports établis par le Dr F. _____ dont il ressort, de manière constante, que l'incapacité de travail a débuté le 21 mars 2021, lors de la décompensation du recourant (cf. rapports médicaux des

E. 8

septembre 2021, 3 octobre 2022, 24 janvier 2023 et 29 janvier 2024). Le Dr F. _____ a en outre indiqué que durant sa période d'activité professionnelle, le recourant avait présenté une bonne stabilité psychique (rapports médicaux des 8 septembre 2021 pt. 2.7 ; 3 octobre 2022 réponse 1 ; 29 janvier 2024). Aucune pièce au dossier ne permet de remettre en cause les constatations du Dr F. _____. A cet égard, le SMR n'expose pas pour quel motif il conviendrait de s'en écarter. Tout au plus, le compte rendu de la permanence juriste du 7 octobre 2022 indique-t-il que l'atteinte à la santé du recourant ne lui permettait pas d'assumer pleinement des tâches professionnelles mêmes simples. L'avis précité, qui se fonde essentiellement sur le courrier de l'employeur du 12 septembre 2022, ne peut être suivi. Le courrier en question, s'il constate certes que l'employeur a rencontré quelques difficultés avec le recourant, relève toutefois que ses tâches ont pu être adaptées à ses

capacités et que son salaire, peu élevé, correspondait à son rendement. D'autre part – et surtout –, le compte rendu de la permanence juriste ne constitue pas un avis médical, l'évaluation de la capacité de travail relevant essentiellement de la compétence des médecins. Or, à cet égard, le Dr F. _____ – qui avait connaissance de l'adaptation des tâches du recourant (cf. rapport du 3 octobre 2022) – a estimé, de manière constante et sans qu'aucun autre avis médical ne le contredise de

- 15 - manière motivée, que le recourant était capable de travailler jusqu'au 21 mars 2021. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il sied de retenir que l'incapacité de travail du recourant a débuté le 21 mars 2021. A cet égard, il convient encore de relever que le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que son incapacité de travail a débuté en 2020. S'agissant de la date du 1er août 2020 qu'il allègue, aucun document médical versé au dossier ne fait référence à cette date. La pièce citée par le recourant (compte rendu de la permanence SMR du 14 janvier 2022) ne fait que reprendre ses propres déclarations, sans que celles-ci ne soient corroborées par un certificat médical. Quant à la date du 1er juin 2020, elle correspond à la date de cessation de l'activité professionnelle du recourant auprès de son employeur. Elle ressort uniquement du formulaire « UE/AELE : Rapport médical détaillé » complété par le médecin généraliste du recourant. Elle n'est aucunement motivée par ce médecin, dont aucun autre rapport ou certificat ne figure au dossier. Ce seul formulaire n'est ainsi pas apte à remettre en cause l'avis clair, constant et motivé du Dr F. _____. c) L'incapacité de travail du recourant ayant débuté le 21 mars 2021, la survenance de l'invalidité, s'agissant d'une rente, se situe au plus tôt à la date dès laquelle le recourant 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), en l'occurrence en mars 2022. A cette date, le recourant comptait, compte tenu de l'entier de sa période de cotisations auprès de son employeur suisse et de ses cotisations à l'étranger, plus de trois ans de cotisations. A la date de la survenance de l'invalidité, il remplissait donc les conditions générales d'assurance relatives au nombre minimal d'années de cotisations sociales. d) Vu la motivation de la décision attaquée, l'intimé n'a pas examiné si les autres conditions d'octroi d'une rente étaient réalisées. Il convient, par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé – à qui il incombe

- 16 - au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGa –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. La décision attaquée doit donc être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. 6. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il examine si, hormis le nombre d'année de cotisations, les autres conditions d'octroi d'une rente sont réalisées. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe. c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé. d) Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire. La liste des opérations produite par

Me Nordmann ne peut pas être intégralement suivie à cet égard. L'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, la liste fait mention de nombreux échanges de courriels avec le client pour un temps total de 3,35 heures, qui paraît excessif.

- 17 -

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