

VD_GERICHTE ZD25.033493 vom 24. Februar 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-02-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.033493

FR: VD_GERICHTE ZD25.033493 du 24 février 2026

IT: VD_GERICHTE ZD25.033493 del 24 febbraio 2026

Erwägungen

E. 4

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. 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 10J010

- 13 - améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. b) 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). Le droit à la rente ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI). c) Lorsque le droit à la rente a été précédemment refusé en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite aggravation de l'état de santé à la suite d'une maladie ou d'un accident n'étant pas à l'origine de ce refus, il s'agit d'un nouveau cas d'assurance entraînant pour conséquence que le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b recommence à courir (TF 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.3 et les références citées). d) Conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée. Aux termes de l'art. 65 RAI, celui qui veut exercer son droit aux prestations de l'assurance doit présenter sa demande sur formule officielle. 10J010

- 14 - Selon la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) édictée par l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales), dans sa version 17, valable à partir du 1er janvier 2010, état au 1er janvier 2018, les demandes de prestations de l'AI ou de l'AVS doivent être présentées sur les formulaires prévus à cet effet (ch. 1002). Si la demande n'est pas présentée sur un formulaire officiel, l'office AI en remet un à l'assuré et lui impartit un délai convenable pour le dépôt de sa demande (ch. 1004). Lorsque l'assuré ne donne pas suite à l'injonction qui lui est faite, l'office AI lui communique que sa demande ne peut pas être examinée tant qu'elle n'est pas présentée sur le formulaire officiel (ch. 1005). Dans les cas où une demande a déjà été présentée, l'office AI se contente, sous réserve du ch. 1007, de la remise d'une simple lettre lorsque l'assuré demande de nouvelles prestations, du même genre ou d'une autre nature. Il faut toutefois que les pièces au dossier fournissent clairement les indications nécessaires à l'examen du droit aux prestations requises. Si la procédure s'est achevée par une décision de refus, une nouvelle demande est nécessaire (ch. 1006). Les assurés qui, lorsqu'ils atteignent l'âge de 18 ans, perçoivent une prestation périodique de l'AI (allocation pour impotent destinée aux mineurs, prestations pour la formation professionnelle initiale) ou sont au bénéfice de mesures médicales et demandent une indemnité journalière, une rente ou une allocation pour impotent adulte sont considérés comme ayant demandé à l'AI l'examen du droit à ces prestations, mais doivent tout de même remplir le formulaire de demande officiel. L'office AI le leur envoie. Le droit à la prestation prend ainsi naissance dès le 18e anniversaire, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies (ch. 1007). Les circulaires et directives administratives s'adressent aux organes d'exécution et n'ont pas d'effets contraignants pour le juge. Toutefois, dès lors qu'elles tendent à une application uniforme et égale du droit, il convient d'en tenir compte et en particulier de ne pas s'en écarter sans motifs valables lorsqu'elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce et traduisent une concrétisation convaincante de celles-ci. En revanche, une circulaire ne saurait sortir du cadre fixé par la norme supérieure qu'elle est censée concrétiser. En d'autres termes, à défaut de lacune, un tel acte ne peut prévoir autre chose 10J010

- 15 - que ce qui découle de la législation ou de la jurisprudence (ATF 132 V 121 consid. 4.4 ; 131 V 42 consid. 2.3). Le juge doit s'en écarter lorsqu'une ordonnance administrative établit des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 129 V 200 consid. 3.2). e) Le formalisme excessif est un aspect particulier du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Il est réalisé lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi, complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 135 I 6 consid. 2.1 ; 130 V 177 consid. 5.4.1 ; TF 9C_761/2015 du 3 mai 2016 consid. 4). En tant qu'il sanctionne un comportement répréhensible de l'autorité dans ses relations avec le justiciable, l'interdiction du formalisme excessif poursuit le même but que le principe de la bonne foi consacré aux art. 5 al. 3 et 9 Cst. A cet égard, il commande à l'autorité d'éviter de sanctionner par l'irrecevabilité les vices de procédure aisément reconnaissables qui auraient pu être redressés à temps, lorsqu'elle pouvait s'en rendre compte assez tôt et les signaler utilement au plaideur (ATF 135 I 6 consid. 2.1 et ATF 125 I 166 consid. 3a ; TF 2C_45/2013 du 23 janvier 2013 consid. 4.1).

E. 5

a) En l'espèce, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente d'invalidité à compter du 1er décembre 2021, soit six mois après le dépôt de sa nouvelle demande de prestations déposée via formulaire officiel, en date du 17 juin 2021. Le recourant prétend que la rente aurait dû lui être versée dès le 1er mai 2021, soit dès l'annonce à l'intimé de la péjoration de son état de santé en décembre 2020, subsidiairement à compter du 1er septembre 2021, compte tenu du courrier du 1er mars 2021 adressé par son conseil à l'OAI. b) En l'occurrence, il sied de constater que la seule mention d'un téléphone de l'épouse de l'assuré faisant état d'une péjoration de son 10J010

- 16 - état de santé, en décembre 2020, même accompagnée d'une attestation médicale de son psychiatre traitant, ne permet pas de considérer qu'une demande formelle de prestations a été déposée par l'intéressé à cette date. Rien n'indiquait en effet que le recourant entendait alors déposer une nouvelle demande. Quant au courrier du 1er mars 2021 de l'avocate du recourant, il ne peut pas non plus être considéré comme le dépôt d'une nouvelle demande formelle. A ce moment-là, le recourant n'était plus bénéficiaire des prestations de l'AI. Certes, un recours était pendant auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision rendue par l'OAI le 21 octobre 2020, mais cette décision avait limité dans le temps le droit aux prestations de l'assuré à la période du 1er février 2017 au 31 janvier 2018. Sa situation n'est donc pas celle visée au ch. 1006 CPAI (dans sa version en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits, en mars 2021 ; cf. consid. 4c supra). De même, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il se plaint d'un formalisme excessif de la part de l'intimé, respectivement d'une violation du principe de la bonne foi. L'OAI a en effet suivi la procédure prévue aux ch. 1004 ss CPAI, et invité le recourant à déposer une demande au moyen de la formule officielle. L'office a réagi très rapidement à l'envoi de l'avocate du recourant du 1er mars 2021, en lui envoyant la formule officielle idoine, le 4 mars 2021 déjà. Le fait que le recourant ait attendu jusqu'au 17 juin 2021 pour déposer une demande formelle au moyen du formulaire officiel ne peut dès lors lui être reproché. c) Cela posé, il faut encore et surtout relever que l'atteinte qui a motivé la nouvelle demande du recourant, puis l'octroi en sa faveur de prestations, n'est pas d'ordre somatique, comme c'était le cas dans le cadre de sa première demande de prestations déposée en 2016, motivée par les suites de l'événement accidentel du 26 mai 2015. C'est en effet une atteinte psychiatrique qui a conduit au dépôt de la nouvelle demande. Il s'agit donc d'une atteinte nouvelle, exigeant le respect du délai de carence d'une année, conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. consid. 4c supra), lequel 10J010

- 17 - serait quoi qu'il en soit arrivé à échéance au plus tôt à la fin du mois d'août 2021, la nouvelle atteinte ayant débuté en août 2020 (cf. expertise psychiatrique du 30 juillet 2024 du Dr N._____ et avis SMR du 12 décembre 2024). d) Cela étant, le recourant a, en l'occurrence, déposé une demande formelle de prestations en juin 2021. Le délai de six mois dès le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI) est arrivé à échéance le 1er décembre 2021 et, partant, le droit à une rente d'invalidité ne pouvait prendre naissance qu'à compter de cette date, comme l'a retenu l'intimé à juste titre. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a fixé le moment de la naissance du droit à une rente d'invalidité en faveur du recourant au 1er décembre 2021.

E. 6

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité 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 du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA a contrario). 10J010

- 18 -

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